GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2e SÉRIE — TOME XVI

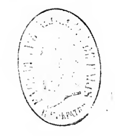
GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

DEUXIÈME SÉRIE — TOME XVI — 1879



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

M DCCC LXXIX

VINGT-SIXIÈME ANNÉE — N° 1 — 3 JANVIER 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 2 janvier 1879.

Académie de médecine : DE L'OSTÉOMYÉLITE ET DE LA SEPTICÉMIE SPONTANÉE. — RESTAURATION DU CANAL DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME.

De l'ostéomyélite et de la septicémie spontanée.

(Deuxième article.)

Lorsque l'on envisage l'ensemble de la question de la septicémie telle qu'elle a été étudiée dans ces dernières années, on peut facilement constater que des progrès considérables ont été accomplis dans sa partie théorique comme dans sa partie pratique. Théoriquement, deux opinions restent seules en présence. Dans la septicémie on admet presque universellement l'envahissement des tissus par des organismes inférieurs, des bactéries ou des ferments; mais ces éléments sont-ils l'origine de la putréfaction, ou ne sont-ils que de simples véhicules d'un agent chimique ou d'un virus? Telles sont les deux questions qui semblent les plus intéressantes à résoudre.

Au point de vue pratique, elles paraissent moins importantes, parce que les chirurgiens ont très-simplement résolu la difficulté par les pansements antiseptiques, et par l'application de la méthode des opérations sous-cutanées et de l'occlusion. Nous pouvons voir au microscope, sinon les toucher, les prétendus *miasmes* sous forme de bactéries, de micrococcus ou de germes; nous en pouvons suivre le développement et en étudier les propriétés par des moyens d'expérimentation méthodique, tels que les impose notre critique scientifique actuelle, et cependant il reste dans cette série de problèmes, qui commencent à l'inflammation pour aboutir à la suppuration, et même à la gangrène et à la septicémie, des processus incomplétement connus, qui offrent à la discussion un aliment constant. C'est ainsi que M. Colin, dans son dernier discours, a développé des propositions qui, exprimées en des termes succincts, résument les objections adressées à la doctrine de la septicémie par action d'un ferment spécifique, la bactérie septique; mais il faut une fois encore constater que les arguments destinés à la discussion sont plus faciles à réunir que les preuves expérimentales sérieuses.

M. Colin attache une importance considérable à ce phénomène prouvé par la statistique : que la septicémie est rare chez les animaux soumis à l'expérimentation, ou bien chez les femelles des animaux domestiques à la suite de la parturition; il est ainsi amené à conclure que la septicémie est plutôt la conséquence d'une mortification des éléments anatomiques que de l'absorption de produits altérés par les matières infectieuses d'origine atmosphérique. Il y a longtemps qu'on a fait intervenir à bon droit, suivant nous, l'état individuel, puis, les éléments anatomiques, les tissus, et même les troubles fonctionnels ou les états diathésiques comme causes secondaires de la septicémie; et en définitive M. Colin n'a dans ses conclusions énoncé aucune opinion pouvant sembler trop hardie à aucun de ceux qui ont suivi depuis dix ans les nombreux travaux par lesquels a passé l'étude de la septicémie. M. Colin a donc raison d'insister sur l'importance de la mortification des éléments anatomiques dans la production de l'état septicémique; malheureusement M. Colin n'a pas pénétré dans l'intimité du processus, il ne nous explique pas le début d'une inflammation aboutissant à la gangrène, et il ne saurait nous montrer à quel moment apparaît la septicité. Parmi les arguments que M. Colin répète, en fort bons termes d'ailleurs, il en est un que nous ne saurions passer sans le discuter encore une fois: il consiste à dire que si l'air apporte un si grand nombre de germes sur les plaies ou même sur les téguments, il est étonnant que la septicémie ne soit pas en quelque sorte la complication constante de toute lésion.

FEUILLETON

AMBROISE PARÉ

IV

Le camp de La Fère et le camp d'Amiens.

C'était au mois d'août 1558 : — « Estant deschargé de ma legation, ie pensois, dit Paré, m'en retourner vers le Roy. Mais le seigneur de Bourdillon me pria de demeurer à la Fere auec luy, pour penser vn bien grand nombre de blessez qui s'y estoyent retirez apres la bataille (1), et qu'il rescriroit au Roy la cause de ma demeure : ce que ie fis.

» Les playes des blessez estoyent grandement puantes et pleines de vers, auec gangrene et pourriture, où il me fallut ioüer des couteaux pour amputer ce qui estoit gasté, et ne fut sans couper bras et iambes, et aussi en trepaner plusieurs. Or, on ne trouuait point nuls médicamens à la Fere, parce que les chirurgiens de nostre camp auoyent tout emporté. Ie descouury que le chariot de l'Artillerie estoit demeuré à la Fere, et n'y auoit-on encore touché. Ie dis audit seigneur le Mareschal, qu'il me fist deliurer vne partie des drogues qui estoyent dedans; ce qu'il fist, et m'en fut donnee la moitié seulement pour vne fois, et cinq ou six iours après il me fallut prendre toute la reste, encore n'y en auait-il pas à moitié pour penser le grand nombre de blessez : et pour corriger et arrester la pourriture et tuer les vers qui estoyent en leurs playes, ie les lauois d'Egyptiac dissout en vin et eau de vie, et leur faisois tout ce que ie pouuois: neantmoins toutes mes diligences, il en mourut beaucoup.

» Il se trouua à la Fere des gentils-hommes qui auoyent

(1) De Saint-Quentin, dite aussi de Saint-Laurent.

Nous comprenons fort bien que les physiologistes constatent l'innocuité des lésions pratiquées sur des animaux sains; mais nous pourrions facilement démontrer que, dans ces cas, les expériences n'ont pu être menées jusqu'au but que grâce à des soins minutieux; aujourd'hui le physiologiste doit être aussi minutieux dans ses opérations au point de vue de la septicémie que le chirurgien.

A notre avis, du reste, cette objection tirée de l'innocuité des opérations chirurgicales n'a pas toute la valeur qu'on tend à lui attribuer. En vérité, sommes-nous donc si loin de ces épidémies désastreuses d'infection purulente, d'érysipèles, de septicémie, de gangrène, de fièvres puerpérales qui ont provoqué le mouvement chirurgical qu'on pourrait qualifier de *la lutte antiseptique?* Faut-il donc s'étonner que ces complications ne restent pas aussi fréquentes? Ce serait une exagération singulière que cette argumentation consistant à accumuler les causes d'infection sans tenir compte des moyens de défense ou d'élimination. M. Colin, par exemple, insiste sur l'absorption des germes par les poumons; la muqueuse et ses sécrétions faciliteraient l'introduction des germes. Or, pour nous, il paraît, au contraire, bien plus physiologique de tenir compte des replis de la muqueuse des premières voies respiratoires, de l'épithélium vibratile, bien plutôt destiné à repousser les poussières et les germes qu'à les absorber. Fort heureusement, l'organisme résiste à ces causes de septicémie, de putréfaction, de mortification; ces germes, nous les digérons ou les brûlons, nous les neutralisons, et si cette lutte constante n'est pas toujours facile à reconnaître, nombre de faits nous la démontrent. Si nous laissions de côté la physiologie ou la chirurgie pour parler des maladies zymotiques dites médicales, nous aurions à soulever tout le problème des maladies infectieuses à la suite du professeur Bouillaud; mais nous souhaitons que nos maîtres en médecine prennent l'initiative de ces débats théoriques.

Pour le moment, ce que nous appelons de tous nos vœux, c'est une discussion approfondie de la théorie de M. Pasteur, parce que, convaincu de la vérité de ce fait d'observation que, dans la septicémie, les bactéries et leurs germes ont un rôle prépondérant, il nous semble que c'est dans nos laboratoires que cette doctrine doit recevoir sa consécration. Il nous faut donner à nos travaux une impulsion qui puisse répondre aux expérimentations si nombreuses faites en Allemagne, et, pour n'en citer que quelques-unes, nous rappellerons les travaux de Klebs, Tiegel, Eberth, et principalement les études expérimentales du docteur Anton Frisch, de Vienne (*Experimentelle Studien ueber die Verbreitung der Faülniss-organismen in den Geweben*, 1874).

Ces divers travaux nous montrent que l'expérimentation, conduite rigoureusement, produit des résultats non moins variables que ceux que la clinique a enregistrés. Il nous suffira d'indiquer un exemple: lorsqu'on prend comme réactif de la septicémie la cornée du lapin, c'est-à-dire lorsqu'on inocule dans la cornée des liquides septiques, ainsi que l'a fait le docteur Frisch dans plus de deux cents expériences, on peut suivre l'infiltration des bactéries dans chaque interstice du tissu, en même temps que le travail d'élimination qui, le plus souvent, succède à l'inoculation. M. Bouillaud l'a répété aujourd'hui même, c'est en imitant des recherches de ce genre ou en s'inspirant des expériences remarquables que M. Chauveau a imaginées et de la méthode rigoureuse de M. Pasteur, qu'on élucidera les moindres détails de la *théorie septicémique*.

M. Gosselin, dans la séance d'aujourd'hui, est revenu au point de départ de la discussion qui nous occupe. Nous aurons sans doute à rappeler les préceptes si pratiques dus à M. Gosselin, qui dans le fond admet l'utilité de la trépanation des os dans l'ostéite épiphysaire, mais adresse quelques critiques à la dénomination que M. Lannelongue a adoptée, c'est-à-dire à l'ostéomyélite.

A. HÉNOCQUE.

Restauration du canal de l'urèthre chez la femme.

Nous avons signalé dans les *Travaux à consulter* (n° 41, p. 657) une observation de M. Rose dans laquelle ce chirurgien a pratiqué avec succès une opération fort remarquable. Chez une femme qui avait perdu, à la suite d'une diphthérie grave, toute la paroi antérieure du vagin, M. Rose se décida à pratiquer une communication entre le vagin et le rectum; il pratiqua ensuite l'occlusion vaginale, de sorte que la vessie communiqua avec le rectum, et que le sphincter de l'anus put remplacer le sphincter uréthral d'une manière suffisante, en ce sens que l'urine pouvait être retenue quelques heures dans le rectum.

La priorité de la conception de cette opération est réclamée par M. le docteur Da Costa Duarte, qui, dans une monographie très-intéressante *sur les fistules vésico-vaginales* (J.-B. Baillière, 1865, Paris), a proposé comme procédé original, dans des cas analogues, de pratiquer l'oblitération va-

---

charge de trouuer le corps mort de M. de Bois-Dauphin l'aisné, qui auoit esté tué en la bataille; ils me prierent les vouloir accompagner au camp pour le choisir, s'il estoit possible, entre les morts : ce qui estoit impossible le pouuoir recognoistre, attendu que les corps estoyent tous effondrez par pourriture et desuisagez.

» Nous veismes plus de demie lieuë autour de nous la terre toute couuerte de corps morts, et n'y demeurasmes gueres, pour la grande puanteur cadaucreuse qui s'eleuoit des corps, tant des hommes que des cheuaux : et croy que nous fusmes cause de faire esleuer de ces corps vne si grande quantité de grosses mousches, qui s'estoient procreées de l'humidité des corps morts et de la chaleur du Soleil, ayant le cul verd et bleu, qu'estans en l'air faisoyent ombre au Soleil. On les oyoit bourdonner à grand merueille, et croy que là où ils s'assirent, c'estoit pour rendre l'air pestilent et y causer la peste. (Mon petit Maistre, ie voudrois qu'eussiez esté là comme moy, pour discerner des odeurs et pour aussi en faire rapport à ceux qui n'y ont esté) (1). Il m'ennuyoit beaucoup là : ie priay monsieur le Mareschal de me donner congé de m'en aller, et auois peur de demeurer malade pour le trop grand trauail et puanteur des blessez, qui mouroyent quasi tous, quelque diligence qu'on y peust faire. Il feit venir des Chirurgiens pour paracheuer à traicter les blessez, et m'en allay auec sa bonne grâce. Il escriuit vne lettre au Roy de la diligence que i'auais faite enuers les pauures blessez (2)... »

Il ne faut pas se méprendre sur le titre militaire de Bourdillon, que Paré qualifie *mareschal*. On pourrait le croire maréchal de France et le commandement exercé par lui se prêterait à cette supposition ; mais il ne figure ni sur la liste des grands officiers de la couronne, ni dans l'ouvrage de

(1) Cette apostrophe au *Petit Maistre* se reproduit souvent dans les récits d'Ambroise Paré. Nous croyons qu'elle s'adresse au « docteur-régent *Gourmelen*, » l'un de ses plus fougueux adversaires.

(2) *Œuvres. Apologie et voyages*, édit. de 1585, p. MCCXXXVI-VII.

ginale après avoir établi une communication entre le vagin et le rectum, et par suite entre le rectum et la vessie. M. Da Costa n'a malheureusement pas eu la possibilité de pratiquer l'opération qu'il avait imaginée; mais la lecture des arguments qu'il avait présentés en faveur de son projet d'opération augmente l'intérêt de l'observation de M. Rose.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Contribution a l'étude des accidents de l'éruption de la dent de sagesse inférieure, par le docteur L. Magitot. (Observation recueillie par le docteur *E. Aguillon.*)

L'éruption de la dent de sagesse, qui représente la dernière phase de l'évolution du système dentaire, est si souvent l'occasion d'accidents plus ou moins sérieux, qu'elle doit être considérée comme une époque véritablement critique. La fréquence de ces accidents est telle, en effet, que dans une enquête encore inédite du docteur David, il faut compter environ 75 sur 100 des sujets de dix-huit à trente ans chez lesquels on peut les constater à des degrés divers.

Leur nature et leur intensité varient toutefois singulièrement : les plus fréquents et les moins graves sont ceux qui ont pour siége la muqueuse gingivale au moment de son soulèvement par la couronne en voie d'ascension. Ce sont alors des accidents muqueux, qui revêtent si fréquemment la forme ulcéreuse, qu'on doit les faire figurer, pour le plus grand nombre des cas, dans une certaine variété de stomatite décrite comme spécifique, épidémique et contagieuse, la *stomatite ulcéreuse des soldats.* Mais c'est là un sujet sur leque nous n'avons pas l'intention de nous arrêter en ce moment.

Considérés au point de vue de leur mécanisme de production et de la nature des phénomènes morbides, les accidents de la dent de sagesse doivent se diviser en plusieurs catégories.

Dans un *premier cas*, les accidents sont purement muqueux, c'est-à-dire que la dent produit par son éruption des compressions ou des lésions de la muqueuse buccale.

Dans un *second cas*, les accidents sont osseux, c'est-à-dire que la dent, incluse au sein de son alvéole dans un espace insuffisant, exerce encore des phénomènes de compression dont l'issue ordinaire est l'ostéite et la nécrose de l'os.

Dans un *troisième cas* enfin, les phénomènes observés sont de nature nerveuse, et les accidents sont tantôt névralgiques sur le tronc ou les branches secondaires du nerf dentaire comprimé, tantôt réflexes sur d'autres réseaux nerveux ou certains organes des sens.

Nous avons déjà, à plusieurs reprises, indiqué cette classification, que M. Heydenreich a d'ailleurs adoptée dans un travail récent (*Thèse d'agrégation en chirurgie*, Paris, 1878, p. 30). Elle est, du reste, tout à la fois conforme aux données pathogéniques et aux faits de la clinique journalière.

C'est dans la première division de ces accidents — les *accidents muqueux* — que se place l'observation que nous avons récemment recueillie dans notre pratique personnelle; mais le fait a présenté une telle gravité par l'importance et la durée des accidents, et un si grand intérêt au point de vue des détails opératoires qui ont amené la guérison, que nous avons songé à en publier la relation.

On verra du reste, dans ce cas particulier, que la dent de sagesse inférieure a été frappée, dès le début de son éruption, d'une anomalie de direction telle, que de son point d'implantation dans l'alvéole elle s'était dirigée transversalement en dehors, de manière à se présenter tout à fait horizontalement du côté de la joue où elle était absolument incluse, sans présenter à l'observation directe aucun point visiblement appréciable. Cette situation tout à fait exceptionnelle n'a été signalée à un tel degré par aucun observateur, et elle a donné lieu, par suite, à une série d'accidents particuliers, ainsi qu'à un manuel opératoire tout à fait insolite.

Obs. *Anomalie de direction de la dent de sagesse inférieure gauche, poussée horizontalement en dehors; inclusion totale de la couronne dans l'épaisseur de la joue; abcès multiples de la face depuis quinze mois; rétraction du masséter; première tentative d'extraction restée infructueuse. Deuxième opération : ablation temporaire de la deuxième molaire; excision des tissus cicatriciels de la joue; extraction laborieuse de la dent de sagesse; Réimplantation (greffe par restitution) de la deuxième molaire; Guérison.*

Dans les premiers jours du mois de novembre 1878, M. V..., étudiant en médecine, âgé de vingt-trois ans, vint, sur le conseil de M. le professeur Verneuil, nous consulter au sujet d'abcès nombreux qui s'étaient succédé sans interruption depuis quinze mois le long de la mâchoire inférieure gauche. M. V... nous apprit qu'un premier petit abcès avait apparu au début des accidents, à l'intérieur de la joue, puis s'était ouvert et guéri spontanément en quelques jours. Trois mois plus tard, nouvel abcès se terminant de la même manière, mais laissant après lui une légère induration. A partir de ce moment, les poussées inflammatoires devinrent plus vives, plus douloureuses et surtout plus fréquentes, de telle sorte que les abcès apparaissaient à peu près tous les mois. Le dernier ne s'était pas ouvert spontanément, et il avait fallu recourir au bistouri.

Le sujet est vigoureux, bien portant, d'une constitution qui ne permet pas de songer à des accidents scrofuleux. Pas d'antécédents syphilitiques ni diathésiques d'aucune sorte.

La région malade offre à notre examen les particularités suivantes : la face externe et inférieure de la joue est le siége d'une induration assez étendue, dont les limites sont : en arrière, l'angle de la mâchoire; en avant, le bord antérieur du masséter; en haut,

---

Pinard; nous ne le trouvons même inscrit en aucune biographie militaire, bien que sa conduite courageuse le lui eût mérité. Bourdillon était simple maréchal des camps et armées du roi, grade équivalent à celui de général de brigade, mais investi d'une lieutenance générale, titre auquel il devait de n'être comptable de ses actes qu'envers le souverain. Sa correspondance directe avec le roi, jointe aux rapports également directs que faisait l'illustre Coligni, gouverneur de la Fère, furent très-favorables à notre chirurgien et décidèrent, selon toute apparence, son élévation prochaine au poste si envié de premier chirurgien du roi.

Quittant la Picardie, théâtre, bien triste pour un cœur sensible et généreux, des maux inimaginables qu'enfantait la guerre, Paré cheminait vers Paris, l'âme pénétrée de l'accomplissement d'un double devoir : d'abord rendre compte de sa mission; puis répandre le plus vite possible dans le cœur d'une femme aimée, de parents et d'amis nombreux qui le chérissaient, les témoignages d'affection dont lui-même se sentait pénétré. Il reste muet sur l'accomplissement de cette tâche; sans doute par discrétion respectueuse vis-à-vis du monarque; peut-être aussi par retenue délicate, pour des intimités domestiques dont l'*à parte* fait presque tout le charme.

Sous le contraste où nous sommes de deux civilisations différentes, entre lesquelles ont déjà passé trois siècles, rien n'est difficile comme d'établir d'une manière même approximative le parallélisme des idées. Leur cours toutefois offre avec les événements d'inévitables rapports, tels qu'en se pénétrant bien de la réciprocité d'action qu'exercent la chose et la pensée générale qui doit naître d'elle, on peut saisir certaines concordances lumineuses échappées aux distractions de l'histoire.

Nous trouvons la vie parisienne actuelle difficile, troublée, décevante et néanmoins trop rapide, jusque dans les gammes discordantes de ses angoisses; mais au seizième siècle, quand la guerre, la famine, les épidémies ravageaient notre malheureux pays; quand l'impuissance de lois diversement

une ligne correspondant au bord gingival supérieur. La peau est rouge violacé, aminci en certains points, où l'on éprouve une manifeste sensation de fluctuation; cependant il n'existe point d'ouverture cutanée.

L'exploration du système dentaire nous met sur la trace de la cause de ces accidents. En effet, tandis que du côté droit la dent de sagesse est en place et complétement développée, nous n'en trouvons aucune apparence du côté malade. Une autre particularité remarquable est que la dent de sagesse inférieure droite offre un volume considérable et anormal; elle a cinq tubercules et semble aussi grosse que la première molaire (1).

Nous concluons, *à priori*, des observations précédentes, que la dent de sagesse du côté gauche s'est probablement développée en même temps que sa congénère, mais qu'elle a été entravée dans son évolution par son volume même, qui l'a empêchée de prendre place sur le bord alvéolaire, et qu'elle se trouve dans une position vicieuse.

Poursuivant, en effet, l'exploration de la bouche au moyen d'un stylet, nous percevons à travers les tissus mous et en arrière de la seconde molaire, dans l'épaisseur même de la joue, l'existence d'un corps lisse, arrondi, très-dur, qui manifestement ne peut être autre chose que la couronne de la dent. L'émail seul peut donner en effet au toucher la sensation aussi nette d'une surface dure et polie.

Cette couronne enchâssée dans la joue, véritable corps étranger, est bien évidemment la cause des accidents par l'irritation permanente que sa présence a occasionnée dans les tissus. Son extraction est jugée inévitable; elle est ici le seul mode rationnel de traitement.

Première opération. — Une première tentative d'extraction est faite le 9 novembre; elle ne donne aucun résultat. Nous nous trouvons en présence de difficultés si exceptionnelles, si inattendues, qu'il est nécessaire d'en indiquer les détails.

En premier lieu, nous pratiquons dans la joue plusieurs incisions divergentes en dehors, dans le but de découvrir la couronne; mais l'épaisseur des tissus ambiants est telle que nous n'arrivons qu'à apercevoir de temps en temps un petit point blanc de quelques millimètres de surface. Cette première manœuvre confirme le diagnostic, mais ne paraît devoir faciliter en rien l'opération.

Nous essayons cependant d'appliquer l'instrument connu sous le nom de *langue de carpe;* mais ce levier, si parfait en général pour extraire les dents de sagesse dans les cas ordinaires, n'avait ici ni point d'appui ni point de résistance; car les deux faces opposées des molaires entre lesquelles il aurait dû être insinué, au lieu d'être parallèles, formaient un angle ouvert en haut et laissaient la pointe de l'instrument dans un espace vide.

Enfin d'autres tentatives pour saisir la dent, soit avec des daviers ou des pinces, soit avec la clef de Garengeot, n'eurent pas de meilleur résultat. L'espace manquait évidemment pour appliquer aucun instrument.

Ces manœuvres, continuées pendant une demi-heure, avaient épuisé le malade, menacé de syncope et d'accidents nerveux. Nous sommes contraint de renvoyer à un autre jour de nouvelles tentatives, malgré notre appréhension au sujet des suites de ces longues et douloureuses tentatives.

(1) On sait que le volume égal ou ascendant des molaires, de la première à la troisième, constitue une anomalie, car dans les races supérieures la série des molaires est descendante de la première à la troisième, c'est-à-dire que le volume va en diminuant, contrairement à ce que l'on observe dans certaines races inférieures.

Dès le lendemain, en effet, il se produit une nouvelle poussée inflammatoire, avec rétraction complète du masséter; un nouvel abcès se forme et s'ouvre à l'extérieur.

Nous avons dû attendre la cessation de ces accidents et surtout le retour du masséter à l'état normal, pour entreprendre une seconde opération, qui n'a été possible que le 2 décembre.

Deuxième opération. — Le malade se présente, il faut le dire, dans des conditions encore plus défavorables que la première fois : il est très-affaibli par les accidents signalés plus haut, et peut à peine ouvrir la bouche; la distance des bords des incisives centrales n'est que de 18 millimètres.

Nous prîmes alors une résolution : ce fut de sacrifier la seconde molaire, afin d'avoir un passage suffisant, tout en espérant, si les circonstances le permettaient, de la réimplanter, et de conserver ainsi par la greffe une dent si utile aux fonctions de la bouche. Il fallait d'ailleurs à tout prix essayer d'enlever la dent de sagesse par la bouche, afin d'éviter au malade l'opération plus grave qui avait été proposée, et qui serait devenue la seule ressource en cas d'insuccès : la section de la joue en dehors, et la recherche de la dent de sagesse par cette voie.

En conséquence, la deuxième molaire est avulsée au moyen de la clef de Garengeot, vu l'impossibilité de placer un davier; elle est ensuite enfermée dans un linge imbibé d'eau tiède. Puis les plus gros bourrelets de tissus cicatriciels et indurés qui recouvraient la dent de sagesse sont excisés. Malgré toutes ces précautions, malgré le grand espace laissé vide par l'extraction de la deuxième molaire, il nous est encore impossible de saisir la dent de sagesse. Pendant près d'une heure, les instruments de formes les plus diverses sont appliqués sans succès.

Le malade, qui avait supporté avec beaucoup de courage toutes ces douloureuses manœuvres, était épuisé; nous étions nous-même à bout de forces. Il était nécessaire de prendre un peu de repos. Le malade fut laissé sous la surveillance de notre assistant M. le docteur Aguilhon, qui parvint à lui donner un peu de calme au moyen de quelques inhalations de chloroforme.

M. Aguilhon eut alors l'idée que si l'on parvenait à glisser entre la couronne et la joue une tige rigide, il serait peut-être possible de lui trouver un point d'appui pour en faire un levier, au moyen duquel on luxerait la dent. A cet effet, plusieurs daviers furent démontés, afin de rechercher si parmi les branches de l'un d'entre eux il s'en trouverait dont la forme permît d'atteindre le but désiré. Il s'agissait, en un mot, de trouver une tige dont les courbures fussent analogues à celles des parties malades, ainsi qu'en obstétrique une branche de forceps est appliquée de manière à suivre les contours du bassin. La branche gauche du davier qui sert à l'extraction des bicuspides inférieurs nous sembla la plus convenable. Son bec en forme de cuiller, recourbé à angle obtus sur le manche, put être glissé par une des incisions de la muqueuse, au-dessus de la face de la couronne qui regardait en haut. Dans cette situation, le manche portait au niveau de son articulation, sur la face triturante des molaires supérieures. M. Aguilhon put alors agir fortement sur la dent au moyen de ce levier, en lui imprimant un mouvement de bascule de haut en bas et d'arrière en avant.

Un certain degré de luxation étant ainsi réalisé, nous reprîmes

---

expliquées ou de décrets tombés en désuétude laissaient à l'arbitraire toute liberté d'action; quand deux cultes rivaux, se mesurant du regard, attendaient l'occasion frémissante d'en venir aux mains et vidaient leurs querelles par les rues, les places, les temples, jusqu'à ce que des troupes organisées eussent élargi la lutte sur un champ de bataille, l'état moral était-il moins déplorable, l'avenir plus certain, le bonheur moins problématique qu'aujourd'hui? Et lorsqu'après une longue séparation, l'honnête père de famille regagnait son foyer, la crainte d'un sinistre possible, toujours probable, n'empoisonnait-elle point fatalement les joies du retour, en y mêlant des images sombres? L'illusion, lueur consolante de l'âme, éprouvait en avançant vers le vrai, une atténuation graduée de ses teintes primordiales, et l'arbre d'espérances vaines où par elle avaient miroité tant de fleurs, n'était plus, au seuil du logis, qu'un tronc amaigri, desséché, dont tous les pétales couvraient la route.

L'esprit de Paré dut ressentir ces angoisses. On n'en découvre nulle trace dans son volumineux ouvrage, où figurent tant de détails étrangers à l'art : le silence qu'il garde, loin d'infirmer notre supposition, la corrobore, car on y voit une retenue, des réticences poussées jusqu'aux dernières limites. En ne nommant personne, il évitait de compromettre ceux de sa famille ou de ses amis qui professaient le huguenotisme; il n'encourait point le danger d'un soupçon de connivence avec les coupables. Immanquablement après chaque campagne, Ambroise apprenait que tels parents, tels amis convaincus, soupçonnés d'hérésie, étaient en fuite ou gémissaient sous les verroux : aussitôt il leur prêtait appui, les secourait d'une manière efficace, ne ménageant ni la peine, ni l'or, ni cette perspicacité prévoyante qui sait éviter, tourner chaque obstacle. Les gentilshommes blessés, les victimes d'infection vénérienne, plus nombreuses encore que les blessés, absorbant d'autre part tous loisirs restés à notre chirurgien, ses jouissances domestiques s'effaçaient sous l'austère autorité d'obligations impérieuses.

en ce moment l'opération, et nous réussîmes à introduire cette fois, au-dessous de la dent légèrement ébranlée, et à travers les tissus indurés, la branche droite démontée d'un davier droit à mors en forme de cuiller. Dans cette situation, l'instrument, agissant comme un levier simple, prit son point d'appui sur l'alvéole laissée libre par l'avulsion de la deuxième molaire. Enfin, par un mouvement brusque de bascule de bas en haut, nous soulevons la dent, qui est rejetée dans la bouche.

Cette dent était parfaitement saine et ne présentait d'autre particularité que son volume considérable et la torsion de la pointe de ses racines, qui s'observe souvent en pareil cas.

Bien que la deuxième molaire eût été extraite depuis près de deux heures, et que son alvéole fût lésé aussi bien par les manœuvres de la clef que par la pression du levier, elle fut néanmoins remise en place.

Le lendemain de l'opération, 3 décembre, le malade passe toute la journée sans souffrance. Mais dans la nuit une fièvre assez vive se déclare, accompagnée d'insomnie, d'agitation et de vives douleurs au niveau de la dent greffée.

Le 4 décembre, le malade peut néanmoins se présenter à notre consultation. Nous constatons un état très-satisfaisant : l'inflammation de la joue a déjà notablement diminué. La deuxième molaire est cependant encore très-sensible à la pression, symptôme qui nous permet d'attribuer à une périostite traumatique les phénomènes de la nuit précédente.

Les jours suivants le mieux continue. Le 8 décembre tous les accidents ont cessé; il ne reste qu'un peu de sensibilité de la deuxième molaire à la pression, mais elle est solide dans son alvéole. La fistule cutanée se ferme; la guérison est complète.

Des faits qui précèdent nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Parmi les anomalies de la dent de sagesse inférieure qui peuvent entraîner la production d'accidents, l'une des plus rares est la *direction anormale par horizontalité en dehors.*

2° La conséquence immédiate de cette anomalie est l'inclusion de la couronne dans l'épaisseur de la joue et la production de phénomènes inflammatoires plus ou moins graves, accompagnés de rétraction considérable, parfois complète, du masséter.

3° L'indication de l'ablation de la dent de sagesse s'imposant d'une manière absolue, on devra la tenter par la bouche avant de recourir à la section horizontale de la joue proposée en pareil cas.

4° Cette tentative devra être précédée de l'écartement lent et progressif des arcades dentaires, au moyen de la vis conique ou des écarteurs appropriés.

5° L'opération proprement dite devra consister en trois temps : *a*. Etablir dans la continuité de l'arcade dentaire une voie de passage, et ce par l'ablation temporaire de la deuxième molaire. — *b*. Débridements multiples de la poche; recherche et ablation de la dent déviée. — *c*. Réimplantation (greffe par restitution) de la deuxième molaire maintenue dans un milieu humide et tiède pendant la durée des manœuvres opératoires.

Conduite de cette manière, la thérapeutique des cas de ce genre devra donner au chirurgien un résultat satisfaisant, amener la guérison complète, et permettre au malade de recouvrer l'intégrité de l'arcade dentaire, moins la dent déviée, cause des accidents.

Clinique médicale.

De l'aortite aigue, par M. Poulin, interne des hôpitaux.

Les faits d'inflammation aiguë de l'aorte ou du moins de l'origine de ce vaisseau sont, croyons-nous, assez rares, et c'est seulement dans ces derniers temps que l'anatomie pathologique de ces altérations, aussi bien que les symptômes qui s'y rapportent, ont été étudiés d'une manière rigoureuse.

Un fait intéressant d'aortite aiguë s'est offert à notre observation dans le service de notre excellent maître, M. le docteur Blachez. Notre observation peut venir se joindre à celles qui sont rapportées dans la thèse récente d'un de nos collègues, M. Léger (*Etude sur l'aortite aiguë*, thèse, 1877).

L'aortite aiguë, ou du moins cette variété d'aortite, est caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique, par des lésions siégeant sur les trois tuniques du vaisseau. Il y a à la fois endartérite et périartérite.

L'examen histologique montre qu'il y a des lésions inflammatoires aiguës siégeant sur les trois tuniques, le processus aigu étant surtout marqué au niveau de la tunique moyenne et de la tunique externe.

Au point de vue des symptômes, les traits caractéristiques de l'affection sont : une sensation de constriction presque continuelle à la région précordiale, des accès d'angine de poitrine, la mort subite survenant soit pendant un de ces accès, soit au moment où l'on s'y attend le moins et en dehors de toute crise douloureuse. A ces symptômes fondamentaux s'en ajoutent d'autres fournis par l'auscultation, sur lesquels nous aurons occasion de revenir.

On voit qu'il y a loin de cette description de l'aortite aiguë à celle que nous trouvons même dans des articles récents.

Dans l'article *Aortite* du Dictionnaire encyclopédique, article de MM. Charcot et Ball, nous voyons décrite seulement l'inflammation suppurative des parois de l'aorte. Dans les seuls cas, disent ces auteurs, où l'inflammation de l'aorte était hors de toute contestation (c'est-à-dire lorsqu'il existait des abcès), on a observé la marche suivante : 1° une période d'invasion caractérisée par du malaise, de la dyspnée, des frissons, de la fièvre, et quelquefois par un œdème partiel et des bruits vasculaires anormaux sur le trajet de l'aorte;

Son retour au milieu des siens fut de courte durée. En automne, nous le voyons au camp d'Amiens; réunion confuse d'hommes armés, où présidait Henri II, où pérorait le cardinal archevêque Charles de Lorraine, où la guerre, faisant une halte pour laisser parler la politique, se réveillait par intermittences : c'était un chassé-croisé d'escarmouches, d'expéditions folles mais héroïques, de courses échevelées à la bague, de luttes aux jeux de paume, de danses, de chasses à courre et de passes-d'armes. Une existence aussi désordonnée, énervante par ses excès et dont la continuité semble dépasser les forces humaines, n'était pas seulement dans les habitudes du sexe fort : certaines grandes dames de la cour s'y mêlaient avec fougue, avec passion, et rien ne témoigne qu'elles en aient souffert. S'il y a des grâces d'état il n'est pas moins pour la femme des grâces de fantaisies qui lui permettent de résister aux plus notables imprudences. Sa complexion délicate ne saurait affronter le danger, mais elle se glisse impunément au travers.

Les dames de l'armée ne donnaient donc point à Paré grand souci; il n'en était pas de même des maris et des amants. Bien que le duel devant l'ennemi fût défendu sous peine de mort, on savait tromper la vigilance du grand prévôt : presque chaque jour quelque rencontre avait lieu et les chirurgiens appelés secrètement n'étaient jamais dénonciateurs. Des secrets de ce genre ont rempli la conscience d'Ambroise. Interrogé par un général, un grand prévôt, un ministre, même par le roi, il osait répondre : « Ia des choses que ie tiens pour les dire à Dieu, mon souuerain maistre, et rien qu'à luy. »

L'accumulation, aux environs d'Amiens, de bandes considérables, la plupart de nouvelle levée, mal aguerries, campées sur un sol humide, dans une saison déjà froide (fin d'octobre), engendrait des dysentéries, des fièvres muqueuses épidémiques avec symptômes typhoïdes, et parmi les vénériens, les ulcérés et les blessés, des cas nombreux de pourriture d'hôpital. Bien qu'en raison de la prééminence du corps

2° une période de rémission et d'amendement; 3° une période où les accidents de l'infection purulente se développent subitement pour amener la mort.

C'est là une forme d'aortite aiguë distincte, au point de vue anatomo-pathologique comme au point de vue des symptômes, de celle qui est décrite dans la thèse de M. Léger.

Il existe donc une variété d'aortite aiguë suppurative, caractérisée par des symptômes d'infection purulente; et, d'autre part, une forme d'aortite diffuse n'aboutissant pas, en général, à la formation d'abcès, et remarquable surtout par les accès d'angine de poitrine qui en constituent le symptôme le plus remarquable.

L'observation que nous publions est un exemple de cette variété d'aortite aiguë.

Obs. — Le 16 novembre au soir, la nommée Justine Julien entrait à l'hôpital Necker, service de M. le docteur Blachez, dans un état des plus graves.

Au moment de son arrivée, cette femme était très-oppressée; elle accusait une douleur extrêmement vive à la région précordiale, en un mot paraissait en proie à une crise d'angine de poitrine.

Pourtant les symptômes alarmants cessèrent, et le lendemain, à l'heure de la visite, la malade était calme.

Cette femme n'a jamais eu de rhumatisme articulaire; mais depuis plus d'un an elle se plaint de palpitations, avec une sensation presque continuelle de constriction à la région précordiale. De plus, elle accuse depuis huit mois des accès d'angine de poitrine qui sont devenus surtout fréquents depuis quelques semaines.

La malade décrit parfaitement ces crises, constituées par une douleur très-vive à la région du cœur, avec irradiation dans le bras.

J... présente une teinte subictérique prononcée. C'est une femme de quarante ans, paraissant d'ailleurs vigoureuse.

Le cœur est volumineux, la pointe nettement abaissée. A l'auscultation, on est frappé immédiatement par le timbre particulier des bruits. Le second bruit est éclatant, retentissant, spécialement à la base, au foyer aortique. De plus, il y a un souffle systolique léger, prononcé surtout à la base, au foyer aortique. Pas de bruit de souffle appréciable au second temps. Le pouls est fort, sans irrégularités; les pulsations des deux radiales sont isochrones.

L'auscultation de la poitrine révèle l'existence d'un épanchement limité à la base du côté droit. Il y a en ce point de la matité, du souffle et de l'égophonie extrêmement nets.

L'épanchement d'ailleurs est localisé, et ne remonte certainement pas jusqu'à la partie moyenne de la poitrine.

Tel est l'état de la malade. — Vésicatoire au niveau de l'épanchement. Potion avec 20 centigrammes de feuilles de digitale en infusion.

La journée du 17 se passe sans nouvel accès d'angine de poitrine.

Le 18, à neuf heures du soir, la malade est prise de la même crise qu'au moment de son entrée; douleur précordiale, anxiété, etc. A minuit, J... est calme; elle demande à boire à la religieuse, puis s'affaisse tout à coup et meurt.

Autopsie. — Nous trouvons un épanchement remplissant la moitié de la plèvre droite. A la base du poumon droit, du côté de la pleurésie, sous la plèvre, se trouve un infarctus caséeux.

Hypertrophie du ventricule gauche. Léger épanchement intra-péricardique. Il n'y a pas de lésions des valvules auriculo-ventriculaires. Les valvules aortiques sont épaissies, mais non déformées et relativement peu malades. En versant de l'eau par l'aorte, on constate un très-léger degré d'insuffisance. A la partie centrale, entre les trois valvules, reste un petit orifice par lequel l'eau s'écoule dans le ventricule.

C'est du côté de l'aorte que nous trouvons des lésions profondes et nettement caractérisées. Tout d'abord il existe une dilatation nette de la portion ascendante de la crosse aortique. La circonférence du vaisseau mesuré au niveau de la portion ascendante donne 10 centimètres.

La surface interne est irrégulière, comme chagrinée. Immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, près des orifices des artères coronaires, on constate deux ou trois petits points athéromateux présentant l'aspect, la consistance des véritables plaques d'athérome avec calcification. Au-dessus les lésions sont plus jeunes, on voit des bosselures ou plutôt des plaques saillantes de consistance fibreuse, jaunâtres. Il n'y a pas de plaques gélatineuses à aspect rosé ou opalescent, telles que nous les voyons signalées dans plusieurs des observations de la thèse de M. Léger.

Entre les plaques saillantes, la membrane interne est plissée, et nulle part, dans la portion ascendante de la crosse, elle ne présente l'aspect lisse et poli qui lui est habituel. Ces lésions s'observent dans toute l'étendue de la crosse aortique, mais sont beaucoup plus prononcées dans la portion ascendante.

Abdomen. — Nous trouvons une hydropisie de la vésicule biliaire avec un calcul engagé dans le canal cystique. Les reins sont congestionnés.

Encéphale.. — Le cerveau est absolument sain; il n'y a pas d'athérome des artères de la base.

Examen histologique. — Nous avons pratiqué des coupes, après durcissement, dans un des points où les lésions paraissaient le plus accentuées, sur un fragment pris au niveau de la portion ascendante de la crosse.

L'examen de ces préparations colorées par le picro-carminate nous montre de la manière la plus nette que nous avons eu affaire ici à un processus inflammatoire aigu.

La tunique interne est épaissie et irrégulière. Les lésions au niveau de cette tunique ne paraissent pas tout à fait récentes. On voit de nombreuses cellules fusiformes allongées dans le sens de la direction du vaisseau; par places seulement se remarquent de petits îlots de cellules rondes embryonnaires. Les lésions sont plus prononcées et l'inflammation plus aiguë au niveau de la tunique moyenne. Il y a, en effet, une véritable infiltration embryonnaire de cette tunique; les lames élastiques sont écartées et pour ainsi dire dissociées. En de nombreux points des traînées de cellules embryonnaires pressées s'étendent de la tunique externe à la tunique élastique et viennent se terminer sur les limites de la tunique interne.

Les mêmes lésions inflammatoires aiguës s'observent sur la tunique externe; de plus, en ce point, se voient des coupes de vaisseaux en quantité notable.

En résumé, il y a là des lésions incontestables d'aortite aiguë. M. le docteur Ducastel, chef du laboratoire de l'hôpital Necker, a bien voulu examiner les préparations, que nous avons d'ailleurs présentées à la Société anatomique.

---

médical sur les chirurgiens, ces derniers n'eussent rien à connaître aux affections internes, voire même aux mesures d'hygiène, la position d'Ambroise auprès du roi, et ses missions spéciales lui donnaient dans les camps la plus haute, la plus salutaire influence. Elle eût marqué davantage encore si Henri II, tantôt pour des motifs personnels, tantôt pour des raisons politiques, ne l'avait distrait d'œuvres d'intérêt général. Tel fut un voyage périlleux à Dourdan, d'où le monarque lui recommanda expressément de rapporter sa tête. Paré n'avait garde d'y manquer et voici comme il le raconte avec naïveté sans crainte d'être accusé d'égoïsme et de poltronnerie, tant il était pénétré du sentiment profond de sa valeur individuelle et du grand cas que la cour faisait de lui :

« Le Roy m'enuoya à Dourlan (1), et me feit conduire par le capitaine Gouast, auec cinquante hommes d'armes, de peur que ie ne fusse pris des ennemis : et voyant que par chemin estions tousiours en alarmes, ie feis descendre mon homme, et feis qu'il estoit maistre; car ie montay sur son cheual qui portait ma malle, et alloit bien du pied s'il eust fallu gaigner le hault, et pris son manteau et chapeau, et luy baillay ma monture, qui estoit vne belle et petite hacquenée. Mon homme estant dessus, on l'eust pris pour son maistre et moy pour son valet. Ceux de Dourlan nous voyant de loin, pensoyent que fussions ennemis et nous tirerent des coups de canon. Le capitaine Gouast, mon conducteur, leur feit signe auec son chapeau que n'estions ennemis; enfin cesserent de tirer et entrasmes à Dourlan auec vne grande ioye. Ceux de Dourlan auoyent fait vne sortie sur l'ennemy, cinq ou six iours auparauant : lesquels tuerent et blesserent plusieurs de nos Capitaines et bons soldats, et entre les autres le Capitaine Sainct Aubin, vaillant comme l'espee, que monsieur de Guise aimoit fort et pour lequel principalement le Roy m'enuoyait là, lequel estant en accez de fiéure quarte, voulut

(1) Dourdan et non *Dourlan*, petite ville du département de Seine-et-Oise, sur l'Orge. On y voit encore des restes du vieux château que défendaient les espagnols.

Dans la thèse de M. Léger, nous trouvons deux observations avec examen histologique des parois de l'aorte. Dans les deux cas les lésions trouvées étaient analogues à celles que nous avons pu constater. M. Léger note également que le processus inflammatoire aigu était surtout prononcé dans la tunique moyenne; les plaques saillantes de la surface interne étaient constituées par des cellules fusiformes. Comme lui, nous n'avons pu trouver aucune trace de vaisseaux dans la tunique interne. Dans certains cas, pourtant, on pourrait trouver des vaisseaux au niveau des plaques gélatineuses, vers leurs parties profondes. M. Lancereaux en a constaté plusieurs fois et admet ainsi la possibilité de la vascularisation de la tunique interne, dans les cas de son inflammation aiguë (Lancereaux, Société de biologie, 1863). M. Lancereaux a signalé également la teinte ecchymotique et l'ecchymose de la membrane interne. Ces lésions n'existaient pas dans le cas que nous rapportons. Remarquons d'ailleurs que nous n'avons pas observé de véritables plaques gélatineuses, lisses, transparentes, parfois d'une couleur rosée ou opalescente, telles que nous les trouvons décrites dans plusieurs observations. La surface interne de l'aorte n'était pas colorée, et les lésions, surtout à l'œil nu, ne présentaient guère l'aspect de lésions inflammatoires aiguës. Les plaques saillantes étaient jaunâtres et de consistance fibreuse.

Si nous insistons sur cette particularité, c'est que, dans des cas semblables, l'examen microscopique n'étant pas fait, on pourrait ne pas reconnaître l'inflammation aiguë des parois de l'aorte.

Au point de vue des symptômes, notre malade a bien présenté les signes de l'aortite aiguë, tels que nous les voyons décrits dans les diverses observations que nous avons parcourues : accès d'angine de poitrine; douleur presque continue à la région précordiale; mort subite. Notons que la mort brusque est survenue non pas dans un accès d'angine de poitrine, mais après la terminaison de la crise, alors que la malade était calme et que rien ne pouvait faire prévoir cette terminaison aussi rapide.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SUITE DE LA SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1878. — PRÉSIDENCE DE M. FIZEAU.

Sur l'infection vaccinale. Rôle élaborateur des ganglions lymphatiques, par M. *Maurice Raynaud*.

La démonstration cherchée, en ce qui concerne le rôle des ganglions lymphatiques, peut se ramener à ce double problème : 1° faire pénétrer dans l'économie le virus vaccin par une voie qui se rapproche autant que possible de celle des lymphatiques et du tissu conjonctif (ce qui, au point de vue anatomique, est tout un), mais qui soit telle cependant que le virus n'ait pas à passer par un ganglion, et s'assurer alors que, dans ces conditions, l'immunité n'existe pas; 2° supprimer l'action du ganglion, et, grâce à cette suppression, pouvoir inoculer la peau sans que l'immunité en soit la conséquence.

Premier problème. — La voie qui se rapproche le plus possible de celle des lymphatiques et du tissu conjonctif est la chambre antérieure de l'œil. La membrane de Descemet est, en effet, histologiquement analogue aux espaces lymphatiques. Néanmoins, on ne connaît aucun ganglion qui soit en rapport avec les membranes internes de l'œil; en fait, les inflammations profondes du globe oculaire ne donnent jamais lieu à une adénite.

Avec une seringue de Pravaz, l'auteur injecte sous la cornée d'un veau 3 centigrammes de sulfate d'atropine dissous dans un peu d'eau distillée. Trois quarts d'heure après, on recueille l'urine de cet animal; une goutte de cette urine instillée dans l'œil d'un cabiai produit la dilatation pupillaire. On injecte donc dans la chambre antérieure de l'œil d'un veau quelques millimètres cubes de bon vaccin. Sept jours après, je pratique une nouvelle inoculation à la peau par les procédés ordinaires; elle réussit. Cette expérience a été faite deux fois avec le même succès.

« *Second problème.* — Dans une expérience antérieure, le ganglion poplité d'un veau ayant été préalablement extirpé, je faisais sur la face externe du canon quelques inoculations. Une semaine après, les boutons étant bien développés, je pratiquais sous le ventre une nouvelle inoculation, qui restait stérile, comme cela a lieu dans les conditions ordinaires. La première inoculation n'était donc pas restée un accident local et avait bien produit l'infection, malgré l'absence du ganglion. Mais cette expérience est passible d'une grave objection. On peut admettre que le virus secondairement éclos dans les boutons de vaccin avait été charrié par les lymphatiques jusque dans la plaie du creux poplité, puis repris là par l'absorption, et transporté à des ganglions ultérieurs. C'est cette cause d'erreur que j'ai voulu éviter.

» Je suis obligé de rappeler ici un fait capital : si, après avoir fait une inoculation, on enlève, le lendemain, la petite rondelle de peau inoculée, l'animal n'en est pas moins dûment vacciné et réfractaire à une nouvelle inoculation, bien qu'il n'ait pas eu d'éruption locale. Cela ne tiendrait-il pas à ce que, dans l'intervalle de temps écoulé, quelques parcelles de lymphe virulente ont pu pénétrer jusqu'au ganglion le plus proche, de sorte que, au moment où l'on enlève la rondelle de peau, déjà l'ennemi est dans la place? Quoi qu'il en soit de cette interprétation, il m'a paru instructif, pour le but que je poursuis, de combiner cette expérience avec celle de l'extirpation préalable du ganglion. Voici comment je procède : Je commence par enlever le ganglion poplité de mon veau, puis je fais, comme ci-dessus, trois points d'inoculation vaccinale sur la face externe du canon. Voulant laisser les choses en l'état, assez de temps pour être certain que l'absorption a pu se faire, mais assez peu pour qu'il n'y ait aucun travail de prolifération locale, je reviens au bout de dix-huit heures, et j'enlève la languette de peau inoculée; puis, au moyen de sutures métalliques, je réunis par première intention : naturellement il ne se produit aucune éruption locale.

---

sortir pour commander à la plus grande partie de sa compagnie. Vn Espagnol voyant qu'il commandoit, apperceut estre vn Capitaine, et luy tira vn coup de hacquebutte tout au trauers du col. Mon Capitaine Sainct Aubin pensait de ce coup estre mort, et de la peur ie proteste à Dieu qu'il perdit sa fiéure quarte et en fut du tout déliuré. Ie le pensay auec Anthoine Portail, Chirurgien ordinaire du Roy (1), et plusieurs autres soldats : les vns mouroyent, les autres reschappoyent, quittes pour vn bras ou vne iambe, ou perte d'vn œil, et ceux-là disoit-on estre quittes à bon marché : eschappe qui peût. Lors que les ennemis eurent rompu leur camp, ie m'en retournay à Paris. Icy ie me tais de mon petit Maistre, qui estoit plus aise en sa maison que moy à la guerre (2). »

Emile Bégin.

(1) *Portail* ou *Duportail* n'est inscrit dans aucune biographie médicale, ce devait être néanmoins un chirurgien habile, comme l'étaient tous les praticiens qu'on attachait à la cour.

(2) *Œuvres. Voyages du camp d'Amiens*, p. MCCXXXVII.

Concours. — Par arrêté du 12 novembre dernier, le ministre de l'intérieur a décidé qu'il serait procédé, par voie de concours sur titres, à la nomination de deux médecins dans la Maison nationale de Charenton, l'un pour le quartier des hommes, et l'autre pour le quartier des dames. — Les candidats devront être inscrits au ministère de l'intérieur, direction du secrétariat, quatrième bureau, rue de Grenelle-Saint-Germain, 101, jusqu'au 11 janvier 1879, à cinq heures du soir.

Désignation nouvelle de l'Hôpital Temporaire (rue de Sèvres). — Un grand nombre de médecins des hôpitaux de Paris ont adressé une demande au directeur de l'Assistance publique, pour le prier de donner à l'Hôpital Temporaire la désignation d'*hôpital Laennec*. (*Union médicale.*)

» D'après ce que je disais tout à l'heure, dans les conditions ordinaires, l'immunité devrait être acquise. Or, elle ne l'est pas, car lorsque, après six jours écoulés, je fais une nouvelle inoculation sur le ventre, celle-ci réussit et donne lieu à une belle éruption. Donc, la première fois, il y avait eu absorption, mais il n'y avait pas eu infection.

» Quelle différence y a-t-il entre cette expérience et celle de l'enlèvement pur et simple de la languette d'inoculation? Une seule : c'est qu'ici le ganglion a été préalablement extirpé. Le virus qui a pu être absorbé pendant dix-huit heures n'a pas rencontré de ganglion où il pût être élaboré; il est resté inoffensif. D'un autre côté, les boutons de vaccin n'ayant pu se développer, grâce à la résection du lambeau cutané récepteur du virus, ce dernier n'a pas proliféré; il n'y a pas eu de matière virulente secondairement absorbée. Aussi, les piqûres faites n'ont-elles eu que la valeur d'un simple accident local, et l'économie, restée vierge, a été apte à une réinoculation.

» Les deux problèmes expérimentaux dont je parlais en commençant ont donc reçu leurs solutions, et ces solutions concordent dans le sens du rôle que j'avais cru pouvoir attribuer aux ganglions lymphatiques. »

RECHERCHES SUR L'URÉE. Note de M. *P. Picard*. — *Urée des reins*. — Voici les principaux faits qui résultent des expériences de l'auteur :

1° Les quantités décelables dans 1000 grammes de ce torgane augmentent avec l'activité de la sécrétion urinaire. Les chiffres élevés résultent de la présence de l'urine dans les canalicules urinifères.

2° La quantité d'urée contenue dans le liquide mixte qu'on obtient en pratiquant une fistule du canal thoracique pendant la digestion est très-voisine de celle qui est contenue dans le sang.

3° Chez le *lapin*, 1000 grammes de muscles blancs se comportent comme s'ils contenaient : premier lapin, 3 grammes d'urée; deuxième lapin, 3gr,1. 1000 grammes de foie se comportent comme s'ils contenaient (période digestive active) : premier lapin, 0gr,3 d'urée; deuxième lapin, 0gr,5.

Ce sont là des quantités analogues à celles que contenait le foie du chien à jeun. Ce résultat pouvait être prévu, puisque j'ai annoncé que la proportion d'urée du foie varie avec celle du sang, et cette dernière avec celle de l'urée éliminée en vingt-quatre heures par les urines (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1877).

4° Si l'on pratique sur un chien la section des nerfs qui entourent l'artère hépatique, et si, après cette opération, on fait des saignées à l'animal, on trouve dans le sang une quantité d'urée moindre, en général, que celle qui existe chez l'animal normal; quelquefois elle est à peu près la même; en tout cas, elle n'est jamais plus considérable.

DE L'INFLUENCE DES DIFFÉRENTES COULEURS DU SPECTRE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ANIMAUX. Note de M. *E. Yung*. — Trois séries d'observations ont porté sur les œufs de la *Rana temporaria* et de la *R. esculenta*, une série sur les œufs de truite (*Salmo trutta*) et une série sur les œufs du lymnée des étangs (*Lymnea stagnalis*). Voici le résultat de ces observations :

1° Les divers rayons colorés de la lumière solaire agissent d'une manière très-différente sur le développement des œufs des animaux cités plus haut. 2° La lumière violette active d'une manière très-remarquable le développement. Elle est bientôt suivie sous ce rapport par la lumière bleue, puis par la jaune et la blanche. 3° Les lumières rouge et verte paraissent nuisibles en ce sens que nous n'avons jamais pu obtenir le développement complet des œufs dans ces couleurs. 4° L'obscurité n'empêche pas le développement; mais, contrairement aux résultats de MM. Higginbottom et Mac Donnell, nous avons constaté qu'elle le retarde. 5° On peut disposer les différentes couleurs du spectre, eu égard à leur influence sur le développement, dans la série décroissante suivante : violet, bleu, jaune, blanc, obscur, rouge, vert. 6° Des têtards de grenouille de même taille et soumis jusqu'alors aux mêmes conditions physiques, privés de toute nourriture, meurent sensiblement plus vite d'inanition dans les rayons violet et bleu que dans les autres; ils consomment plus rapidement leur économie alimentaire. 7° La mortalité paraît plus grande dans les lumières colorées que dans la lumière blanche. Toutefois, les chiffres n'ayant pas toujours concordé sur ce point, il serait prématuré de se prononcer d'une manière positive.

FALSIFICATION DU CAFÉ, DU THÉ ET DES CHICORÉES. — M. *C. Husson* adresse une note relative à une méthode de recherche de ces falsifications.

ANATOMIE COMPARÉE DU PLACENTA. — M. *Turner*, professeur à l'Université d'Edimbourg, adresse à l'Académie une série de mémoires imprimés *Sur l'anatomie comparée du placenta*.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1878. — PRÉSIDENCE DE M. FIZEAU.

Rien de médical dans cette séance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1878. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'instruction publique annonce à l'Académie qu'il recevra sa députation le mardi 31 décembre à une heure.

L'Académie reçoit : 1° La recette d'une pommade à laquelle M. *Siméon* attribue la propriété de guérir les maux de dents. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — 2° Des pièces relatives au procédé de conservation de l'eau de mer inventé par le docteur *Lisle*. — 3° Le rapport général de M. le médecin-inspecteur des eaux d'Aulus pour l'année 1878.

M. le préfet de la Creuse adresse à l'Académie un inventaire des archives de ce département.

M. *Brachet* adresse à l'Académie une note relative à l'éclairage électrique.

NOUVEAU LOCAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — En rendant compte de la réception faite par le ministre de l'instruction publique à la députation de l'Académie à l'occasion du nouvel an, M. *le Président* annonce que la question du local de l'Académie a été traitée dans cette entrevue. M. le ministre, cédant aux instances de M. le secrétaire perpétuel de l'Académie, a accordé 1600 au lieu de 1200 mètres de terrain pour la construction du nouveau local dans les terrains du Luxembourg.

RAPPORTS : EAUX MINÉRALES. — M. *Poggiale* donne lecture, au nom de la commission des eaux minérales, d'une série de rapports dont les conclusions favorables sont mises aux voix et adoptées.

REMÈDES SECRETS ET NOUVEAUX. — M. *Planchon* donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions pour l'année 1879. Sont élus :

Epidémies : MM. Lancereaux, Hérard, Goubaux.
Vaccine : MM. Guyon, Parrot.
Eaux minérales : MM. Fauvel, Bouis.
Remèdes secrets : MM. Hervieux, Riche.
Comité de publication : MM. Dechambre, Rochard, Verneuil, Magne, Latour.

OSTÉOMYÉLITE PENDANT LA CROISSANCE. — A l'occasion du rapport lu par M. Panas sur le mémoire de M. Lannelongue, M. *Gosselin* fait connaître ses appréciations, non pas sur les questions relatives à la septicémie, mais sur les ostéites et l'ostéomyélite.

Ces ostéites aiguës de l'adolescence, que M. Gosselin désigne sous le nom d'*ostéites épiphysaires*, sont graves surtout par la suppuration. Quand celle-ci envahit d'emblée toutes les parties constituantes de l'os, la gravité est grande, les chances de guérison sont pour les cas dans lesquels la suppuration se

localise sous le périoste. Or, l'expérience de M. Gosselin, dans ces dernières années, lui a appris que la suppuration médullaire arrivait surtout lorsque la suppuration sous-périostique avait persisté plusieurs jours, sans issue donnée au pus. Il a été frappé surtout de quelques observations dans lesquelles l'incision ayant été faite largement et de bonne heure, avec drainage, injections phéniquées et pansements phéniqués, l'ostéite s'est arrêtée dans sa marche envahissante et n'a gagné ni les parties profondes de la ligne épiphysaire, ni le canal de la moelle. Il lui a semblé que ces incisions larges et prématurées que l'on conseille depuis longtemps, mais devant lesquelles reculent encore beaucoup de chirurgiens, préviennent l'ostéomyélite suppurée, surtout lorsqu'on les combine avec le drainage et l'emploi abondant de l'acide phénique. On voit, dès lors, que M. Gosselin a une nouvelle raison pour rejeter la dénomination générale d'ostéomyélite; c'est que la continuation de ses études sur ce sujet l'a amené à croire que nous avons dans l'ostéite épiphysaire aiguë un traitement préventif de la forme la plus grave, savoir la forme ostéomyélite suppurée. Au début, l'ostéite est générale; mais tant qu'elle n'a pas suppuré, peu importe que la moelle du canal médullaire en prenne sa part. Ce qui importe, c'est que rien ne suppure ou que, si la suppuration arrive, elle se limite, et qu'au besoin elle puisse être limitée par les soins du chirurgien aux couches extérieures de l'os. C'est ce que les générations nouvelles comprendront mieux si on leur présente la maladie sous le nom d'ostéite épiphysaire aiguë, et ce qu'elles comprendront moins bien si on continue à leur parler seulement de périostite phlegmoneuse et d'ostéomyélite.

En ce qui concerne la trépanation, M. Gosselin se rallie aux conclusions de M. Lannelongue et conseille de pratiquer cette opération. D'une part, l'ostéite suppurée du canal médullaire est si grave; d'autre part, la trépanation ajoute si peu de chose au danger, qu'il est permis de la risquer, quand bien même la suppuration ne serait pas certaine. Pourquoi d'ailleurs, dans les cas douteux, ne ferait-on une ou deux perforations exploratrices que l'on remplacerait par une trépanation évacuatrice une fois qu'on aurait vu le pus s'écouler? Maintenant que l'opération est proposée avec un succès à l'appui par un chirurgien aussi sérieux que M. Lannelongue, il ne s'agit plus que de la régulariser en en faisant un moyen de diagnostic en même temps qu'un moyen de traitement.

Septicémie. — La communication de M. Gosselin ne se rapportait que très-indirectement à la discussion pendante sur la septicémie; mais M. *Bouillaud* vient formuler quelques propositions qui se rattachent directement à la septicémie. Voici comment l'éminent académicien résume ses opinions sur la fermentation putride en général.

1° Pour que les substances de l'organisme puissent éprouver la fermentation septique, il faut préalablement, selon la doctrine universellement reçue jusqu'ici, qu'elles aient été *mortifiées, gangrenées!* Il importe de ne pas confondre les caractères de cet état préalable de gangrène ou de mortification avec ceux propres à la décomposition putride, qui peut ensuite s'en emparer.

2° Elles ne se putréfient *réellement* que dans les cas où, par une voie ou moyen quelconque, elles se trouvent soumises à l'action de ferments *spécifiques*, dits, en raison même de cette action, *putrides* ou *septiques*, dont M. Pasteur, le premier, a fait une espèce d'*êtres organisés*, et qu'il a désignés par un nom qui leur est *propre*.

3° Pour que l'air, en particulier, puisse exercer sur les substances de l'organisme elles-mêmes, ou sur quelques-uns de leurs produits, un pouvoir *putrigénique*, il est nécessaire que ces substances ou ces produits soient préalablement privés de vie, et qu'ils renferment les germes ou ferments spécifiques de la décomposition septique ou putride.

4° Mais est-il *suffisamment* démontré que nulle partie organique ne pourrait, au contact de l'air pur ou *normal*, éprouver le travail de la fermentation ou décomposition putride? Il semble bien qu'il en soit ainsi, en présence de ces merveilleux appareils au moyen desquels des matières animales, séparées du corps vivant (sang, muscles, urines, etc.), préservées de la présence des ferments spécifiques de la putréfaction, mais non de celle de l'air convenablement *expurgé*, sont conservées pendant un temps indéfini, indemnes de toute septicité.

Société de biologie.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1878. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Kératite glycosurique : M. Galezowski. — Larve de parasite chez un hémiptère : M. Kunckel. — Qualités respiratoires des gaz produits par la combustion du gaz d'éclairage : M. Gréhant. — Doubles battements des anévrysmes thoraciques : M. François-Franck. — Monoplégie brachiale avec lésion de la circonvolution frontale ascendante chez un syphilitique : M. Leloir. — Des voies lacrymales chez les hypermétropes : M. Courserant. — Appareils pour l'étude de la chaleur animale : M. d'Arsonval. — Aphasie et incohérence : M. Magnan.

M. *Dumontpallier* annonce que la Société de physiologie de Londres s'inscrit pour la somme de 90 liv. sterl. (environ 2000 francs) à la souscription ouverte pour ériger un monument à Claude Bernard.

— M. *Galezowski* a observé trois cas de lésions cornéennes coïncidant avec la glycosurie. Dans l'un, il s'agissait d'un ulcère à marche extensive; dans les deux autres, d'opacités survenues rapidement. Ces kératites glycosuriques n'avaient pas encore été signalées. La quantité de sucre trouvée dans les urines a varié de quelques traces à peine appréciables au chiffre de 60 grammes par litre. Il n'y avait, chez les trois malades, aucun trouble de la santé générale.

— M. *Künckel* a trouvé, chez une punaise de bois, insecte de l'ordre des Hémiptères, la larve d'un insecte appartenant à l'ordre des Diptères. Ce parasite est muni, pour sa propre respiration, d'une sorte de siphon corné qui s'ouvre dans les trachées mêmes de l'insecte habité. C'est un exemple assez remarquable d'appareil d'emprunt.

— M. *Gréhant* a recherché quelle quantité d'oxyde de carbone produit la combustion du gaz d'éclairage. Un bec d'Argant brûle sous une cloche où le gaz et l'air arrivent au moyen de tuyaux dont le débit est connu, et les produits de la combustion sont refroidis et recueillis dans un ballon. La respiration de 20 litres des gaz ainsi obtenus diminue seulement de $0^{cc},5$ le pouvoir absorbant du sang d'un chien pour l'oxygène. La différence est de 1 centimètre cube si, au lieu d'employer pour la combustion du gaz un bec d'Argant, on a pris un bec de Bunsen. Dans tous les cas, c'est à peine si les produits obtenus renferment des traces de CO. Si la combustion, au lieu d'être alimentée par de l'air pur, l'est par un air mélangé de $1/400^e$ de CO, ce dernier gaz disparaît et l'on n'en trouve plus trace. Cette décomposition d'un gaz combustible mélangé à un gaz comburant pourrait trouver son application dans les mines : en y laissant constamment allumés des becs de gaz, on réussirait peut-être à entraîner la destruction continue des gaz explosibles, à mesure même qu'ils se produiraient, et à prévenir ainsi les terribles effets du grisou.

— M. *François-Franck* fait une communication sur *les doubles battements des anévrysmes intra-thoraciques*.

Ces doubles battements ne s'observent pas seulement, comme on le dit en général, dans le cas d'anévrysme de l'aorte; ils existent aussi dans les anévrysmes des grosses artères qui émanent de la crosse.

Souvent l'application du doigt sur la tumeur ne permet pas de percevoir deux battements successifs distincts, mais dans

tous les cas ces doubles battements sont rendus évidents par l'emploi des appareils enregistreurs. S'ils échappent au toucher, c'est que l'intervalle qui les sépare peut être trop court, d'où le défaut de dissociation des deux impressions tactiles consécutives; il peut arriver aussi que le premier de ces deux battements ait une trop grande intensité par rapport au second et que l'impression produite par ce dernier soit relativement nulle.

Quant au mode de production du double battement des anévrysmes intra-thoraciques, M. François Franck croit qu'il est nécessaire pour le comprendre de se reporter aux conditions physiologiques de la circulation : si l'on se représente une artère affaissée sur elle-même et recevant du cœur une forte ondée sanguine, le vaisseau subit tout d'abord une brusque dilatation qui tend ses parois (premier battement) ; le sang continuant à pénétrer dans le vaisseau tendu qui résiste davantage, les parois artérielles subissent une nouvelle dilatation qui se surajoute à la première (second battement). Ceci s'observe normalement dans les grosses artères situées à une faible distance du cœur; le double battement, correspondant à une pénétration dédoublée du sang dans le vaisseau, est rendu plus évident encore par la présence d'une dilatation anévrysmale qui amplifie les effets mécaniques dont il s'agit.

Cette interprétation concorde avec les faits. Car l'examen des tracés de pulsations des anévrysmes intra-thoraciques montre une ascension en deux temps. La théorie du double battement par reflux dans l'anévrysme du sang des grosses artères voisines (*Bellingham*) est au contraire en désaccord avec ce fait d'observation que les deux battements successifs correspondent à la période d'expansion de la tumeur anévrysmale. La théorie du refoulement brusque de l'ondée sanguine par l'occlusion des sigmoïdes (Jaccoud) n'est pas non plus d'accord avec ce fait que le double battement a été observé par M. François-Franck dans des cas d'insuffisance aortique large (par exemple chez un malade du docteur Bernutz). Il semble donc logique d'admettre que *le double battement des anévrysmes intra-thoraciques reconnaît pour cause la pénétration du sang dans le sac en deux phases successives*, plus ou moins espacées et donnant par suite au doigt la sensation plus ou moins nette de deux soulèvements consécutifs. Il faut de plus reconnaître que *ces doubles battements ne sont en rien spéciaux aux anévrysmes de l'aorte*; ils se retrouvent dans les anévrysmes du tronc brachio-céphalique et des carotide et sous-clavière gauches.

M. *Parrot* demande à M. Franck de préciser les rapports de ces doubles battements avec la systole ventriculaire.

M. *Franck* montre par un tracé que le double battement se produit pendant la phase systolique.

— M. *Leloir* rapporte deux observations de monoplégie brachiale droite chez des syphilitiques. Chez l'un des deux, qui a succombé à une méningite cérébro-spinale, on a trouvé, outre les lésions de cette affection, une plaque de méningite gommeuse ancienne avec adhérences au tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante gauche. La moelle sera ultérieurement étudiée. Les nerfs et les muscles du membre paralysé n'étaient pas altérés.

— M. *Courserant* a plusieurs fois constaté, chez les hypermétropes, que les directions des deux canaux lacrymo-nasaux, au lieu d'être convergentes en haut et en dedans, restent parallèles ou mêmes divergentes.

— M. *d'Arsonval* indique quelques modifications qu'il a apportées dans la construction des appareils destinés à l'étude de la chaleur animale, modifications que Cl. Bernard avait déjà mises à profit pour ses derniers travaux. Il a raccourci les aiguilles du galvanomètre, les a soustraites aux influences toujours variables du magnétisme terrestre, en les plaçant sous l'influence d'un méridien artificiel représenté par un fort barreau aimanté; il n'emploie, pour les sondes qu'il glisse dans les vaisseaux, que des fils métalliques d'un seul morceau, sans pièces de raccord. Mais ce sont surtout les aiguilles piquantes qui ont été transformées. Au lieu de deux fils métalliques revêtus de vernis isolant et soudés à leurs extrémités, il prend un tube très-fin qui représente l'un des fils, et dans la cavité duquel il glisse l'autre jusqu'au fond, où il le soude. De cette façon, on n'a plus à craindre la chute du vernis et la production de courants hydro-électriques capables de troubler les résultats de l'expérience.

M. *P. Bert* fait observer que cette modification permettra de mieux étudier la production de chaleur chez les végétaux.

— M. *Magnan* donne le résumé de trois observations d'aphasie, avec autopsie. Les deux premières n'ont rien qui ne soit absolument classique. Le troisième malade, au cours de son aphasie, a présenté tout à coup une incohérence qui s'est manifestée par du délire d'action très-variable et par la diversité des intonations, qui semblaient changer à chaque instant la signification des deux syllabes dont il composait tout son répertoire. L'hémisphère cérébral gauche, recouvert d'une vaste néomembrane, était marbré d'un nombre considérable de plaques jaunes : l'insula, la troisième circonvolution frontale étaient atteints. M. Magnan insiste sur la dissémination des lésions, sur la destruction des fibres communicantes qui vont d'une circonvolution à l'autre et croit que l'incohérence peut être attribuée à cette dernière lésion. M. Luys confirme les assertions de M. Magnan; il croit que les troubles du langage, trop facilement confondus sous le nom d'*aphasie*, peuvent être dissociés et assimilés, par exemple, soit à la paraplégie, soit à l'ataxie ou à la chorée. Il insiste sur les lésions de l'insula et même du corps strié dans l'ataxie, et croit que les lésions des lobes postérieurs ne sont pas sans influence sur la production de l'incohérence.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1878. — PRÉSIDENCE DE M. MAYET.

Des courants induits dans le traitement de la sclérodermie : M. Armaingaud. — Du délire cardiaque, principalement dans les cas d'affection de l'orifice aortique : MM. Dujardin-Beaumetz et Bucquoy. — De l'hydrothérapie dans les affections cancéreuses : M. Dally. — De l'hérédité de certaines affections chez l'homme et chez les animaux : MM. Dally et Trasbot.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un travail de M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux) sur un cas de sclérodermie traité avec succès par les courants électriques continus. Les conclusions de M. Armaingaud sont que l'électricité par courants continus peut être utilisée, sinon dans tous les cas de sclérodermie, du moins dans la forme caractérisée par l'induration et l'épaississement de la peau, sans plaques cicatricielles et sans ulcération; que l'électricité agit non-seulement sur les points où le pôle est appliqué, mais sur les parties voisines, par l'intermédiaire de la moelle épinière; et enfin que ce cas heureux, et surtout la généralisation de l'électricité par l'intermédiaire de la moelle, sont un nouvel appui à la théorie qui fait de la *sclérodermie* une trophonévrose, c'est-à-dire un trouble trophique dépendant d'une altération des centres nerveux (thèse de Frémy, *De la trophonévrose*, 1874).

A propos d'un autre mémoire de M. Armaingaud sur une corrélation pathogénique entre les maladies du cœur (insuffisance et rétrécissement aortiques) et l'hystérie chez l'homme, M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer l'intérêt que présentent les troubles mentaux chez les individus atteints d'affection aortique. Il observe en ce moment deux malades atteints de délire persistant, et qui, comme lésion cardiaque, présentent une insuffisance et un rétrécissement aortiques. Tout en reconnaissant les difficultés qui se présentent pour pouvoir

affirmer que l'affection cardiaque est la cause déterminante de ces troubles mentaux, M. Beaumetz fait remarquer cependant que si le traitement est dirigé du côté des troubles circulatoires, on voit survenir assez rapidement une amélioration et même une disparition des troubles mentaux, alors que les lésions cardiaques s'amendent. Dans le cas de M. le docteur Armaingaud, il s'agit d'un névropathe atteint de rétrécissement et d'insuffisance aortiques et qui présentait des attaques convulsives hystériformes lorsqu'on augmentait l'anémie cérébrale. Dans les deux cas qui lui sont personnels, M. Beaumetz a vu disparaître rapidement les accidents cérébraux en tonifiant le cœur de ses malades, avec de la digitaline dans un cas et des injections de morphine dans l'autre.

M. *Bucquoy* observe en ce moment, dans son service, un cas absolument analogue à celui de M. Dujardin-Beaumetz : il s'agit d'un individu atteint d'une affection aortique et d'un délire persistant, mais d'un délire qui disparaît à peu près lorsqu'on tonifie le cœur. M. Bucquoy ajoute que ces faits sont plus fréquents qu'on ne le pense dans les affections cardiaques, principalement dans les cas d'affections aortiques : le délire qu'on observe alors ne doit pas être confondu avec le délire de l'agonie, tel qu'on l'observe, avec ses caractères particuliers, dans les affections du cœur.

— M. *Dally* fait une communication sur le diagnostic différentiel des affections cancéreuses et des affections non cancéreuses à l'aide de l'hydrothérapie. Il a remarqué, en effet, que l'hydrothérapie accélère la marche des affections cancéreuses : ainsi, des malades traités pour des affections cancéreuses de l'estomac voient rapidement leur état s'aggraver sous l'influence des douches froides : l'hydrothérapie donne, pour ainsi dire, un coup de fouet à l'affection cancéreuse.

M. *Dujardin-Beaumetz*, à propos de l'influence des douches sur les troubles de l'estomac, demande à M. Dally s'il conserve la pratique de la gymnastique abdominale dans le traitement hydrothérapique, gymnastique préconisée par M. Duander, officier de l'armée suédoise, auteur d'un travail intéressant sur cette question. Déjà M. Dally a, dans sa thèse inaugurale, proposé le massage de la région de l'estomac dans le traitement de la dyspepsie par atonie. Fait-il le massage dans les affections cancéreuses?

M. *Dally* ne connaît pas de meilleur mode de traitement pour les affections névropathiques ou autres de l'abdomen, sauf dans les cas où il y a formation de tissu nouveau, pathologique, comme le cancer, par exemple. Du reste, il ne faut pas oublier que le massage, peu pratiqué dans nos régions, rend des services très-grands dans d'autres pays, où cette pratique remonte à la plus haute antiquité. Dans l'Afrique centrale, en effet, la plupart des chefs de tribus, qui se laissent aller à des écarts excessifs de régime, ont auprès d'eux des masseurs attitrés, qui par leurs manœuvres stimulent les fonctions de l'estomac et évitent ainsi des accidents congestifs qui surviendraient souvent à la suite de ces ingestions exagérées d'alcool.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande ce qu'il faut entendre par gymnastique viscérale? Doit-on admettre l'opinion de M. Duander, qui indique trois manœuvres : le tapotement, le glissement et le secouement?

M. *Dally*. Ce sont ces manœuvres qu'il a décrites dans sa thèse; mais elles ne sont utiles que lorsqu'elles sont faites tous les jours; c'est donc un traitement difficile à ordonner, principalement pour nous autres Français, qui n'aimons pas les traitements assujettissants et prolongés; on en obtient d'excellents résultats, principalement dans les cas de dyspepsie et de constipation opiniâtre. Les résultats sont également favorables dans les cas d'accumulation de graisse dans l'abdomen; mais il faut ajouter l'usage d'une ceinture et un exercice qui excite la vitalité des muscles de l'abdomen, muscles qui se relâchent peu à peu sous l'influence de la pesanteur des organes intestinaux surchargés de graisse; un exercice qu'il a l'habitude de faire faire est le suivant : faisant mettre le malade le dos appliqué contre un mur, de telle sorte que le talon et la colonne vertébrale soient appuyés, on voit peu à peu, sous l'influence des efforts musculaires, les muscles se contracter sur les organes viscéraux et prendre ainsi une force qui empêche l'abaissement du ventre, si pénible pour certains malades.

On a dit que certaines races (la race espagnole, par exemple) étaient plus disposées que d'autres à cette infirmité. M. Dally ne croit pas à l'influence de l'hérédité; ce ne serait pas une affaire de race, mais simplement de mauvaise tenue.

M. *Trasbot* pense que cette dernière opinion de M. Dally est exagérée. L'hérédité exerce certainement une influence réelle : on en trouve des exemples chez les animaux. Darwin n'est-il pas arrivé, chez les pigeons, à obtenir dans les produits toutes les modifications qu'il voulait. Pour citer un autre exemple, les chiens originairement avaient tous la queue longue; or, par la section, on est arrivé peu à peu à former des races chez lesquelles cet état est devenu héréditaire.

M. *Dally* ne croit pas à cette hérédité. Les Juifs, auxquels on coupe le prépuce, naissent cependant avec un prépuce très-allongé. On doit distinguer deux ordres de faits : l'hérédité des anomalies et l'anomalie des sélections.

M. *Dujardin-Beaumetz* cite comme exemple de l'influence de l'hérédité les cyprins (poissons télescopes), dont les caractères ont été d'abord artificiels, et qui naissent maintenant avec les anomalies.

M. *Trasbot*. Il faut distinguer, dans l'hérédité des modifications acquises, l'importance de ces modifications; les moins importantes ne se transmettent pas. Ainsi pour le chien, qu'il dérive du loup ou du chacal, ou qu'il soit de la race primitive, il est certain qu'il est un animal à queue longue. Or, chez certaines races où, pour une raison ou pour une autre, on a eu l'habitude de sectionner la queue, la queue n'existe chez les descendants qu'à l'état de vestige; bien plus, on a vu des chiens qui, ayant la queue cassée, ont donné naissance à des petits dont la queue était cassée. Chez les chevaux, certaines maladies sont héréditaires (tumeurs osseuses, etc.); ces maladies ne se manifestent pas immédiatement, mais apparaissent dès qu'on fait travailler l'animal; il en est de même pour le cornage (affection produite soit par une lésion du nerf laryngé ou par une compression des ganglions du cou) : le cornage est invariablement héréditaire aussitôt qu'on met le poulain au travail.

REVUE DES JOURNAUX

Des exanthèmes menstruels, par M. J. Schramm.

La relation de la menstruation et des fonctions génitales en général avec certains exanthèmes a été indiqué par Hebra, mais les cas publiés sont rares. En voici deux observés dans l'hôpital de femmes de Dresde.

Chez une jeune femme de trente-six ans, disménorrhée suite d'antéflexion de l'utérus. Depuis sept ans, à chaque époque menstruelle, apparition d'une éruption cutanée consistant en papules et nodosités rougeâtres ou brunâtres, sur la figure, les bras, la langue et les parties génitales, surtout le vestibule. L'intensité de cet exanthème était proportionnelle à la difficulté de la menstruation. Un traitement approprié fit disparaître en deux mois les troubles menstruels et avec eux les manifestations cutanées. L'auteur insiste particulièrement sur l'absence de syphilis.

Le second cas fut observé chez une phthisique de trente-

cinq ans, qui avait des règles extrêmement abondantes. Toute la région du dos était couverte de petits boutons rouges, alignés, ressemblant à ceux de l'urticaire. Chaque mois la malade voyait apparaître cette éruption qui disparaissait après quelques jours.

Un troisième cas, est en même temps un exemple de pityriasis menstruel et d'urticaire consécutif à l'application de sangsues à la portion vaginale du col utérin. Des exemples de ce dernier accident se trouvent déjà dans Scanzoni.

Comme particularités, l'auteur signale la lésion de la langue et de l'orifice uréthral qui existaient dans le premier cas, lésion qui démontre que les muqueuses ne sont pas exemptes de ces singuliers exanthèmes, dont l'origine doit être probablement attribuée à une action réflexe sur les vaso-moteurs. Quant à la dernière observation, il est à noter que l'urticaire n'était pas sous la dépendance exclusive des nerfs utérins, vu que chez la même personne, des piqûres de mouches un peu nombreuses donnaient lieu à la même éruption. (*Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 42.)

Nouvelles recherches sur la forme et la situation des viscères abdominaux, par M. His.

La description classique des viscères de l'abdomen, y compris les organes pelviens de la femme est un tissu d'erreurs provenant de ce qu'on a l'habitude d'étudier les viscères exsangues, et en dehors de leur siége normal. His injecte dans la fémorale de l'acide chromique (5 à 10 litres), jusqu'à ce que tout le sang soit chassé par l'injection. Le liquide durcit les parois des réservoirs musculeux (estomac, intestin, vessie) et les parenchymes (foie, poumon, etc.); après quoi il suffit de recouvrir le tronc de plâtre et de faire des coupes successives et méthodiques, pour arriver à une idée très-exacte de la situation vraie.

En opérant ainsi, on obtient des résultats entièrement inattendus. Pour ce qui concerne le foie surtout, il y aurait suivant His, autant de différence entre l'organe vivant et tel qu'on l'observe sur la table de l'amphithéâtre, qu'entre « un sac vide et un sac plein ». Tous les organes abdominaux y impriment une empreinte, non-seulement les reins et le côlon, mais le cœur, l'estomac, l'œsophage, la colonne vertébrale, etc.

De plus, il faut lui considérer trois faces; non-seulement une face supérieure et inférieure, mais aussi une *postérieure*.

Il en est de même pour le pancréas, les reins et les capsules surrénales, dont la forme exacte ne peut être comprise que si l'on a soin de conserver les rapports avec les organes avoisinants.

La situation des organes de la femme est étudiée avec moins de précision. L'antéversion ou l'antéflexion de l'utérus (suivant qu'il s'agit d'une femme multipare ou d'une nullipare) serait la situation normale. Les ovaires seraient appliqués sur les parois du grand bassin, les deux faces dans la direction antéro-postérieur, le grand diamètre vertical. (*Arch. für Anat. und Phys.*, 1878, p. 153.)

Travaux à consulter.

De l'ulcération du frein de la langue dans la coqueluche, par le docteur W. Maccall, chirurgien de l'hôpital des enfants, à Manchester. — L'important rapport récemment présenté à l'Académie par M. Roger à l'occasion d'un mémoire de M. le docteur Delthill, donne une certaine importance au travail de M. Maccall. Sur 252 enfants atteints de la coqueluche, cet auteur a observé 111 fois (44 pour 100) l'ulcération de la langue. De même que M. Roger, il en conclut que cette ulcération est due à une action mécanique, la propulsion de la langue contre les dents, et non à une éruption spécifique, comme l'avaient avancé quelques auteurs. (*British med. Journ.*, 21 septembre 1878.)

Du vaginisme dans ses relations avec l'aliénation mentale par le docteur Bradfield. — L'auteur rapporte un cas dans lequel un vaginisme très-prononcé avait déterminé des symptômes d'aliénation mentale dont la cause n'avait pas été reconnue immédiatement. La malade s'étant décidée à laisser pratiquer l'examen local, on reconnut l'existence d'un vaginisme qui fut traité avec succès par la dilatation forcée. La malade guérit complétement. On rapprochera avec intérêt cette observation de celles qui ont été publiées par Sims, Lutaud et autres auteurs, et dans lesquelles le vaginisme avait déterminé des désordres intellectuels plus ou moins graves. (*New-York medical Journal*, mai 1878.)

Des ponctions multiples dans l'hydropisie ovarienne, par le docteur Hughes. — L'auteur rapporte une très-curieuse observation dans laquelle la paracentèse ovarienne a été pratiquée quatre cents fois dans l'espace de vingt années. L'intérêt particulier que présente l'observation réside dans ce fait que la malade, qui habitait les montagnes de Welsh, loin de son médecin, avait pris l'habitude de se ponctionner elle-même. (*Lancet*, juillet 1878, p. 137.)

De l'emploi des lavements froids dans le traitement de la diarrhée, par le docteur Messemer. — L'auteur a employé avec succès les lavements d'eau froide dans le traitement de la diarrhée et de la dyssenterie. Il insiste surtout sur les propriétés astringentes de l'eau froide associée aux opiacés. Injectée en petite quantité dans l'intestin, l'eau raffermit les tissus; injectée en plus grande quantité, elle débarrasse l'intestin des produits morbides qu'il contient. On consultera avec fruit les nombreuses observations consignées dans le mémoire de M. Messemer. (*American Journ. of med. sciences*, juillet 1878.)

De la pathologie du périoste, par le docteur Creigton. — Dans un important mémoire que nous ne faisons que signaler, l'auteur étudie les nombreuses manifestations morbides du périoste. D'après M. Creigton, le périoste est un tissu connectif qui, par sa structure spéciale, peut être comparé à un organe sécrétant. Il en résulte que ce tissu est le plus dangereux des tissus connectifs et donne naissance à un grand nombre de néoplasmes. Les opinions et les théories émises par M. Creigton dans ce mémoire méritent certainement d'attirer l'attention des anatomopathologistes. (*Journal of anatomy and physiology*, avril 1878.)

De l'extirpation des ovaires a la suite des hémorrhagies déterminées par les tumeurs fibreuses de l'uterus, par le docteur Goodell. — Nos lecteurs connaissent l'opération inaugurée par Battey sous le nom d'*ovariotomie normale*, et qui consiste à enlever les ovaires sains ou atteints de lésions relativement bénignes, dans le but de provoquer la cessation de la fonction menstruelle. Nous signalons aujourd'hui une opération de ce genre pratiquée par le docteur Goodell sur une malade atteinte d'une tumeur fibreuse qui déterminait des douleurs et des hémorrhagies graves à chaque époque menstruelle, et qui n'était pas susceptible d'être enlevée. Les deux ovaires furent extirpés par le vagin; celui du côté droit était sain, mais l'ovaire gauche contenait un petit kyste. La malade, qui était célibataire et âgée de trente-trois ans, guérit parfaitement, et les hémorrhagies cessèrent. Le docteur Goodell est d'avis que, lorsque les tumeurs fibreuses ne sont pas opérables et donnent lieu à des symptômes graves, l'ovariotomie est le seul traitement qu'on puisse utilement leur opposer. (*American Journal of med. sciences*, juillet 1878.)

Des injections hypodermiques de morphine, par le docteur Harrington. — Dans un long et remarquable mémoire appuyé sur un grand nombre de faits, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1° N'employer les injections hypodermiques de morphine que lorsque la douleur est intense et que le médicament ne peut être supporté par l'estomac. 2° Toujours s'assurer de la quantité exacte du médicament qu'on administre. 3° Ne jamais quitter le malade avant de s'être assuré qu'aucun inconvénient grave ne peut résulter de l'injection. L'auteur a été appelé à formuler ces réserves après avoir observé quelques accidents consécutifs à l'emploi sous-cutané de solutions concentrées de morphine. Nous appelons l'attention sur son mémoire, qui est très-intéressant. (*Chicago medical Journal and examiner*, septembre 1878.)

De l'emploi de la belladone dans le traitement de l'obstruction intestinale, par le docteur Kerr. — L'auteur publie cinq cas d'obstruction intestinale qui ont été traités avec succès

par l'emploi de l'extrait de belladone administré par doses de 10 centigrammes toutes les deux heures, jusqu'à concurrence de 1 gramme. (*British med. Journ.*, août 1878, p. 307.)

DU TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS PAR L'ÉLECTROLYSE, par le docteur FREEMAN. — L'auteur a traité avec succès plusieurs cas de fibrome utérin en introduisant une longue aiguille dans la tumeur et en y faisant passer un courant électrolytique. Dans l'observation rapportée dans son mémoire, M. Freeman est arrivé par ce procédé à faire disparaître complétement une tumeur fibreuse volumineuse qui déterminait des hémorrhagies et inspirait des inquiétudes. (*Proceedings of the medical Society of the county of Kings*, juillet 1878.)

DES ÉRUPTIONS PUSTULEUSES DANS LA PYOHÉMIE, par le docteur CAMERON. — L'auteur a observé deux fois cette éruption, qui avait été déjà signalée dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (n° 46, 1868). Il arrive à conclure qu'il n'est pas très-rare de rencontrer, pendant le cours de la pyohémie, une éruption de pustules qui deviennent rapidement purulentes et qui sont l'indice d'une mort prochaine. (*Lancet*, juillet 1878, p. 65.)

DE LA LAPAROTOMIE DANS LA GESTATION EXTRA-UTÉRINE, par le docteur Robert HARRIS (de Philadelphie). — L'auteur rapporte une très-intéressante observation dans laquelle il a pratiqué la laparotomie dans un cas de grossesse extra-utérine. L'enfant était mort depuis trois mois au moment de l'intervention chirurgicale, qui eut lieu quinze mois après la conception. L'opération fut suivie d'un succès complet, et la mère guérit rapidement. M. Harris fait suivre cette observation de quelques remarques instructives et insiste sur l'utilité des opérations hâtives dans les cas de grossesse extra-utérine. (*American Journal of med. sciences*, octobre 1878.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine, chez la femme en travail. Thèse présentée à l'agrégation par M. A. PINARD.— Paris, 1878.

Le sort avait désigné M. Pinard pour étudier une des questions les plus controversées et les plus importantes de la pathologie obstétricale. L'emploi des anesthésiques en obstétrique, accepté par beaucoup d'accoucheurs, contesté par d'autres, ne s'est pas encore généralisé en France, tandis que les Anglais et les Américains ont adopté depuis longtemps cette pratique. Ces divergences prouvent que les questions relatives à l'anesthésie sont loin d'être résolues, et que nous discuterons encore longtemps non-seulement sur le choix, mais encore sur l'opportunité des agents anesthésiques.

Ainsi que l'indique le titre de sa thèse, M. Pinard avait à traiter non-seulement de l'anesthésie obstétricale, mais encore de l'action comparée des agents anesthésiques et des agents narcotiques, tels que l'opium et la morphine. On pouvait craindre au premier abord que cette extension du sujet nuisît à la clarté; mais le soin que M. Pinard a eu de diviser son travail en cinq parties bien distinctes, et l'étude spéciale qu'il a faite de chacune de ces parties ne nous font pas regretter la multiplicité des questions qui ont été posées par la Faculté.

Dans la première partie, l'auteur étudie l'action du chloroforme sur les femmes en travail; dans la seconde, il étudie l'action du chloral; dans la troisième, l'action des médicaments narcotiques, opium et morphine; la quatrième partie est consacrée à l'étude des quatre agents combinés. Enfin, dans une cinquième et dernière partie, l'auteur résume ses recherches et fait une étude comparative de ces médicaments.

La première partie, celle qui est relative à l'action du chloroforme sur la femme en travail, est de beaucoup la plus importante. La première opération obstétricale pratiquée par Simpson pendant l'anesthésie avait démontré que, plongée dans le sommeil anesthésique, la femme en travail devient aussi insensible à la douleur que l'homme anesthésié qui subit une amputation; sur ce point tout le monde est d'accord. Mais est-il possible de faire disparaître chez une femme en travail l'élément douloureux sans atteindre la sensibilité tout entière? En un mot, peut-on, à l'aide du chloroforme administré d'une certaine façon, produire cette analgésie désignée par quelques auteurs sous le nom de demi-anesthésie? M. Pinard n'hésite pas à répondre négativement à cette dernière question, et, disons-le de suite, il condamne la chloroformisation pendant l'accouchement normal.

On admettait jusqu'à présent, avec Simpson, Campbell, Kidd, Samson, Spiegelberg, et la plupart des obstétriciens anglais, que les douleurs de la parturiante pouvaient être considérablement atténuées, sinon abolies, par l'emploi du chloroforme à doses modérées. La Société obstétricale de Londres avait elle-même recommandé l'usage du chloroforme, dont elle formulait ainsi l'emploi : « Dans les cas ordinaires, n'en donner que juste la quantité nécessaire pour rendre la patiente indifférente à la douleur, et non pour lui abolir complétement les sentiments. »

Les expériences de M. Pinard n'ont pas été favorables à la demi-chloroformisation; devons-nous en conclure que ce procédé doive être à jamais banni de la pratique obstétricale? Une pareille conclusion nous paraîtrait au moins hâtive. Nous n'entrerons pas, relativement à l'action physiologique du chloroforme sur les femmes en travail, dans de longs développements. Cette question a du reste été habilement traitée dans la *Gazette* par notre collaborateur M. Legroux. Mais nous ne pouvons nous empêcher d'observer qu'en face des assertions opposées d'hommes très-compétents, il est permis de ne pas se rendre sans merci aux faits qu'expose M. Pinard à l'emploi du chloroforme dans les accouchements normaux.

On trouve dans les observations de l'auteur une excellente méthode d'examen et d'analyse, mais leur nombre n'est-il pas un peu restreint? En effet, M. Pinard (pressé par les exigences du concours) a dû faire son travail à la hâte et n'a pu recueillir que 23 observations. Ce chiffre est maigre, surtout si on l'oppose aux milliers d'observations recueillies en Angleterre, et même aux 942 faits publiés en France par M. Campbell. Sans nous prononcer d'une manière catégorique sur cette importante question, nous pensons qu'il doit y avoir, soit dans le mode d'administration des agents anesthésiques, soit dans les conditions toujours différentes de la pratique hospitalière et de la pratique de la ville, des différences qui expliquent les opinions contradictoires aujourd'hui professées par les accoucheurs les plus éminents. L'avenir élucidera sans doute cette question; en ce qui nous concerne, nous demandons, avant de repousser d'une façon définitive la demi-anesthésie obstétricale, un supplément d'expériences : celles-ci sont d'autant plus faciles que, de l'avis de l'auteur lui-même, le chloroforme ne provoque jamais d'accidents mortels sur les femmes enceintes, et qu'il n'existe aucun fait authentique qui puisse faire douter de l'immunité de la chloroformisation obstétricale. Il est à remarquer en effet que les ennemis de ce procédé anesthésique le combattent, non parce qu'il est dangereux, mais parce qu'il est inutile. Parfois même ils veulent le tuer par le ridicule. « Le chloroforme à la reine, dit le professeur Pajot, est destiné à supplanter les médailles, les neuvaines, les eaux miraculeuses... On fera entendre aux femmes qu'elles eussent souffert bien davantage sans la demi-anesthésie. Le chloroforme sera, pour les accouchées, comme la Providence qu'il faut toujours remercier quand on s'est fracturé une jambe : « on aurait pu se les casser toutes les deux. » De cette raillerie spirituelle nous retenons ceci, c'est que le chloroforme n'est pas dangereux en obstétrique. C'est là un point capital sur lequel nous appelons l'attention des accoucheurs, qui pourront dès lors constater sans crainte les effets de cet agent pendant le travail.

Nous ne nous arrêterons pas longuement sur les autres points qui ont été traités dans la thèse de M. Pinard. En ce qui concerne le chloral, l'auteur n'a pu faire qu'un nombre limité d'expériences. Les difficultés de l'administration de ce médicament en rendent l'emploi difficile en obstétrique, et il faut en réserver l'emploi pour l'éclampsie.

Pour la morphine, M. Pinard a pu constater que cette substance ralentit les contractions d'une façon notable et les fait même disparaître. En ce qui concerne l'action combinée de la morphine et du chloroforme, il pense que l'association de ces médicaments peut être utile dans les cas de manœuvres obstétricales, mais qu'ils produisent dans le travail naturel un ralentissement et un raccourcissement notable des contractions utérines, et prédisposent aux hémorrhagies de la délivrance.

Cette analyse critique est certainement insuffisante pour donner une idee du travail de M. Pinard, qui est très-complet et repose sur des données essentiellement cliniques. Nous avons dit que les faits présentés par l'auteur nous paraissaient trop peu nombreux pour servir de base à une opinion définitive ; mais ce n'est point là un reproche. Si l'auteur n'a pu rassembler qu'un nombre restreint d'observations, celles-ci sont exposées avec méthode et constituent des documents d'une valeur incontestable. Nous pouvons donc dire que cette thèse, quoiqu'elle ne puisse être considérée comme le dernier mot de la science sur la question, mérite néanmoins d'occuper le premier rang parmi les travaux cliniques qui serviront à la résoudre.

A. LUTAUD.

Index bibliographique.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE; SA NATURE; SON TRAITEMENT, par M. le docteur GUILLASSE. In-8 de 57 pages. — Paris, 1878. V. Adrien Delahaye et Cie.

DE LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES QUI EN DÉRIVENT, par M. le docteur DUBOUÉ (de Pau). In-8 de 150 pages. — Paris, 1878. V. Adrien Delahaye et Cie.

I. Le premier mémoire est une analyse des symptômes les plus saillants de la fièvre typhoïde, pour arriver à cette conclusion sur la nature intime de la maladie, conclusion que nous livrons textuellement à nos lecteurs : « ...La fièvre typhoïde, ou l'état morbide désigné sous ce nom, dépend de l'embarras des fonctions organiques survenu consécutivement au spasme des organes, qui est lui-même provoqué par l'état d'éréthisme du système nerveux de la vie animale. » Puis, comme conclusion pratique, c'est-à-dire comme indication thérapeutique, employez le café.

II. Tout autre est l'opinion de M. Duboué, qui regarde la dothiénentérie comme une maladie virulente; mais il nous semble faire jouer un rôle bien considérable à l'état du système musculaire et par conséquent aux lésions des fibres contractiles. En effet, pour lui les altérations musculaires, et plus spécialement celles du cœur, amenant un ralentissement de la circulation, il en résulte une stase sanguine avec altération consécutive des hématies. Les produits de désintégration des globules rouges viennent alors produire un second empoisonnement, d'autant plus grave que le sujet était plus vigoureux, c'est-à-dire que son sang était plus riche en globules rouges. « Il y a donc, dit-il, dans la fièvre typhoïde deux empoisonnements consécutifs à la production desquels l'action des nerfs vaso-moteurs reste tout à fait étrangère : le premier se rattachant à l'influence d'une action extérieure à l'organisme, et le second à celle d'un agent développé dans l'organisme lui-même. Ces deux agents appartiennent, en conséquence, à une même série physiologique, à la série des débilitants musculaires ou des agents myo-paralytiques. »

Or, fortifions les muscles, et si nous ne pouvons atteindre ce but suprême, saignons et saignons encore, nous chasserons ainsi un plus grand nombre de ces globules dangereux, dont la destruction menace l'organisme; enlevons du sang et fortifions le sujet! c'est là, il faut bien le reconnaître, une méthode difficile.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA BRONCHO-PNEUMONIE, par M. le docteur Félix BALZER. In-8 de 80 pages et une planche. — Paris, 1878. V. Adrien Delahaye et Cie.

M. Balzer, dans ce mémoire, résumé très-soigné des connaissances acquises jusqu'à ce jour, insiste sur quelques points de l'histoire de la broncho-pneumonie. A propos des lésions, il fait remarquer que non-seulement le parenchyme pulmonaire est le siége d'altérations, mais que la charpente (tissu conjonctif), les vaisseaux lymphatiques et sanguins participent au processus inflammatoire et présentent des modifications caractéristiques. De plus, les bronches subissent des changements de structure qui facilitent la dilatation mécanique et laissent après elles des lésions qui persistent après la guérison de la broncho-pneumonie. L'emphysème pulmonaire, qui est si fréquent dans ces conditions, presque constant, est bien une lésion mécanique, mais favorisée par les altérations intimes des éléments anatomiques; c'est ainsi qu'on peut expliquer la localisation de cet emphysème autour d'un noyau de pneumonie, loin des points d'élection de l'emphysème de force, sénile, etc., ceux-ci restant sains. M. Balzer établit encore que certaines broncho-pneumonies sont chroniques d'emblée ou succèdent rapidement à l'état aigu; elles constituent alors une véritable sclérose pulmonaire et sont une nouvelle preuve que le processus inflammatoire a envahi tous les tissus sans exception.

CANNES, SON CLIMAT ET SES PROMENADES, par M. le docteur DE VALCOURT. In-12 de 340 pages, avec une carte et 6 planches. — Paris, 1878. Germer Baillière, éditeur.

Nous sommes en pleine saison, encore quelques jours et les derniers malades qui doivent aller demander aux rivages de la Méditerranée un climat plus favorable pendant l'hiver seront définitivement installés; nous ne pouvons tarder plus longtemps de leur parler du livre de M. le docteur de Valcourt et de le signaler à nos confrères. CANNES ET SON CLIMAT est un bon *vade-mecum* du malade qui a besoin d'hiverner; nous lui signalerons surtout toute la seconde partie, qui lui donne une description minutieuse de Cannes et de la vie qu'on peut y mener, qui lui indique les excursions qu'il peut tenter sans compromettre la cure en voie d'évolution. C'est un petit volume portatif, bien écrit, et qui a sur les autres guides le mérite d'être dû à la plume d'un médecin habitant depuis longtemps la station. Mais c'est la première partie, la seule qui soit véritablement médicale, que nous analyserons pour nos confrères; elle traite des indications thérapeutiques et météorologiques.

Après avoir établi que le séjour dans le Midi présente des avantages réels dans les affections chroniques de l'appareil respiratoire et même dans la tuberculose pulmonaire, M. de Valcourt nous renseigne sur des questions de pratique dont le médecin a chaque jour à s'occuper : tout d'abord il s'occupe du choix de l'habitation. Il recommande le bord de la mer pour les vieillards, les enfants, les personnes d'un tempérament lymphatique; mais, même pour ces sujets, quand il y a des exacerbations fébriles, on doit choisir l'air des collines bien abritées du vent; il en est de même pour tous les autres malades. Quant aux personnes atteintes de tuberculose aiguë généralisée, à celles qui ont un tempérament nervoso-sanguin ou qui souffrent d'une affection de l'appareil circulatoire, le climat de Cannes leur est néfaste. Pour ce qui est du choix des vêtements, il combat la funeste habitude qu'ont beaucoup de malades de se peu couvrir, sous prétexte qu'ils sont dans le Midi. Il insiste sur l'usage du parasol, qui doit abriter la tête, même en décembre, contre les ardeurs du soleil, dont le reste du corps doit profiter. Le choix des promenades journalières devra être déterminé par la direction des vents; tous les valétudinaires devront être rentrés au plus tard une heure avant le coucher du soleil. L'alimentation sera réglée d'après les habitudes propres au malade; mais il est important de tenir compte également des usages du pays. Quelle doit être la durée du séjour à Cannes? Pour M. de Valcourt, elle doit commencer en octobre pour se prolonger jusqu'à la fin de mai; mais si les malades ne peuvent pas faire un séjour aussi long, M. de Valcourt leur conseille avec insistance de n'arriver que plus tard, en novembre et même en décembre, mais de ne pas quitter le pays avant la fin de mai. Il ne faut pas prendre de bains de mer entre le 15 novembre et le 1er avril.

Pour ce qui est des études météorologiques, que l'auteur a faites lui-même avec beaucoup de soin (température, humidité, vents), nous conseillons d'étudier les tableaux qu'il donne, et dont nous ne pourrions indiquer ici même les grands traits.

De la membrane muqueuse des fosses nasales, par M. le docteur Charles Rémy, ancien interne des hôpitaux. Thèse d'agrégation, 1 vol. in-8 de 100 pages, avec 2 planches. — Paris, 1878. V. A. Delahaye et Cie.

Cette thèse renferme non-seulement un résumé très-complet de toutes les recherches faites jusqu'à présent sur l'anatomie de la membrane muqueuse des fosses nasales et sur la physiologie de l'olfaction, mais encore un certain nombre de faits personnels et nouveaux, parmi lesquels on doit noter une théorie sur le développement de l'organe de l'olfaction et des cavités des fosses nasales, et des détails sur la terminaison des nerfs olfactifs dans l'épithélium de la tache olfactive de l'embryon. L'auteur donne lui-même une idée du but de son travail : « J'ai établi, dit-il, la comparaison du chorion de la muqueuse nasale avec le corps papillaire de la peau; j'ai donné une description histologique des glandes de la pituitaire et de ses sinus qui confirme les recherches de M. Sappey, en rejetant les glandes de Bowman; j'ai montré les nerfs olfactifs en continuité avec les cellules épithéliales chez l'embryon humain, l'homme adulte, le chien et la grenouille, et enfin, en physiologie, j'ai examiné les effets résultant de la section des nerfs olfactifs, trijumeau et sympathique; j'ai étudié la fonction des sinus et l'absorption de la pituitaire. »

Pour M. Cadiat, comme pour M. Rémy, on doit concevoir ainsi la formation des fosses nasales : on constate d'abord une dépression épidermique sur un des bourrelets dépendant de la partie supérieure de l'extrémité céphalique, puis une fente, puis un conduit. Le conduit s'évase en arrière, dans une vaste cavité limitée en avant par l'os incisif; plus tard cette cavité se séparera en deux, lors du développement des arcs branchiaux.

Quant au rôle de la muqueuse dans le sens de l'olfaction et le lieu où se fait la sensation : « Il n'y a pas d'hésitation à ce sujet. La sensation dépend du cerveau, et la preuve en est dans ces cas nombreux de contusion du crâne à la suite desquels l'odeur de soufre ou de phosphore semblait perçue en permanence. Dans la rage, les hallucinations de l'odorat sont dues au trouble cérébral et non à celui de la muqueuse. »

Sur le bruit de souffle anémo-spasmodique de l'artère pulmonaire, désigné sous le nom de bruit anémique de la base du cœur, par M. Constantin Paul. In-8 de 56 pages, avec planches. — Paris, 1878, P. Asselin.

Ce mémoire a été lu à la Société médicale des hôpitaux, a été analysé avec soin dans le compte rendu de la Société (18 janvier 1878, n° 3); nous en avons donné les principales conclusions. M. Constantin Paul a ajouté au texte que nous connaissions des planches intéressantes au point de vue des rapports des poumons et du cœur avec les parois costale et sternale, ainsi que des tracés sphygmographiques. Grâce à ces planches, on conçoit facilement l'importance des signes signalés par M. Constantin Paul dans les cas de souffle de la base du cœur, au point de vue pathologique comme au point de vue physiologique.

Recherches sur la néphrite interstitielle cardiaque, ou rein cardiaque, par M. le docteur Paul Cuffer, interne lauréat des hôpitaux. — Paris, 1878, V. A. Delahaye et Cie.

M. Cuffer, partant de ce fait que les affections organiques du cœur arrivées à une certaine période déterminent un œdème veineux et un œdème lymphatique, démontre que l'œdème prédomine dans le rein et qu'il détermine une lymphangite et une périlymphangite rénale qui constitue la néphrite interstitielle cardiaque.

La néphrite interstitielle cardiaque, comme la cirrhose hépatique cardiaque, détermine probablement les altérations du sang, altérations qui consistent en ce que les globules rouges sont diminués de nombre; les globules rouges sont augmentés de volume, leur coloration est souvent plus foncée qu'à l'état normal, ils sont plus résistants, ils se déforment moins sous l'action des réactifs; enfin le nombre des globules blancs est augmenté. Ce qui démontrerait, comme le dit M. Cuffer, que dans le cours des affections cardiaques les altérations du sang dépendent en grande partie de la néphrite interstitielle, c'est que ces altérations sanguines sont identiques à celles de la néphrite interstitielle ordinaire.

VARIÉTÉS

Conseil général de la Seine. — La Morgue. (*Séance du Vendredi 27 décembre* 1878.)

M. *Masse* présente un rapport sur diverses modifications à apporter aux dispositions intérieures de la Morgue, en vue d'assurer une installation convenable au service de médecine légale.

M. *le rapporteur* expose que M. le docteur Brouardel, chargé par M. le garde des sceaux d'une mission à l'étranger pour étudier les installations de médecine légale, a consigné, dans un rapport très-remarquable, le résultat des études qu'il a faites à l'étranger. Les modifications proposées sont l'application des conclusions formulées par M. le docteur Brouardel. Elles ont notamment pour objet d'assurer la conservation des cadavres le plus longtemps possible; d'installer une salle d'autopsie bien aérée et bien éclairée, des laboratoires d'analyses, des locaux pour mettre des animaux à la disposition des médecins expérimentateurs; enfin de former une collection de préparations anatomiques. La commission propose d'accueillir le projet qui lui est soumis, mais elle fait observer que la nouvelle installation a un caractère d'intérêt général; que l'enseignement de médecine légale qui sera professé intéresse également la France entière, et elle a pensé qu'il serait sage de demander à l'Etat de concourir pour moitié dans la dépense de 140000 francs, prévue pour l'exécution du projet.

M. *le préfet de la Seine* dit que la proportion de la contribution demandée à l'Etat lui semble justement établie. C'est précisément en effet dans la même proportion que le département participe dans certaines dépenses de l'enseignement, notamment en ce qui touche les travaux à exécuter pour les lycées et les grands établissements universitaires.

M. *Lauth* dit que le projet n'implique pas l'application de glacières pour la conservation des cadavres; il demande que le conseil examine s'il n'y a pas lieu de prendre parti sur le choix du moyen de conservation qui doit être employé.

M. *le rapporteur* répond que M. Brouardel a dû abandonner le système de glacières en sous-sol à raison du peu d'élévation de la Morgue au-dessus du fleuve. M. Brouardel a pensé qu'on pouvait recourir au système employé à bord du *Frigorifique* pour la conservation des viandes. Ce procédé a l'inconvénient d'exiger une dépense assez élevée; mais cette considération doit céder devant l'intérêt très-grand qu'il présente et les services qu'il rendra.

L'impression du rapport de M. le docteur Brouardel est prononcée. Les conclusions de la commission sont adoptées.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret, il est créé à la Faculté de médecine de Paris : 1° Une chaire de maladies des enfants; 2° une chaire d'ophthalmologie.

Facultés de médecine et des sciences. — Par deux décrets en date du 28 décembre, les traitements des professeurs de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences de Paris sont portés à 15000 francs.

Faculté de médecine de Lille. — M. Lescœur, docteur en médecine, licencié ès sciences mathématiques et physiques, pharmacien de première classe, a été nommé professeur de chimie médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, du 21 décembre, la chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Montpellier a été déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour présenter leurs titres.

Faculté de médecine de Toulouse. — Par décrets du 28 novembre, rendus sur la proposition du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, et contre-signés par le ministre des finances, une Faculté de droit a été instituée à Montpellier et une Faculté de médecine a été instituée à Toulouse.

École de médecine de Rouen. — Par décret de même date, la chaire de matière médicale et thérapeutique de l'Ecole prépa-

ratoire de médecine et pharmacie de Rouen prend le titre de chaire d'hygiène et thérapeutique.

— La chaire de pharmacie et notions de toxicologie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale.

— La chaire de chimie médicale prend le titre de chaire de chimie et toxicologie.

— Il est créé à ladite École une chaire d'histoire naturelle.

École pratique. — M. le docteur Fort commencera ses leçons d'anatomie le 10 janvier. Ces leçons comprendront l'étude de la tête, du cou, des centres nerveux, des nerfs crâniens et des organes des sens. Les élèves qui suivront ces cours seront dirigés, s'ils le désirent, dans leurs dissections à l'Ecole pratique. On est prié de s'inscrire chez M. Fort, 21, rue Jacob.

M. Fort fera, en outre, un cours de médecine opératoire le 17 avril 1879, à l'usage des candidats au deuxième examen.

Distribution des prix a l'Assistance publique. — Le 28 décembre, à une heure, a eu lieu, sous la présidence de M. Michel Moring, directeur, à l'amphithéâtre de l'administration centrale de l'Assistance publique, la distribution des prix et médailles aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris.

Voici les noms des principaux lauréats : 1re *division*. Médaille d'or : M. Maurice Letulle. — Médaille d'argent : M. Henri Barth. — Mentions : MM. Dreyfus et de Boyer. — 2e *division*. Prix : M. Arnozan. — Accessit : M. Merklen. — Mentions : MM. Gauché et Vimont.

Distinction honorifique. — Madame Madeleine Brès, docteur en médecine, chargée du service médical au théâtre du Châtelet, est nommée officier de l'instruction publique.

Distinction honorifique. — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs Lunier, Chancerel (Caen), Garreau (Lille), Moitessier (Montpellier).

Sont nommés officiers d'Académie : MM. Maisonneuve (Rochefort), Bourel-Roncière, Borius, Rochefort, Josias, Lemoine (Saint-Brieuc), Omonton (Yvetot), Brémond, Rouget (Montpellier), Villard (Marseille), Saillard (Besançon), Delabost (Rouen), Bergounhioux (Clermont), Gautrelet (Dijon), Corcellet (Grenoble), Jaumes (Montpellier), Jallet (Poitiers), Batut (Toulouse), Darin (Chaville), Zinnir (Athènes), Lejeal (Alfred).

Corps de santé militaire. — Par décret du Président de la République, en date du 19 décembre 1878, ont été promus dans le corps de santé militaire :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe :* (Choix.) M. Rozan (François). — (Choix.) M. Contrejean (Henri-Auguste-Antoine).

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe :* (Choix.) M. Mathieu (Jean-Baptiste-Edmond). — (Choix.) M. Libermann (Henri-Adolphe-François). — (Choix.) M. Mourlon (Charles-François-Auguste-Léandre).

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* (Ancienneté.) M. Leblan (François-Auguste). — (Choix.) M. Fiament (Victor-Pierre). — (Ancienneté.) M. Ballet (Paul-Hubert-Mathias). — (Choix.) M. Duchemin (Victor-Eugène-Arsène). — (Ancienneté.) M. Martin (Charles-Ernest). — (Choix.) M. Richon (Michel-Paul).

Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. — Le conseil vient de renouveler son bureau pour l'année 1879. Ont été nommés : *Vice-Président*, M. le docteur Auguste Voisin ; *Secrétaire*, M. Bezançon.

Nécrologie. — L'*Abeille de la Nouvelle-Orléans* du 29 novembre 1878 annonce la mort du docteur Landry, qui était né à la Louisiane, mais d'origine française. Le docteur Landry avait été l'un des premiers, pendant l'épidémie, à offrir ses services gratuits au comité de secours de l'Union française.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 20 au 26 décembre 1878, on a constaté 938 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 20. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 2. Variole, 5. — Croup, 17. — Angine couenneuse, 14. — Bronchite, 50. — Pneumonie, 86. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 4. — Affections puerpérales, 10. — Erysipèle, 1. — Autres affections aiguës, 232. — Affections chroniques, 436 (dont 142 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 15.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la Gazette hebdomadaire *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de* 8 *francs, à recevoir le* Bulletin de l'Académie de médecine, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

VINGT-SIXIÈME ANNÉE — N° 2 — 10 JANVIER 1879



GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 9 janvier 1879.

LES CONSÉQUENCES DU DÉCRET INSTITUANT UNE FACULTÉ DE MÉDECINE A TOULOUSE. — *Société médicale des hôpitaux :* LA SCLÉRODERMIE.

Les conséquences du décret instituant une Faculté de médecine à Toulouse.

La *Gazette hebdomadaire* a exposé dans un précédent article (1878, p. 802) les raisons qui lui faisaient regarder comme dangereuse ou tout au moins inopportune la création d'une Faculté de médecine à Toulouse. Signé sans que le comité consultatif ou le conseil supérieur de l'Instruction publique alors en session aient été consultés, le décret instituant la nouvelle Faculté avait été adressé à la municipalité de Toulouse un mois avant d'être inséré au *Journal officiel.* Il n'y paraissait que le lendemain du jour où le conseil supérieur avait terminé son existence légale. Quelque tardive qu'elle fût, cette publication d'un document officiel aussi grave ne pouvait manquer de provoquer une vive émotion. La Faculté de Bordeaux, particulièrement atteinte, est aujourd'hui la première à faire valoir les réclamations que nous avi ns fait pressentir. Le maire de Bordeaux, M. Brandenburg, et M. Liard, adjoint délégué à l'Instruction publique et professeur à la Faculté des lettres, se sont rendus au ministère de l'Instruction publique. Ils ont fait remarquer que la ville de Bordeaux, sur les instances du ministre, avait voté des sommes s'élevant à plus de trois millions de francs pour la création de la nouvelle Faculté; qu'elle avait porté son budget annuel à 361 000 francs (au lieu de 150000, chiffre précédemment voté); que chaque jour elle consentait à de nouveaux sacrifices. Ils ont rappelé que ces sacrifices n'avaient été consentis qu'après une entente préalable entre l'administration de l'Instruction publique et la municipalité de Bordeaux; qu'il existait dès lors un contrat au moins tacite de nature à légitimer une protestation contre une mesure aussi préjudiciable aux intérêts de la Faculté bordelaise. Un ministre qui obtenait le vote de subsides aussi considérables était-il bien inspiré en retirant à une Faculté que l'on venait de créer la collation des grades conférés aux officiers de santé et aux pharmaciens de seconde classe, et en lui suscitant une concurrence redoutable par la création de la Faculté de Toulouse?

Le conseil municipal de Bordeaux, mécontent de ces mesures, n'avait pas pensé outrepasser son droit en répondant au nouveau décret par un vote dont les conséquences seraient des plus sérieuses. Il venait de décider *à l'unanimité* que tous les travaux commencés pour édifier la nouvelle Faculté seraient suspendus, jusqu'à ce que le gouvernement ait pu trouver à la Faculté de Bordeaux une compensation au préjudice que lui causait la création d'une Faculté à Toulouse. Tel est, croyons-nous, le résumé des arguments exposés au ministre par les délégués du conseil municipal.

Le *Journal de médecine de Bordeaux* tient un autre langage : « En instituant une seconde Faculté dans le sud-ouest, dit ce journal, le ministre de l'Instruction publique fournit à la ville de Bordeaux l'occasion de lui faire réaliser une économie de plus de trois millions, sans que cela nuise en rien à l'organisation de sa Faculté et au bon fonctionnement des études. Voilà pour nous *le seul bon côté* de la création d'une Faculté de médecine à Toulouse. »

Si ces paroles, qui sont en réalité une désapprobation de la création nouvelle, devaient être considérées comme exprimant une idée juste, il faudrait certainement blâmer les juges du concours ouvert il y a quelques mois pour la construction de la nouvelle Faculté, les conseillers municipaux qui avaient voté les fonds nécessaires et le ministre qui les avait réclamés. Mais nous demeurons persuadé que l'aménagement d'une caserne et l'utilisation des anciens bâtiments

---

FEUILLETON

La ventilation du nouvel Hôtel-Dieu.

Que n'a-t-on déjà dit ou imprimé avant l'édification définitive de cet hôpital si largement et si chèrement construit? Les médecins, qui n'ont point été consultés ou dont les recommandations ont été méprisées, avaient prédit ce que l'on constate aujourd'hui. Tous ceux qui sont un peu au courant des lois de l'hygiène hospitalière s'accordent à reconnaître qu'en voulant *faire grand* on a compromis l'avenir de ce vaste monument.

Toutefois, jusqu'à ce jour, les critiques ont été générales. On ne s'est que très-peu occupé des détails d'exécution. On n'a point examiné avec toute l'attention qu'elle mérite la question, si intéressante cependant, de la ventilation du nouvel Hôtel-Dieu. C'est cette question spéciale que nous voudrions examiner aujourd'hui.

Mais les opérations de chauffage et de ventilation sont si connexes, qu'il est impossible de parler de l'une sans étudier l'autre. Nous examinerons donc en même temps les questions relatives à la ventilation et au chauffage tels qu'on vient de les installer dans ces nouveaux bâtiments.

Lorsque, en entrant à l'Hôtel-Dieu, le visiteur se dirige au fond des bâtiments à gauche, il trouve au rez-de-chaussée une vaste salle dans laquelle fonctionnent quatre grands générateurs de vapeur, autrement dit quatre grandes chaudières à vapeur.

Cette vapeur a des emplois multiples : elle est d'abord envoyée à la cuisine pour la cuisson de certains aliments.

Elle sert à chauffer l'eau des poêles dont j'aurai à parler plus loin.

Elle est destinée enfin à fournir la force motrice à une machine à vapeur qui met en mouvement les ventilateurs.

de l'École secondaire ne constitueront jamais qu'une installation insuffisante. La Faculté de Bordeaux ne pourra fonctionner sérieusement et utilement que le jour où elle sera bien aménagée et bien outillée. Le découragement du conseil municipal s'explique; il ne justifie pas la conclusion de nos confrères bordelais.

Mais voici bien une autre affaire. Aux doléances des premiers magistrats de la ville de Bordeaux, le ministre de l'Instruction publique a répondu par de nouvelles promesses. On demande des compensations, on proteste contre la concurrence de Toulouse qui enlèvera à Bordeaux ses meilleurs élèves. Rien ne semble plus aisé que de réfuter de semblables arguments. Et voici qu'en effet M. le ministre de l'Instruction publique promet à la ville de Bordeaux l'installation, près la Faculté de médecine, d'une école du service de santé militaire analogue à celle de Strasbourg. Non-seulement il la promet, mais il en vante les avantages et réclame à son tour de nouveaux subsides pour la construction d'un casernement destiné à ces élèves militaires. Nous croyons savoir que le conseil municipal de Bordeaux n'a accueilli qu'assez froidement, pour ne pas dire plus, les propositions que ses délégués venaient lui faire au nom du grand maître de l'Université. Nous ne nous étonnons pas de cette méfiance. Si le ministre de la Guerre — nous serions les premiers à louer cette mesure, mais nous n'osons encore l'espérer — venait un jour à reconnaître la nécessité de créer une école préparatoire du service de santé militaire, une seule ville française devrait être choisie pour la posséder. Lyon ferait sans aucun doute tous les frais qu'exigerait une semblable école, et Lyon seul pourrait donner aux élèves du service de santé militaire l'instruction scientifique et professionnelle nécessaires aux médecins de l'armée. Mais ce n'est point ici le moment de discuter une éventualité semblable. Avant de demander pour le corps de santé militaire de nouveaux subsides, le ministre de la Guerre devra réclamer aux Chambres une réorganisation que tous les médecins de l'armée attendent avec la plus légitime impatience. Nous sommes convaincu que la question du recrutement ne viendra que plus tard, et c'est pourquoi nous trouvons bien singulières les promesses faites par M. le ministre de l'Instruction publique à la municipalité de Bordeaux.

L. L.

La sclérodermie.

La *Société de médecine des hôpitaux* s'est occupée dans ses dernières séances, de la question de la sclérodermie. On sait que cette maladie cutanée, relativement assez rare, et dont la première observation figure dans une lettre de Curzio, médecin des Incurables de Naples (1752), a été bien étudiée pour la première fois par le docteur Thirial (*Du sclérème des adultes*, in *Journal de médecine*, 1845). Depuis ce travail, de nombreuses observations ont été publiées à ce sujet. On trouvera dans un mémoire communiqué à la Société de médecine de Bordeaux (mai 1878), par M. le directeur Armaingaud l'indication des principaux auteurs qui ont étudié la sclérodermie. En meme temps, M. Armaingaud publie la relation très-intéressante d'un fait soumis à son observation et dans lequel le traitement prolongé par les courants continus a été suivi d'une amélioration considérable.

Tout dernièrement, M. le docteur Féréol présentait à la Société des hôpitaux un malade atteint de sclérodermie et dans la séance suivante je soumettais moi-même à l'examen de mes collègues un autre cas analogue. Le sujet est un homme robuste, de trente-quatre ans, jardinier, n'ayant rien dans ses antécédents qui puisse figurer dans l'étiologie de sa maladie. Celle-ci a présenté chez lui trois périodes bien caractérisées. Elle a débuté, il y a un an environ, par une sensation très-vive de froid et siégeant aux extrémités. Les mains et les pieds, les mains surtout, devenaient engourdis, rouges, et un peu douloureux. Cette sensation, très-accusée le matin, diminuait sous l'influence de l'exercice et du travail. Trois mois plus tard il remarqua de l'enflure d'abord passagère, puis persistante. Il était gêné dans son travail par la difficulté qu'il éprouvait à fléchir les doigts, mais la peau était encore molle. Depuis cinq mois l'enflure a beaucoup diminué, mais les parties atteintes sont devenues de plus en plus dures et rigides. Aujourd'hui les articulations des pieds et des mains sont presque immobilisées et le malade est condamné à l'inaction. Son état correspond parfaitement aux descriptions classiques et que nous ne reproduirons pas. C'est aux extrémités que la maladie est le plus accentuée. La face est presque complètement envahie, mais elle n'a pas encore ce masque immobile qui donne à la physionomie des malades un aspect si singulier. Cependant il n'ouvre la bouche qu'avec difficulté. La maladie est en voie de progression. Toute la surface cutanée de la partie antérieure du corps est atteinte. Le dos et les reins sont encore indemnes.

Ceux-ci, au nombre de quatre, se trouvent dans le sous-sol, et font par une puissante aspiration pénétrer l'air de l'extérieur dans les galeries, qui le distribuent ensuite dans tout l'hôpital. Chacun de ces ventilateurs peut faire pénétrer en moyenne 49 000 mètres cubes d'air par heure. Cet air, refoulé dans la galerie devient à son tour le moteur, la *vis a tergo* de celui qui s'y trouve déjà. Il est puisé sur le quai, du côté du marché aux fleurs et au ras du sol. C'est là, il faut le reconnaître, une condition manifestement défectueuse. On répond, il est vrai, que l'air est purifié à son entrée dans la galerie : cette assertion, théoriquement admissible, est-elle justifiée dans la pratique? C'est ce que nous examinerons dans un instant.

Dans ses études sur la ventilation, le général Morin recommande, quand on est dans une ville, et cette recommandation est faite précisément dans le chapitre où il traite la ventilation dans les hôpitaux, de prendre l'air, pour l'avoir plus pur, dans une couche aussi élevée que possible.

Mais ici cette recommandation est de mince importance; en effet, l'air en pénétrant dans la galerie de réception, passe à travers des tiroirs garnis de coton, qui, on le sait depuis les mémorables expériences de Pasteur, retient tous les corps étrangers, poussières ou germes.

Ce coton doit être, ou plutôt devrait être changé tous les huit jours, ou même tous les jours, et brûlé sur les grilles des générateurs.

En été, l'air est envoyé frais dans les salles, c'est-à-dire à la température extérieure; l'hiver, il y est envoyé chaud, et c'est lui qui constitue leur seul moyen de chauffage, bien qu'on ait placé à l'extrémité de chacune d'elles des cheminées destinées bien plutôt, pendant l'hiver, à augmenter le tirage qu'à élever la température, qui doit être maintenue constamment à 18 degrés centigrades.

L'air envoyé dans les salles est échauffé, avant d'y arriver, par des poêles à eau placés au dehors. Ceux-ci se composent de cinq grands cylindres juxtaposés et dont les parois sont

Nous insistons plus particulièrement dans ce cas sur la marche bien nette de la maladie, dans laquelle on peut distinguer trois périodes : d'asphyxie, d'œdème ou d'exsudat, et d'une troisième phase de sclérème proprement dit qu'on pourrait rapporter à l'organisation des produits épanchés dans le tissu cellulaire ou à une sorte d'hyperplasie du tissu lamineux.

Nous avons encore noté chez ce malade l'intégrité presque complète de la sensibilité cutanée. Les plus légers attouchements sont distingués.

M. Féréol avait appelé l'attention de la Société sur des lésions étendues de l'appareil pigmentaire très-remarquables chez son malade. La peau très-brune présentait au niveau des saillies osseuses des points décolorés dans lesquels il semblait que la matière pigmentaire avait été enlevée comme par un coup de brosse. Nous avons également remarqué chez notre sujet, principalement aux mains, quelques petites plaques de *vitiligo* bien caractérisé et qui paraissent devoir s'étendre.

Tous les auteurs qui se sont trouvés en présence de cas analogues se sont naturellement demandé quelle pouvait être la cause de cette singulière maladie. Les renseignements les plus détaillés recueillis au lit des malades ne permettent d'établir aucune conclusion bien assurée. Bazin la rapporte à une diathèse fibro-plastique. L'opinion qui semble la plus accréditée aujourd'hui est celle qui considère la sclérodermie comme une *trophonévrose*, une maladie consécutive à une lésion encore indéterminée du système nerveux central (Vulpian). Dans cet ordre d'idées on rangerait à côté de la sclérodermie l'atrophie unilatérale de la face, certains faits d'asphyxie locale des extrémités qui paraît avoir représenté dans plusieurs cas une des périodes de la maladie (Dumontpallier et Grasset) et peut-être la maladie bronzée d'Addison.

Un des points les plus caractéristiques de la sclérodermie est la résistance qu'elle a présentée jusqu'ici à tous les traitements qui lui ont été opposés. Douches, bains de vapeur, hydrothérapie à l'extérieur, à l'intérieur, iodure de potassium, mercure, arsenic ont toujours et complétement échoué. Cependant nous avons déjà noté que M. Armaingaud avait eu lieu de s'applaudir de l'application persévérante des courants continus : le pôle positif est placé sur la colonne vertébrale, le pôle négatif sur un des points les plus affectés. D'ailleurs l'action paraît se généraliser ; et par conséquent le point d'application du pôle négatif serait indifférent. M. Armaingaud tire de ce succès un argument à l'appui de l'opinion qui envisage la maladie comme une trophonévrose.

En ce qui concerne le malade actuellement soumis à notre observation, nous avons déjà épuisé les traitements locaux et généraux qui nous paraissaient rationnels. Aucune amélioration n'est survenue, et nous nous proposons de recourir aussitôt que possible à l'application persévérante des courants continus.

Blachez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Arrêt brusque de la circulation de la veine cave supérieure chez un malade atteint d'anévrysme de l'aorte, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Les troubles circulatoires de la veine cave supérieure produits par la présence d'une tumeur intra-thoracique ont été observés assez fréquemment, et il suffit de compulser les mémoires originaux, et en particulier celui de Oulmont, ainsi que les *Bulletins de la Société anatomique* et les recueils périodiques, pour rassembler un nombre suffisant d'observations.

Oulmont, Bailly, Follin, Reynaud, Barth (1) ont signalé des cas d'oblitération plus ou moins complète de la veine cave supérieure par des tumeurs carcinomateuses intra-thoraciques ou par des anévrysmes de la crosse de l'aorte, montrant ainsi que, depuis l'époque où Hogdson écrivait qu'à sa connaissance on n'avait jamais observé l'oblitération complète de la veine cave supérieure, l'anatomie pathologique et la clinique avaient sur ce point grandement progressé. Mais, dans tous ces cas, les phénomènes compressifs s'étaient développés lentement et avaient atteint graduellement leur apogée. Ce qui est beaucoup plus rare et ce dont nous n'avons pas trouvé, malgré nos recherches, d'autre exemple dans la science, c'est l'arrêt brusque de la circulation de cette veine cave supérieure. C'est un fait de ce genre que je viens d'observer dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, et qui mérite, je le crois, d'être signalé.

Voici d'abord la relation de cette observation, prise avec beaucoup de soin par mon interne, M. Stackler :

(1) Oulmont, *Des oblitérations de la veine cave supérieure* (*Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. III). — Follin, *Oblitération de la veine cave et de ses branches par une tumeur anévrysmale* (*Société anatomique*, t. XXII, p. 365). — Reynaud, *Oblitération presque complète de la veine cave supérieure par suite de la présence d'un sac anévrysmal* (*Journal hebdomadaire*, t. II, p. 112). — Bailly, *Oblitération de la veine cave supérieure par une tumeur squirrheuse* (*Bulletins de la Société anatomique*, t. XXIX, p. 61). — Barth, *Coagulation spontanée du sang de la veine cave supérieure chez une cancéreuse* (*Bulletins de la Société anatomique*, t. XXVIII, p. 4).

cannelées pour en augmenter la superficie ; à l'intérieur de celui du milieu se trouve un serpentin dans lequel circule la vapeur. Ces cylindres communiquent entre eux et sont remplis d'eau chauffée par la vapeur du serpentin.

Chacun de ces poêles contient environ 900 litres d'eau, maintenue à une température à peu près constante de 60 à 65 degrés ; il est entouré d'un double manchon en tôle formant à l'air deux conduits, dans l'un desquels il est en contact direct avec la surface des cylindres à ailettes sur laquelle il se charge de calorique, tandis que dans l'autre, placé entre le premier et l'extérieur, il conserve à peu de chose près sa température primitive.

Un registre placé sur le trajet de l'air avant son arrivée au poêle règle son admission dans l'appareil, de même qu'au-dessous de celui-ci se trouvent des vannes qui permettent, en laissant passer plus ou moins d'air chaud et d'air froid, de régler la température des salles à tous les étages et d'une façon indépendante pour chacune d'elles.

Cet air pénètre dans les salles par trois orifices placés au centre des planchers, et surmontés, au moins dans certaines d'entre elles, de poêles en fonte qui permettent au malade de se chauffer à leur contact pendant la saison froide. Dans d'autres salles, au contraire, les bouches d'arrivée, placées au niveau du plancher, sont simplement recouvertes d'une grille.

La première disposition est préférable, et il est à regretter qu'on ne l'ait pas appliquée partout.

L'évacuation de l'air se fait par des bouches, naturellement plus nombreuses et plus petites que les bouches d'entrée, et placées sur les parois verticales de chaque pièce. Ces bouches sont au nombre de 16, huit de chaque côté, par salle de 24 lits ; en réalité, il y en a seize à la partie supérieure de la pièce et autant à la partie inférieure, presque au niveau du plancher, les premières devant servir exclusivement pendant l'été, les secondes exclusivement pendant l'hiver.

Cette disposition est nécessitée par des raisons bien con-

Obs. — Galand (Philippe), âgé de quarante-trois ans, cocher de fiacre, est entré le 29 juillet 1878 dans la salle Saint-Lazare, n° 26. Bien portant jusqu'à une époque remontant environ à sept semaines. Syphilis dans sa jeunesse.

La maladie a débuté par une sensation de point de côté à droite sous la clavicule, mais surtout sur la partie antéro-latérale de la poitrine, dans les quatrième, cinquième, sixième espaces intercostaux; de temps en temps il y eut des crachats sanglants, au dire du malade. Tels sont les seuls phénomènes qui aient caractérisé cette première période. Le malade d'ailleurs, malgré son point de côté droit, continuait de vaquer à ses occupations habituelles.

Le 29 juillet. Cyanose subite et vive oppression. Le malade entre à l'hôpital. Il ne peut rapporter à aucune cause ce changement brusque de son état: ni émotion, ni traumatisme, ni effort, etc.

Le 30. Quoique la cyanose soit un peu moins accentuée que la veille, elle est encore considérable.

Voici l'aspect du malade : son corps est, au point de vue de sa coloration, partagé en deux : d'une part, le tronc, la tête, les membres supérieurs, en un mot toute la partie qui correspond au système cave supérieur est bleuâtre; d'autre part, l'abdomen et les membres inférieurs sont d'une couleur normale. Les parties cyanosées sont de plus tuméfiées, œdématiées, principalement la face et les membres supérieurs; les veines du cou sont gonflées. Sur la poitrine, on voit en deux points une circulation veineuse qui se distingue du reste par les caractères suivants : dans les sixième, septième, huitième espaces intercostaux, du côté gauche, sont des varices capillaires très-apparentes, qui remontent évidemment à une date déjà ancienne, et qui nous démontrent que depuis longtemps la circulation veineuse est gênée. A droite, à la partie supérieure de l'abdomen, se dessinent des cordons veineux, variqueux, sous-cutanés, volumineux, qui indiquent que la veine cave inférieure supplée à l'insuffisance de la veine cave supérieure.

Poitrine : Respiration fréquente; pas de râles, pas de matité à gauche; mais à droite on trouve dans la région sous-épineuse et au-dessous une surface assez mate, limitée, au niveau de laquelle on perçoit très-bien *un souffle très-intense*, si intense qu'il gêne l'auscultation de la respiration; c'est à peine si l'on entend en ce point le murmure respiratoire. En avant, nous trouvons à droite, sous la clavicule et jusque dans le quatrième espace intercostal, une matité analogue à la précédente; dans ces mêmes points, le souffle déjà entendu; au contraire, plus bas, de la sonorité, qui nous indique que le poumon droit est refoulé en bas et qu'il abaisse ainsi le foie. Le souffle entendu est dur, systolique; on le retrouve, mais à peine marqué, à la pointe du cœur, très-net, au contraire, à la base, sur le trajet de l'aorte.

Les chiffres fournis par l'auscultation et la percussion sont les suivants : la pointe du cœur bat sous la cinquième côte, à 13 centimètres de la ligne médiane; le bord vertical du cœur est à 2 centimètres du sternum.

Aorte. Au deuxième espace intercostal droit : bruit de souffle systolique, rude, s'écartant du sternum de 4 centimètres; même bruit dans les premier, troisième, quatrième et même cinquième espaces intercostaux du côté droit.

Plusieurs médecins trouvent des battements et des mouvements d'expansion au niveau des deuxième, troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux droits.

Le 30 au soir. Le malade se plaint de douleurs dans les deux bras et avant-bras; ils sont très-tendus, volumineux, arrondis, douloureux spontanément et au toucher, d'une couleur légèrement bleuâtre, mais ne donnent pas au doigt qui les presse la sensation d'un godet.

Le 31. Nouvel accès de suffocation, pendant lequel la cyanose, qui avait diminué, a reparu dans toute son intensité du premier jour. (Ventouses sèches.) La voix est faible, enrouée. Dans l'intervalle des accès de suffocation, la respiration demeure gênée.

A la date du 3 août, nous trouvons le malade dans un état plus satisfaisant : la cyanose a beaucoup diminué ; cependant les deux parties du corps se distinguent toujours par leur coloration; seuls les lobules des oreilles sont aussi bleus que le premier jour. La circulation sous-cutanée abdominale est marquée par deux troncs veineux verticaux, parallèles. Les veines préparates sont saillantes; pas de pouls veineux dans les jugulaires, qui sont apparentes, mais non d'une manière exagérée, comme on pourrait s'y attendre s'il y avait communication entre la veine cave supérieure et l'aorte. Les bras et les avant-bras sont durs, mais d'une dureté spéciale, on dirait du sclérème; ils sont encore plus douloureux que le lendemain de l'entrée; les veines superficielles y sont médiocrement marquées; on observe difficilement le pouls; par instant, on pourrait croire que le pouls de droite et celui de gauche sont inégaux. La température des membres supérieurs est abaissée : aisselle droite, 35°,2; aisselle gauche, 34°,6; rectum, 37 degrés.

Le 4 août. Nuit bonne (chloral). Respiration moins gênée. Température : aisselle droite, 35 degrés; aisselle gauche, 34°,6; rectum, 36°,6.

Le 7. La cyanose a reparu; yeux injectés; suffocation. — Six sangsues derrière les oreilles; sirop de chloral.

Le 8. On fait une saignée de la jugulaire du côté droit. On perçoit ce matin, près de la colonne vertébrale, du côté droit, dans les onzième et douzième espaces intercostaux, un signe très-curieux : il s'agit d'un souffle continu, très-net, avec renforcement au moment de la systole cardiaque. Ce souffle n'est pas entendu du côté gauche de la colonne vertébrale; mais on le retrouve affaibli dans les neuvième et dixième espaces intercostaux du côté droit; dans le huitième espace on ne l'entend plus; nulle part ailleurs nous ne percevons ce double souffle.

Le 11. L'état du malade s'aggrave; l'oppression redouble ; à de rares intervalles, un peu de calme. Le système de la veine cave inférieur reste intact; pas le moindre œdème des membres inférieurs. Les signes indiqués du côté du système cave supérieur augmentent de plus en plus d'intensité (face bouffie, bleue, avec plaques rougeâtres; lobules refroidis; voix éteinte; yeux injectés, larmoyants). Dans le dos, la coloration, qui était restée à peu près normale, a pris la teinte générale du tronc; petits groupes de varices capillaires pareilles à celles de la région antérieure du thorax; mais ici comme en avant la coloration bleue s'arrête brusquement à la base du thorax; c'est à peine si, à droite, on voit quelques veinules empiéter sur la région lombaire; çà et là, de petites hémorrhagies veineuses sous-cutanées.

Le 12. Le malade est somnolent; il répond à peine aux questions qu'on lui pose. L'œdème de tout le tronc a augmenté, surtout dans le dos, où il s'est montré en dernier lieu. On ausculte très-difficilement le malade. Quant au souffle continu, avec renforce-

---

nues : l'air vicié par la respiration et la combustion est plus léger que l'air ordinaire en raison de sa température et de la vapeur d'eau qu'il contient; or il est évident que la bouche de sortie doit être placée au niveau où l'air est le plus vicié. Malheureusement ce niveau est aussi celui où se rassemble l'air chaud en hiver, et, comme en cette saison la nécessité du chauffage est la plus pressante, on évacue l'air par les bouches inférieures pour conserver le calorique; mais c'est incontestablement aux dépens de sa pureté.

L'air est en fin de compte évacué par de grandes cheminées d'appel qui surmontent les bâtiments, au nombre de six, et à la partie supérieure desquelles sont installés des poêles à vapeur qui déterminent le tirage. Mais, pour arriver dans ces cheminées, c'est-à-dire avant d'être évacué, l'air à la sortie des salles suit un trajet un peu différent, suivant qu'il est évacué par les bouches d'été ou par les bouches d'hiver: dans le premier cas, il est conduit dans les cheminées d'évacuation par le chemin le plus court et le plus direct; dans le second cas, au contraire, il parcourt une galerie pratiquée dans l'épaisseur des murs et dans toute la hauteur de la salle.

Tel est ce système, un peu compliqué, mais qui, je l'espère, aura été suffisamment compris dans ses dispositions essentielles. Tel qu'il est, on peut dire que s'il ne répond pas à toutes les exigences des hygiénistes, la faute n'en est ni aux ingénieurs ni aux constructeurs, cet appareil réalisant en définitive l'application des données les plus récentes et les plus complètes sur cette branche des sciences physiques.

Reprenons cependant chacune des parties de ce vaste ensemble, et recherchons en quoi elle peut prêter le flanc à la critique; mais auparavant insistons en passant sur ces dépenses énormes (1) faites pour ventiler un hôpital dans un pays tempéré comme le nôtre, alors que la ventilation se fait si économiquement et si efficacement, tout simplement en ouvrant les fenêtres, à la condition de faire des pavillons isolés et suffisamment séparés par des jardins.

(1) 5 à 600 000 francs.

ment systolique, on ne l'entend plus. D'ailleurs le souffle systolique, si nettement perçu dans les premiers temps à la partie antérieure du thorax, a considérablement diminué d'intensité.

Mort à deux heures de l'après-midi.

Comme on le voit, il s'agit d'un cocher de quarante-trois ans qui, au milieu d'une bonne santé habituelle, est pris subitement, le 29 juillet, de tous les symptômes qui caractérisent l'arrêt de la circulation dans la veine cave supérieure. C'est à peine si cet homme avait éprouvé, il y a sept semaines, quelques douleurs dans le côté droit de la poitrine, au niveau des cinquième et sixième espaces intercostaux; mais ces symptômes étaient si peu accusés que, jusqu'au moment de l'accident brusque qui l'amène à l'hôpital, cet homme n'avait cessé un seul jour de vaquer à ses occupations.

Lorsque nous avons examiné ce malade pour la première fois, les phénomènes extérieurs étaient tellement caractérisés qu'il suffisait de jeter un coup d'œil sur lui pour juger la première partie du diagnostic, c'est-à-dire pour apprécier la perturbation apportée à la circulation de la veine cave supérieure. Cet homme offrait, en effet, tous les signes classiques qui ont été donnés comme appartenant à la compression de la veine cave supérieure.

Coloration violacée de la partie sus-ombilicale du tronc, œdème dur et douloureux de toute cette région, gonflement considérable des veines jugulaires, bouffissure de la face, tous ces signes paraissaient d'autant plus accusés que la partie sous-ombilicale du corps était parfaitement saine, n'était cependant la présence sur la partie inférieure de l'abdomen des varices ayant pour siége les veines sous-cutanées abdominales.

A quoi fallait-il attribuer cette compression? Notre examen devait immédiatement se porter sur le thorax, et, il faut le dire, c'est lui qui nous a fourni la clef d'une partie du problème que nous avions à résoudre. En effet, on trouvait tous les signes qui caractérisent la présence d'un anévrysme de l'aorte. Bruit de souffle au premier temps dans le deuxième espace intercostal droit et s'étendant dans les espaces intercostaux voisins, battements et mouvements d'expansion en ce point, matité à la percussion; tous ces symptômes nous permettaient d'affirmer l'existence d'un anévrysme de l'aorte dans sa portion ascendante.

Mais il nous restait à expliquer comment était survenu l'arrêt brusque de la circulation de la veine cave supérieure. Déjà l'examen attentif des phénomènes extérieurs que présentait ce malade nous avait permis d'établir deux phases dans sa maladie; en effet, en dehors de la cyanose si complète que nous observions chez notre malade, on pouvait constater dans la région dorsale et sur la partie latérale du thorax des paquets variqueux très-abondants et qui devaient exister bien longtemps avant l'apparition de la cyanose et de l'œdème. On pouvait donc affirmer que cet homme, porteur depuis longtemps d'un anévrysme de la crosse de l'aorte qui n'avait manifesté sa présence, dans ces dernières semaines, que par quelques douleurs de névralgie intercostale, offrait depuis longtemps les symptômes de la compression de la veine cave supérieure, et que c'est au milieu de ces circonstances que s'est produit l'arrêt brusque de la circulation.

A cet égard, deux opinions furent émises par mes collègues de l'hôpital Saint-Antoine, qui voulurent bien examiner avec moi ce malade. Les uns voulurent expliquer cet arrêt brusque par l'ouverture de la poche anévrysmale dans la veine cave supérieure; les autres, et je fus de ce nombre, pensèrent, au contraire, qu'une coagulation active s'était produite dans la veine cave supérieure comprimée par l'anévrysme, et que c'était au caillot ainsi formé que l'on devait l'apparition subite des accidents observés. Cette hypothèse de la phlébite n'était pas chose nouvelle, et dans les faits relatés par Oulmont, ce médecin n'hésite pas un seul instant à admettre, dans certains cas, une véritable phlébite circonscrite. Quoi qu'il en soit, après avoir vécu douze jours, notre malade succombait le 11 août, après avoir vu les symptômes de compression s'aggraver chaque jour. Voici la relation des lésions que nous avons trouvées à l'autopsie :

Autopsie. — La paroi thoracique enlevée, on aperçoit une tumeur du volume du poing, siégeant au-dessus et à droite du cœur, le refoulant à gauche et en bas, enveloppée en grande partie dans le péricarde, considérablement épaissi, faisant complétement corps avec elle. Cette tumeur se dirige de haut en bas, de droite à gauche, et surmonte l'oreillette droite, qu'elle efface totalement. La veine cave supérieure est en arrière d'elle, refoulée vers la droite du thorax, complétement accolée à la poche. Le poumon droit s'avance sur la tumeur sous forme d'une très-mince lamelle, jusque dans les troisième et quatrième espaces intercostaux, comprimant contre elle le nerf phrénique, déjeté à droite. A gauche, l'aorte ascendante apparaît intacte dans toute sa paroi gauche; c'est aux dépens de ses parois antérieure, latérale droite et postérieure que s'est formée la poche. En haut, se voient les deux troncs veineux brachio-céphaliques; le droit a une position à peu près normale, mais le gauche fait un coude très-prononcé, déjeté qu'il est du côté droit, à son origine, et forcé de regagner brusquement le côté gauche pour aller former les veines jugulaire et sous-clavière. En arrière des troncs veineux s'aperçoivent les gros troncs artériels, qui semblent naître de la poche elle-même.

Cœur. — Le cœur est à peine hypertrophié; son grand axe est presque complétement transversal, la tumeur refoulant verticalement la base de l'organe. Poids : environ 280 grammes.

Oreillette droite. — L'oreillette droite a pour ainsi dire disparu, tant elle est comprimée et effacée; ses parois sont accolées, amincies, flasques; sa cavité mesure environ la largeur du petit doigt. La partie supérieure de l'oreillette fait corps avec la paroi de la tumeur; il est impossible de l'en séparer; il en est de même de l'artère pulmonaire, au point où celle-ci passe derrière l'aorte.

L'air, ai-je dit, *avant de pénétrer dans les galeries*, et de là dans les salles, passe à travers des tiroirs garnis de coton. Cette disposition, quoi qu'en en ait dit, et en admettant que le coton soit régulièrement renouvelé, ne peut évidemment avoir d'autre but, et n'a dans tous les cas pas d'autre résultat que de débarrasser cet air des impuretés les plus grossières qui sont entraînées par la violence du courant déterminé par les ventilateurs. On ne saurait en effet avoir la prétention d'envoyer dans les salles un air parfaitement pur et débarrassé de tous corps étrangers, alors qu'on laisse l'air extérieur pénétrer largement et librement par les portes et les fenêtres. Celles-ci même fussent-elles hermétiquement closes, cet air aurait encore largement le temps de se charger de poussières et de germes de toute espèce dans son parcours à travers les galeries et sur les poêles à eau. Il faudrait au moins que ces tiroirs garnis de coton fussent placés sur le trajet de l'air au moment même de sa pénétration dans la salle.

Le système des poêles à eau chauffée par la vapeur offre de grands avantages, les uns économiques, les autres hygiéniques. L'avantage que l'on trouve à chauffer l'eau des poêles à la vapeur vient de la facilité avec laquelle on peut, sans perte notable, la transporter à de grandes distances; la vapeur est de plus le meilleur véhicule connu de la chaleur, en raison de la grande quantité de chaleur latente qu'elle renferme.

L'avantage des poêles à eau réside surtout dans la grande stabilité de la température, une masse d'eau de 900 litres n'étant jamais susceptible de se refroidir brusquement.

Un inconvénient à la vérité bien difficile, sinon même impossible à éviter, résulte du système des vannes destinées à régler la quantité d'air chaud et d'air froid à introduire dans la salle pour y maintenir la température à 18 degrés, et de la surveillance perpétuelle qui sera nécessaire pour faire varier ces proportions avec les variations de la température extérieure. De plus, il est à craindre que l'air, en s'échauffant au contact du poêle en fonte, ne s'y dépouille en même temps

L'orifice auriculo-ventriculaire droit mesure environ 13 centimètres.

Veine cave supérieure. — La veine cave supérieure a une longueur de 6 centimètres, 2 centimètres de circonférence; son tissu est d'une minceur extrême; elle fait complétement partie de la paroi droite de la tumeur par ses côtés postérieur et gauche; ses parties droite et antérieure restent libres; elles sont aplaties contre les précédentes, et il est très-difficile de passer une sonde, même assez fine, dans le canal de la veine sans la rompre, tant ses tuniques sont fragiles. S'il passait encore du sang par cette veine, il devait en passer bien peu, autrement nous ne pourrions concevoir que ce vaisseau resté intact ne soit pas complétement déchiré.

Veine azygos. — La veine azygos a 2 centimètres de circonférence à sa partie supérieure; il est évident qu'elle remplace la veine cave supérieure; elle semble du reste se continuer immédiatement avec les troncs brachio-céphaliques, à en juger par la direction de ces troncs et par les modifications que subit leur calibre à mesure qu'ils se rapprochent de l'azygos; ses dimensions sont d'ailleurs celles de la veine cave; mais, à mesure qu'on envisage la veine azygos sur un point plus inférieur de son trajet, on la trouve plus rétrécie; au niveau de la onzième vertèbre dorsale, elle est diminuée d'environ un quart de son calibre; là elle se divise en plusieurs branches d'assez petit diamètre, qui dépendent des veines lombaires, et ainsi la veine azygos rejoint la veine cave inférieure; il n'existe point de communication immédiate entre ces deux veines. A peu près à 4 ou 5 centimètres du coude que fait la veine azygos au-dessus de la hanche droite, commence un caillot qui remplit le canal de cette veine dans une longueur de 5 à 6 centimètres; il est rouge jaunâtre et d'une consistance assez molle, se détache facilement; les parois de la veine ne semblent pas altérées.

Tumeur. — La tumeur n'a pas de collet bien accentué; cependant, à son extrémité supérieure, près de la partie de l'aorte demeurée intacte, est un bourrelet assez net et résistant sous le doigt; elle se dirige vers la clavicule droite; c'est vers ce point qu'elle tendait à se développer. Elle mesure dans ses trois diamètres principaux environ 10 à 11 centimètres; elle commence immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, occupe toute la portion ascendante de l'aorte et empiète sur sa portion transversale. Elle s'est développée aux dépens des parois antérieure, droite et postérieure de l'aorte (cette dernière en partie seulement). Le tronc brachio-céphalique et la carotide primitive gauche naissent de la tumeur. Elle contient de gros caillots rouges mous; ses parois sont tapissées d'une substance assez molle d'un rouge jaunâtre, mêlée aux débris des tuniques de l'aorte dégénérées. A l'extérieur, un tissu épais, dur, blanchâtre l'enveloppe de toutes parts et se continue avec le péricarde.

Aorte. — Dans l'aorte, nous trouvons près de la tumeur des plaques d'endoartérite plus ou moins avancées; on n'en rencontre plus à partir de la deuxième moitié de l'aorte thoracique.

Viscères. — Foie, 2 kilogrammes et demi, congestionné; reins, de même; rate, 400 grammes.

Cerveau : méninges intactes; veines saillantes, volumineuses; larges taches sanguines à la partie postérieure seulement; ni épanchement, ni hémorrhagies.

Poumons fortement congestionnés; œdème; bronchite; emphysème.

Cette autopsie donnait raison, en grande partie, à notre diagnostic; elle nous montrait la présence d'un anévrysme à l'origine de l'aorte, et dans la paroi postérieure de cet anévrysme se trouvait la veine cave, fortement comprimée par la poche sanguine; mais le caillot n'existait pas en ce point, et c'est dans la veine azygos considérablement dilatée, puisque son volume égalait celui du tronc brachio-céphalique veineux, que nous avons trouvé le caillot oblitérant.

On comprend facilement que le résultat ait été ici le même que si le caillot eût siégé dans la veine cave supérieure, puisque c'était grâce à cette vaste circulation supplémentaire que cet homme pouvait vivre sans éprouver de troubles très-appréciables. Une fois cette voie de dérivation bouchée, il devait en résulter immédiatement l'apparition brusque des troubles veineux respiratoires. Comment s'est formé ce caillot? A-t-il d'abord complétement oblitéré le vaisseau ou s'est-il développé lentement? Ce sont là des points que je ne puis résoudre; mais je suis cependant porté à admettre que, d'abord peu considérable, ce caillot qui, par sa présence, modifiait d'une façon si grave la circulation veineuse de la partie supérieure du tronc, a augmenté peu à peu et a produit une oblitération complète de la lumière du vaisseau, et je me fonde sur la marche de la maladie, qui s'est aggravée graduellement depuis l'apparition brusque des accidents jusqu'à la mort de notre malade.

Je veux en terminant appeler l'attention sur deux points intéressants de cette observation. C'est d'abord la différence de température que le malade présentait dans l'aisselle droite et dans l'aisselle gauche. Cette température, prise avec grand soin et à plusieurs reprises, nous a toujours fourni une différence d'un degré entre le côté droit et le côté gauche. A droite nous trouvions 35°,6 et à gauche 34 degrés.

Depuis que le professeur Peter a appelé l'attention sur les températures locales et les modifications qu'elles subissent, il est important de signaler cette différence de température, que je n'ai d'ailleurs trouvée reproduite dans aucune autre observation de compression de la veine cave supérieure, et dont je ne puis d'ailleurs donner l'explication.

L'autre fait est beaucoup plus important; il porte sur un phénomène d'auscultation très-curieux que présentait ce malade.

Notre excellent collègue le docteur Mesnet, en examinant cet homme, avait constaté le premier qu'il existait le long de la colonne vertébrale, et surtout du côté droit, au niveau des onzième et douzième espaces intercostaux, un bruit de souffle continu avec redoublement et présentant une grande intensité. Ce bruit de souffle n'avait rien de comparable à celui que l'on observait du côté de l'aorte; ce dernier était rude, rapeux, et ne se produisait qu'au premier temps, tandis que le bruit de soufle dorsal était doux et con-

---

de son humidité, et n'arrive dans la salle à un état hygrométrique insuffisant et gênant pour les malades. En réalité, c'est là une critique que j'enregistre pour l'avoir entendu faire, mais bien plutôt pour y répondre, cet inconvénient ne se produisant que lorsque l'air arrive au contact de la fonte chauffée au rouge, ce qui ne pourra jamais se produire avec le système des poêles à eau chaude.

Il nous paraît encore évident, quel que soit le trajet théoriquement prêté à l'air entre le moment de son entrée et celui de sa sortie, que les angles des salles sont absolument soustraits à son influence; il eût fallu, pour éviter cet inconvénient grave, construire les salles sur un type qui n'est pas en usage habituel dans l'architecture, le type ovalaire par exemple.

Enfin, nous nous demandons pourquoi on a appliqué sur les bouches d'évacuation un grillage qui doit évidemment gêner le passage de l'air; si c'est pour empêcher les malades de les boucher, la raison est mauvaise, car une surveillance un peu active eût suffi à empêcher cet abus.

On a du reste tenu compte, dans la construction, de cette diminution des orifices. En effet, les bouches d'évacuation ont en réalité 25 centimètres de côté, soit $0^{mk},0625$ de section qui, réduite environ d'un tiers par le fait du grillage, égale sensiblement $0^{mk},04$; la vitesse d'écoulement de l'air étant de $1^{m},05$ par seconde, la quantité d'air écoulé est de $0,04 \times 1,05 = 0,6720$ par seconde; en multipliant ce chiffre par 3600, nous avons la quantité d'air débitée en une heure; cette quantité est de 2419 mètres cubes, soit en chiffres ronds 2400 mètres cubes par salle de 24 lits, ce qui fait 100 mètres cubes par heure et par malade. C'est 40 mètres de plus qu'à l'hôpital Lariboisière.

Malgré ce chiffre élevé, je crois qu'il eût été préférable de ne pas placer ces grillages; le débit d'air eût été plus considérable et la vitesse d'évacuation moindre, ce qui eût été un double avantage; car il est à craindre que pendant l'hiver on n'arrive qu'à grand'peine et à grands frais à maintenir la température à 18 degrés.

tinu; vers les derniers jours de la maladie ce bruit de souffle disparut, et nous ne pûmes donner l'explication ni de sa présence ni de sa disparition.

L'autopsie, en nous révélant la présence d'un caillot dans la veine azygos considérablement développée, nous a permis d'émettre une hypothèse à l'égard de ce bruit de souffle, et j'ai pensé qu'il résultait de la circulation considérable qui se faisait dans la veine azygos et des modifications que le caillot avait apportées à cette circulation. Je rapprocherai ainsi ce bruit de souffle de ceux que Sappey a signalés dans les cas de cirrhose au niveau du ligament suspenseur du foie; mais, je le répète, ce n'est là qu'une hypothèse, et il faut tenir grand compte dans ce cas, comme l'a fait très-judicieusement remarquer Rendu, de la possibilité de la transmission des bruits de l'anévrysme le long de la colonne vertébrale.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Sur la rupture artificielle des os par la percussion, au moyen du ciseau et du maillet, sur la convexité de la courbure produite par le seul effort des mains, ou sur le côté opposé au sens de l'effort manuel.

On s'occupe beaucoup, en ce moment, de la fracture ou de la division artificielle des os pour corriger les déviations du squelette ou redonner aux membres une longueur égale. Les ostéoclastes ne produisent leur action qu'en contusionnant plus ou moins gravement les parties molles; le ciseau et la scie, comme on les emploie, causent des désordres assez considérables parfois. Nous avons fait des expériences, à l'amphithéâtre, pour répéter les procédés connus. Puis nous avons songé à modifier le procédé du ciseau, qui nous a semblé mériter d'être plus étudié que les autres, parce qu'il est plus simple, ne réclamant pas le concours d'un instrument spécial.

Voici ce que nous avons fait :

Plaçant sur le bord de la table d'amphithéâtre la partie du membre correspondant au point où l'on veut rompre le squelette, on fait saisir, à pleine main, le membre, à une certaine distance au-dessus et au-dessous de ce point. Le chirurgien se place en face de l'aide, de l'autre côté du membre, et fait une incision longitudinale sur la peau, au niveau du point où il veut rompre l'os. Cette incision de la peau n'est pas nécessaire pour le tibia : il suffit, à la jambe, d'appliquer le tranchant du ciseau directement sur la peau, à la face antéro-interne du tibia. Introduisant un ciseau à froid (je me suis servi du modèle qui se trouve dans les boîtes à autopsie) par cette boutonnière, on enfonce cet instrument jusqu'à l'os, en choisissant un interstice musculaire, variant naturellement suivant la région. (Nous donnerons plus tard des détails.)

Lorsque le tranchant est au contact de l'os, on serre à pleine main le manche du ciseau, qu'on maintient bien solidement appliqué en travers; puis, commandant à l'aide d'entrer en fonction, c'est-à-dire d'appuyer des deux mains sur le membre, de haut en bas, en utilisant au besoin le poids de son corps (comme si l'aide voulait casser l'os), l'opérateur donne un coup de marteau sur la tête du ciseau et l'os se rompt au point percuté. Un coup sec, bien administré, suffit même pour le fémur.

J'ai pu, de cette façon, casser le fémur d'un adulte, à 5 ou 6 centimètres au-dessus des condyles. Sur les quatre membres, j'ai toujours obtenu des fractures obliques nettes et le ciseau n'avait entamé que de 1 à 2 millimètres à peine les couches superficielles du cylindre osseux. On comprend qu'il n'y eut pas d'attrition ni de contusion des parties molles. La boutonnière entamée et le passage du ciseau au travers des interstices des muscles pouvant se faire sous le nuage phéniqué, la plaie étant soignée avec toutes les précautions antiseptiques et le membre étant immobilisé immédiatement avec tous les soins que l'on prend aujourd'hui pour les fractures accompagnées de plaie extérieure, on n'a pas à redouter de complications inflammatoires sérieuses dans ce procédé. L'expérience clinique le démontrera, nous l'espérons avec confiance.

Nous nous bornerons à cette courte note pour l'instant, nous réservant de présenter une communication plus explicite lorsque nous aurons complété nos expériences, commencées au mois de décembre dernier. Nous croyons que le même principe de mécanique, appliqué à la confection des ostéoclastes, rendrait l'action de ces instruments plus efficace et plus innocente. Mais nous espérons qu'on pourra se passer de ces appareils en suivant le procédé que nous venons d'exposer.

E. Vincent,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Lyon, 2 janvier 1879.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1878. — PRÉSIDENCE DE M. FIZEAU.

Des fermentations. — Réponse a M. Berthelot, par M. *Pasteur*. — M. Pasteur répond très-longuement à son contradicteur. L'espace nous manque pour reproduire cette réponse, dont voici les passages essentiels :

Malgré ces critiques, en somme d'assez peu d'importance, il est permis de dire, je le répète, que la ventilation — à la condition toutefois que le système fonctionne régulièrement et comme il le doit — assure aux malades de l'Hôtel-Dieu tout le bénéfice qu'ils sont en droit d'attendre de ce côté de l'hygiène. S'ils ne s'en portent pas mieux, si les chirurgiens continuent à se plaindre des mauvais résultats de leurs opérations, à constater des accidents que de bonnes conditions hygiéniques devraient pouvoir prévenir, nous pensons qu'ils auraient tort d'en rendre responsable la ventilation. Cela prouve tout simplement que celle-ci est impuissante à lutter contre les mauvaises conditions au milieu dequelles se trouve établi cet hôpital, et contre lesquelles, avant même sa construction, avait, avec raison, protesté le corps médical tout entier. Comment a-t-on pu construire de nos jours un hôpital en pierre, au centre même de Paris, sur le point le plus anciennement habité et par suite le plus infecté de la capitale; entre les deux bras de la Seine, dont les eaux charrient de temps immémorial des immondices sans nombre; à côté d'une grande caserne, voisinage qui n'a jamais passé pour être très-sain, et d'une église dont les cloches assourdissent les malades et dont la masse leur enlève un volume d'air énorme?

On fait à l'Hôtel-Dieu de grands et magnifiques laboratoires; on a raison. C'est un juste et légitime hommage rendu aux sciences anatomiques et physiologiques, auxquelles, depuis Bichat et Cl. Bernard, les sciences médicales doivent de si grands et si rapides progrès. On ne fera jamais à l'Hôtel-Dieu ces laboratoires trop grands; moins il y aura dans cet hôpital de place pour les malades et mieux, croyons-nous, cela vaudra... pour eux.

Dr Du Cazal.

« Notre confrère est l'auteur de trois hypothèses concernant l'existence possible d'un ferment alcoolique soluble dans la fermentation alcoolique proprement dite; les voici : 1° Dans la fermentation alcoolique il se produit peut-être un ferment alcoolique soluble; 2° Ce ferment soluble se consomme peut-être au fur et à mesure de sa production; 3° Il y a peut-être des conditions dans lesquelles ce ferment hypothétique se produirait en dose plus considérable que la quantité détruite.

» Ces hypothèses de M. Berthelot sont absolument gratuites; jamais, à ma connaissance, notre confrère ne s'est donné la peine de les présenter avec honneur au public, c'est-à-dire en les accompagnant d'observations et d'expériences personnelles...

» Claude Bernard a fait, lui aussi, des hypothèses sur l'existence d'un ferment alcoolique soluble : elles remplissent son écrit posthume; mais, à la différence de M. Berthelot, Cl. Bernard a institué des expériences nombreuses pour vérifier l'exactitude de ses vues. J'ai donc pu prendre corps à corps les expériences de Cl. Bernard et démontrer qu'il s'était trompé...

» M. Berthelot me somme, en quelque sorte, de faire connaître la physiologie des êtres que j'ai appelés *anaérobies*. Ce serait merveilleux vraiment que de la posséder, et M. Berthelot sait très-bien que je n'ai jamais eu cette prétention. Connaît-on l'équation de la nutrition des êtres aérobies grands ou petits? Et depuis quand, demanderai-je à notre confrère, un progrès acquis peut-il être compromis par un progrès qui ne l'est pas encore? Le progrès acquis, le progrès que je revendique, le progrès considérable à mes yeux, dans l'histoire de la fermentation, c'est d'avoir prouvé qu'il existe des êtres anaérobies, des êtres vivant sans air, et que ces êtres sont des ferments; c'est d'avoir prouvé que les fermentations proprement dites sont corrélatives d'actes de nutrition, d'assimilation et de génération accomplis en dehors de toute participation du gaz oxygène libre. N'est-il pas évident que, dans ces conditions, tous les matériaux qui composent le corps de ces êtres sont empruntés à des combinaisons oxygénées? L'être aérobie fait la chaleur dont il a besoin par les combustions résultant de l'absorption du gaz oxygène libre; l'être anaérobie fait la chaleur dont il a besoin en décomposant une matière *fermentescible* qui est de l'ordre des substances explosibles, susceptibles de dégager de la chaleur par leur décomposition. A l'état libre, l'être anaérobie est souvent si avide d'oxygène, que le simple contact de l'air *le brûle* et le détruit, et c'est dans cette affinité pour l'oxygène, j'imagine, que réside le premier principe d'action de l'organisme microscopique sur la matière fermentescible...

» C'est toujours une énigme pour moi que l'on puisse croire que je serais gêné par la découverte de ferments solubles dans les fermentations proprement dites ou par la formation de l'alcool à l'aide du sucre, indépendamment des cellules. Je ne vois pas que la présence de ces substances solubles, si elle était constatée, puisse rien changer aux conclusions de mes travaux, et moins encore si de l'alcool prenait naissance dans une action d'électrolyse. On est d'accord avec moi lorsqu'on accepte : 1° que les fermentations proprement dites ont pour condition absolue la présence d'organismes microscopiques; 2° que ces organismes ne sont pas d'origine spontanée; 3° que la vie de tout organisme qui peut s'accomplir en dehors de l'oxygène libre est soudainement concomitante avec des actes de fermentation, qu'il en est ainsi de toute cellule qui continue de produire des actions chimiques hors du contact de l'oxygène. M. Berthelot peut-il, oui ou non, contredire l'un ou l'autre de ces trois points, non par des vues *à priori*, mais par des faits sérieux? Si oui, que notre confrère veuille bien le dire; si non, il n'y a pas d'objet de discussion entre nous. »

M. *Trécul*. Dans la communication que vient de faire notre confrère M. Pasteur, il revient à son ancienne opinion selon laquelle les êtres inférieurs furent divisés en *aérobies* ou *azymiques* et *anaérobies* ou *zymiques*, puisqu'il nous dit que les levûres sont toutes des *anaérobies*. Je croyais qu'il avait renoncé à cette classification.

M. *Pasteur* dit que les souvenirs de M. Trécul le trompent.

CHOLÉRA (NATURE DU). — M. *Arnoldi* adresse un mémoire sur la nature de l'épidémie cholérique. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

SUR L'INNOCUITÉ DU BORAX EMPLOYÉ DANS LA CONSERVATION DES VIANDES. Note de M. *E. de Cyon*. A propos des observations qui ont été faites sur ses recherches concernant l'action physiologique du borax, l'auteur fait remarquer que, dans le procédé Jourdes, qu'il a employé, on ne trempe pas la viande dans une solution saline. On en saupoudre très-légèrement la surface avec du borax chimiquement pur (de 1 à 2 grammes par kilogramme de viande). La viande reste absolument dans son état normal, et les expériences de l'auteur ont montré qu'elle garde toute sa valeur nutritive. Il ajoute que, bien avant ses expériences, le savant professeur de physiologie de Copenhague, M. Panum, avait mis en évidence la complète innocuité du borax et de l'acide borique employés pour conserver les viandes.

RECHERCHES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU MATÉ. Note de M. *L. Couty*. — Dans ses expériences, l'auteur a poussé en une ou plusieurs fois, par une sonde œsophagienne, dans l'estomac d'un chien, de l'injection très-concentrée de maté, en quantités variant de 100 à 400 centimètres cubes.

On observe, dans ces conditions, vingt à soixante minutes après l'injection stomacale, une série de selles d'abord solides, puis liquides, mais plus ou moins abondantes. Chez certains animaux même, tout se borne à des efforts de défécation, à des épreintes sans expulsion de matières; chez d'autres au contraire, surtout si l'on a fait des injections multiples, après une heure et demie ou deux heures, les selles diarrhéiques contiennent déjà des matières résineuses brun verdâtre, résidus du maté poussé dans la première injection. Il y a donc une excitation très-vive des mouvements de l'appareil intestinal, et cependant le gros et le petit intestin, si on les examine directement, paraissent peu volumineux, presque immobiles et comme contracturés; congestionnés dans toutes leurs tuniques, sur toute leur longueur, même dans les points que l'infusion de maté n'a pas encore atteints, ils ne présentent cependant ni cette infiltration de leur muqueuse avec rougeur vive, ni cette augmentation des liquides de sécrétion, qui caractérisent l'action des purgatifs.

L'animal a, dans les intervalles de défécation, de fréquents efforts de miction; mais la quantité d'urine rendue, quoique probablement augmentée, peut être fort variable. La vessie est congestionnée comme les intestins, comme le foie et les reins; la rate est, au contraire, peu volumineuse.

Le pénis s'érige et se tuméfie; mais ce phénomène est quelquefois à peine appréciable.

Il y a une accélération considérable des contractions du cœur, dont le nombre peut être presque doublé; enfin, la pression du sang dans les artères diminue et s'abaisse, plus ou moins suivant la quantité de liquide absorbée.

Au contraire, d'autres organes du système sympathique paraissent rester complétement intacts. Pas de vomissements; la pupille n'est nullement modifiée; quoique le cœur soit accéléré, son nerf modérateur, le pneumogastrique, conserve toute son excitabilité; la sécrétion de la bile, celle de la salive sous-maxillaire n'ont été ni augmentées ni diminuées.

Enfin, toutes les fonctions de l'encéphale et de la moelle semblent rester normales; pas de modification nette et constante de la respiration; pas de trouble directement appréciable des mouvements ou de la sensibilité; et l'excitation d'un nerf, du sciatique par exemple, conserve tous ses effets, soit directs, soit réflexes, sur les muscles lisses ou striés.

Le maté semble donc localiser son influence sur les appareils de la vie organique, et plus spécialement sur des organes qui sont relativement très-indépendants des centres nerveux

et surtout de l'encéphale : tels les intestins, la vessie, les nerfs accélérateurs du cœur... Au contraire, le maté ne paraît agir ni sur les centres nerveux, ni sur les appareils nerveux de la vie organique, qui, comme ceux de la pupille, de l'estomac, de la glande sous-maxillaire, et comme les nerfs modérateurs du cœur, sont en rapport direct et intime avec l'encéphale.

VENIN DES SERPENTS. Note de M. *Lacerda*. — On croit en général, jusqu'à présent, que la matière venimeuse sécrétée par certaines espèces de serpents n'est autre chose qu'une salive toxique, agissant à la manière des *ferments solubles*. L'auteur a observé des faits qui prouveraient, au contraire, que cette matière contient des *ferments figurés* dont les analogies avec les bactéries paraissent remarquables.

Les spores du venin ont deux modes principaux de multiplication : par scission et par noyaux intérieurs.

L'auteur dit avoir reconnu aussi, par de nombreuses expériences, que l'alcool injecté sous la peau ou ingéré par la bouche était le vrai antidote de ce ferment.

ANOMALIES DENTAIRES. — M. *Pietkiewicz* adresse une note sur la valeur et l'emploi thérapeutiques de certaines anomalies du système dentaire.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. *Legouest* présente : 1° Au nom de M. le docteur *de Valcourt*, médecin aide-major au 22° régiment de dragons, un mémoire manuscrit intitulé : *Provins, son histoire médicale, son endémie, épidémie de fièvre rémittente typhoïde du 22° régiment de dragons en 1878.* — 2° Au nom de M. le docteur *Spillmann*, l'article NEZ, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Larrey* présente, au nom de la Commission centrale de gymnastique, un volume intitulé : *Enseignement de la gymnastique dans l'Université.*

ALLOCUTIONS. — Avant de quitter le fauteuil de la présidence M. *Baillarger* présente le compte rendu des travaux de l'Académie pendant l'année 1878 et termine son discours par quelques paroles très-heureuses de remerciements.

En prenant possession du fauteuil, M. *Richet* prononce une allocution très-applaudie dans laquelle il remercie ses collègues de l'avoir appelé à l'honneur de la présidence.

Sur sa proposition, l'Académie vote des remerciements au président sortant, M. Baillarger, et aux deux membres qui quittent le conseil, MM. Noël Gueneau de Mussy et Blot. M. H. Roger prend place comme vice-président, et M. Bergeron comme secrétaire annuel.

FIBRO-MYOME UTÉRIN. — M. *Mordret* présente une tumeur trouvée sur l'utérus d'une fille de soixante-dix-huit ans, morte le 1er janvier. Cette tumeur est ovoïde, presque de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. C'est probablement un fibro-myome qui s'est développé dans le corps de l'utérus. Le col est resté sain ainsi que les annexes, ovaires, trompes, oviductes, ligaments.

La présence de cette tumeur ne s'est accusée pendant la vie par aucun symptôme morbide.

L'extérieur de cette tumeur est une coque osseuse complète, très-homogène, qui a de 2 à 4 millimètres d'épaisseur selon les points observés. Cette coque est si résistante que le couteau ne l'entame que difficilement; il faut la scier. A l'intérieur, on reconnaît aisément des fibres charnues très-compactes, très-denses et dont la couleur brune tient au sang qu'elles contiennent. Cette couleur devient d'un noir foncé à la surface au-dessous de la coque osseuse qui adhère fortement à la masse charnue. La cavité utérine a disparu ou du moins on n'en trouve que des vestiges.

Le grand diamètre de l'ovoïde mesuré sur le plan de section de la scie est de 11 centimètres. Celui qui le croise dans le même plan est de 8 centimètres. Le petit pourtour de l'ovoïde est de 30 centimètres.

Une parcelle de la coque examinée au microscope ne contenait que du tissu lamelleux compacte.

On reconnaît aussi facilement sous le microscope la nature musculaire de la masse de la tumeur, seulement les fibres sont fort colorées, parce qu'elles sont noyées dans un réseau de vaisseaux très-riche et qu'il semble même y avoir du sang épanché dans leurs interstices.

SEPTICÉMIE. — M. *Colin* continue la discussion par la lecture d'un volumineux mémoire qui peut être résumé dans les conclusions suivantes :

On s'effraye beaucoup trop des vibrions, des germes de vibrions, dit M. Colin, particulièrement en ce qui a trait aux accidents septiques réalisés dans l'économie. Les êtres microscopiques, les germes plus ou moins dangereux, les ferments sont toujours là; ils nous entourent, nous pénètrent de toute part, nous ne pouvons jamais absolument leur fermer les portes; pour eux, certaines portes sont toujours ouvertes. Les accidents de septicité ne sont pas seulement subordonnés à l'entrée d'une petite quantité de germes ou de matière putride par les plaies au par des voies diverses, puisque, dans une foule de circonstances, ces germes ou ces agents de nature indéterminée pénètrent librement les tissus sains, les liquides non altérés, sans produire de trouble morbide appréciable.

Les agents septiques, quels qu'ils soient, ne produisent d'effet que s'ils sont en quantité un peu considérable et en présence de certains états des tissus ou des liquides de l'organisme. La grande condition du développement de la septicité est l'altération préalable des liquides, la mort des tissus en masse ou d'une partie de leurs éléments constitutifs.

La septicité, dans les cas de plaies, de grandes opérations, ne résulte pas seulement de l'altération du pus déjà versé à l'extérieur et de l'absorption des miasmes atmosphériques; elle est surtout la conséquence des modifications éprouvées par les tissus mêmes et les liquides dans les cavités les plus rapprochées des surfaces mises à nu, modifications qui sont le fait des lésions traumatiques et de l'irritation subséquente.

Dans ces tissus superficiels les éléments malades ou morts deviennent, au même titre que les liquides extérieurs et de la même façon, la proie de la putridité. S'il nous est impossible d'éviter absolument les ferments putrides, nous pouvons souvent en réduire la quantité et en entraver l'action, au point qu'ils n'exercent plus d'influence nuisible.

Ce que nous devons craindre, ce que nous devons éviter, c'est de leur donner des conditions d'existence, de leur préparer les milieux qui leur permettent d'exercer leurs ravages.

En un mot, la thérapeutique, au lieu de se réduire à une chasse au vibrion, doit viser avant tout à mettre ou à remettre l'organisme et chacune de ses parties dans de bonnes conditions de vitalité et de résistance. C'est le traumatisme, c'est la plaie, c'est la lésion enfin qu'il faut traiter avant tout, parce que c'est dans l'organe malade que se préparent, au moins en grande partie, les produits septiques dont l'action générale devient si souvent fatale.

M. *Verneuil* relève dans le discours de M. Colin la phrase suivante qu'il a entendu plusieurs fois prononcer : « *M. Verneuil, fidèle interprète des Allemands* ». L'honorable chirurgien proteste énergiquement et affirme qu'il n'est l'interprète de personne; il prend la vérité partout où il la trouve, aussi bien en Allemagne qu'ailleurs, car la science n'a pas de patrie. Il n'a du reste rien emprunté aux Allemands, car les théories dont il est question sont dues à trois Français : Gaspard, Darcet et Sédillot. Elles ont été depuis recueillies par les Allemands, qui les ont développées avant de nous les renvoyer.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1878. — PRÉSIDENCE DE M. LABRIC.

Paralysie du moteur oculaire commun : M. Féréol. — Présentation de trachée atteinte d'inflamation chronique : M. Ferrand. — Monoplégie gauche avec lésions spinales : M. Debove : Élection pour le renouvellement du bureau.

M. *Féréol.* En présentant la thèse de M. *G. Graux* sur la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée, j'ajoute que cette thèse est le développement et la confirmation d'un mémoire que j'ai présenté à la Société des hôpitaux en 1873, et qui m'avait été inspiré à moi-même par une observation de M. le docteur Desros et par la discussion de M. le professeur Gubler à propos de cette observation. C'est du reste à M. le docteur A. Foville qu'il convient de reporter le mérite d'avoir, le premier chez nous, posé le point de départ de cette étude des mouvements associés des globes oculaires, d'avoir émis cette idée, toute théorique à l'époque où il la soutenait (1859), que les muscles des abducteurs d'un œil et adducteurs de l'œil de l'autre côté devaient recevoir leur influence nerveuse d'une même source, de même que deux chevaux attelés ensemble sont entraînés tous les deux à la fois vers la droite ou vers la gauche par une seule rêne.

Reprenant les observations qui ont été publiées et qui peuvent se rapporter à ce sujet, y ajoutant l'observation nouvelle (très-analogue à celle que j'ai publiée moi-même en 1873) d'un malade qui a été étudié et est mort dans mon service à l'hôpital Lariboisière en 1877, et complétant son travail par des recherches anatomiques et physiologiques qu'il y a faites en collaboration avec M. Mathias Duval et Laborde, M. Graux a pu arriver à poser des conclusions importantes au triple point de vue clinique, anatomique et physiologique.

Cliniquement d'abord, tous les médecins qui s'étaient occupés de la paralysie des muscles moteurs de l'œil, en décrivant la paralysie du muscle droit externe, se bornaient à reconnaître et à décrire, dans l'œil du côté opposé à la paralysie, une déviation secondaire, portant sur le muscle droit interne et produisant un strabisme convergent.

Il est établi maintenant, d'après nos observations, qu'il existe une autre forme de retentissement de la paralysie du moteur oculaire externe, dans laquelle le moteur oculaire interne du côté exposé, au lieu de présenter un mouvement contraire avec celui de son congénère, reste au contraire associé avec ce dernier dans la paralysie comme dans l'action.

A ces deux formes différentes, opposées même, de paralysie du moteur oculaire externe, correspondent deux lésions anatomiques différentes.

A la première, la plus commune du reste, correspond une lésion qu'on peut appeler périphérique, portant sur le nerf de la sixième paire, soit en dehors de la protubérance, soit même dans l'épaisseur de la protubérance, mais alors, dans ce dernier cas, en dehors du noyau d'origine et sur le trajet du filet nerveux qui relie ce noyau à l'émergence du nerf (Obs. Quenu, Société anatomique, 1878).

A la seconde forme de paralysie, la plus rare, correspond une lésion portant exclusivement sur le noyau même d'origine de la sixième paire, au-dessous du plancher du cinquième ventricule.

Lors donc que sur un malade on constate, avec une paralysie de la sixième paire gauche, par exemple, une déviation conjuguée de l'œil droit, on peut affirmer qu'il existe dans la protubérance une lésion (hémorrhagie, tumeur), exactement bornée au noyau de la sixième paire gauche. C'est là une localisation d'une précision remarquable puisqu'elle se limite à l'étendue de quelques millimètres à peine dans la protubérance, et jusqu'à présent l'exactitude du diagnostic anatomique a toujours été reconnue à l'autopsie. Mais ce qu'il y a de bien remarquable encore et ce que je crois avoir été le premier à observer, c'est que la déviation conjuguée de l'œil sain ne s'exerce dans ces cas que dans la vision binoculaire à longue distance, parce que dans ce cas le droit interne sain agit avec son congénère le droit externe paralysé; au contraire, si on le fait agir en vision convergente à courte distance, c'est-à dire avec son homonyme du côté opposé, le muscle droit interne du côté sain retrouve son action.

Il semble donc résulter de tout ce qui précède :

1° Que le noyau d'origine de la sixième paire ne fournit pas seulement le nerf moteur oculaire externe destiné au muscle droit externe du même côté, mais qu'il fournit encore un filet au muscle droit interne du côté opposé, ainsi que l'avait bien dit, le premier, le docteur Achille Foville;

2° Que le muscle droit interne recevant d'ailleurs un filet évident de la troisième paire, obéit tantôt à l'innervation de la troisième paire (vision convergente à courte distance), tantôt au filet qu'il reçoit de la sixième paire du côté opposé (vision à longue distance), ainsi que je crois l'avoir dit le premier.

C'est principalement sur la preuve anatomique et physiologique de ces deux déductions, auxquelles l'observation clinique nous avait déjà conduits, MM. Achille Foville, Gubler et moi, que M. Graux a porté l'effort original de son travail, avec l'aide de MM. Duval et Laborde.

Physiologiquement, les expériences qu'il a instituées paraissent très-probantes. La recherche anatomique du filet qui fait communiquer le noyau de la sixième paire d'un côté avec le nerf de la troisième paire du côté opposé n'a donné de résultat bien évident que chez le chat; les préparations sur l'homme n'ont pas été absolument démonstratives, pour M. Graux. Il est bien vrai que Lockhart-Nonke, Stilling, Schrœder, Van der Kolk décrivent cette communication. Mais il résulte, à mon avis, de l'examen que j'ai fait en 1873 des opinions de ces trois auteurs, qu'ils ne s'entendent pas absolument sur la description de ce filet de communication. Il y a donc encore de ce côté place pour de nouveaux travaux qu'on peut recommander à la patience et à la perspicacité des anatomistes.

— M. *Ferrand* présente les trachées de deux cas de bronchite chronique, sur lesquelles on trouve l'ulcère catarrhal décrit déjà par Barth.

— M. *Debove* a eu tout dernièrement dans son service un malade tuberculeux qui fut atteint de monoplégie du côté gauche. La sensibilité était conservée : le troisième jour, survint une paraplégie caractérisée par la perte des mouvements et de la sensibilité des membres inférieurs et s'accompagnant de douleurs atroces dans la région des reins. Le malade mourut le sixième jour après le début de ces troubles nerveux. A l'autopsie, M. Debove constata que les lésions cérébrales étaient pour ainsi dire indifférentes, mais qu'au contraire les lésions spinales étaient très-prononcées. Il cite cette observation pour montrer que, contrairement à l'opinion émise par M. Rendu dans sa remarquable thèse inaugurale, les paralysies peuvent être spinales, et qu'elles ne sont pas exclusivement cérébrales.

M. *Rendu* dit n'avoir pas nié les paralysies d'origine tuberculeuse sur les méninges spinales, mais il n'avait, au moment où la thèse a été faite, aucun fait probant; sur un seul malade, en effet, rentrant dans la classe de faits indiqués par M. *Debove*, le tremblement était indiqué, mais non la paralysie.

— Le bureau de la Société médicale pour l'année 1879 est ainsi constitué : *Président*, M. Hervieux; *Vice-président*, M. Hillairet; *Secrétaire général*, M. Ernest Besnier; *Secrétaires annuels*, MM. Duguet et Martineau; *Trésorier*, M. Dujardin-Beaumetz.

Conseil d'administration : MM. Bucquoy, Henry Gueneau de Mussy, Féréol, Proust et Legroux.

Conseil de famille: MM. Labric, Syredey, Ferrand et d'Heilly.

Conseil de publication: MM. Brouardel et Vallin.

Dr Joseph Michel.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1878. — PRÉSIDENCE DE M. GUYON.

La séance commence à quatre heures et demie. Elle est consacrée à l'élection du bureau pour l'année 1879.

Sont élus : *Président*, M. Tarnier; *vice-président*, M. Tillaux; *premier secrétaire annuel*, M. Lannelongue; *deuxième secrétaire annuel*, M. Polaillon; *trésorier*, M. Berger; *archiviste*, M. Terrier.

Société de biologie.

SÉANCE DU 4 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Conservation des cerveaux à la paraffine : M. Frédéricq. — Présence d'un nouveau parasite dans certaines formes de pityriasis rosé : M. Vidal. — De la meilleure forme à donner aux caractères d'imprimerie : M. Javal. — Falsifications du maté : M. Jobert. — Hémorrhagies dans les centres nerveux produites sous l'influence de l'iodure de potassium : M. Hallopeau. — Présentation d'un bras atteint de difformités congénitales : M. Leloir.

M. *Mathias Duval* offre à la Société trois ouvrages : 1° *Leçons de physiologie opératoire*, dont la plus grande partie a été dictée ou revue par Cl. Bernard; 2° *Anatomie des centres nerveux* de Huguenin, traduction augmentée de l'exposé des recherches les plus récentes sur les localisations cérébrales, au sujet desquelles M. Duval fait d'ailleurs quelques restrictions; 3° *Précis de technique microscopique*..

— M. *Franck* remet à la Société, au nom de M. *Léo Testut*, un mémoire sur l'action physiologique du M'Boundou, du Gabon.

Il lit, au nom de M. *Frédéricq* (de Gand), une note sur l'emploi de la paraffine pour conserver les centres nerveux. Un cerveau de chien traité pendant plusieurs jours d'abord par l'alcool dilué, puis par l'alcool concentré, puis par l'essence de térébenthine, a pris à la suite de ces opérations l'aspect d'un savon transparent à la glycérine. Il est alors plongé dans un bain de paraffine bouillante entre 50 et 60 degrés, y séjourne deux ou trois heures : une fois retiré et essuyé, il prend la consistance d'un moulage. Ce traitement n'est applicable qu'aux petites pièces.

M. *Duval* a déjà employé ce procédé, mais en substituant à la térébenthine et à l'alcool l'acide azotique et l'acide chromique. Les pièces conservent mieux leur aspect naturel.

— M. *Vidal* décrit un nouveau parasite qu'il a découvert dans certaines affections cutanées. Sous le nom d'eczéma marginé, Hébra semble avoir confondu des cas de pityriasis versicolor, de véritable herpès circiné thricophytique, et des cas de ce pseudo-exanthème décrit par Gibert et par Bazin et appelé *Pityriasis rosé*. Cette dernière affection, qu'il faut aussi détacher de ce groupe artificiel de l'eczéma marginé, peut être parasitaire. Dans trois cas, où l'éruption avait eu, il est vrai, une marche un peu irrégulière et une durée anormale, les squames les plus superficielles prises à la périphérie des plaques de pityriasis rosé ont présenté des spores très-petites, de 1 à 3 μ, réunies en petits groupes arrondis et occupant l'épaisseur même des cellules épidermiques. M. Vidal a trouvé aussi quelques chaînes de spores, mais pas de tubes de mycélium.

M. *Cornil* croit qu'il ne s'agit là que d'un parasite vulgaire, que l'on trouve dans toutes les cellules épidermiques desquamées, même sur une peau saine. M. Malassez appuie au contraire les observations de M. Vidal et croit que ce parasite est analogue à celui qu'il a lui-même décrit dans le *Pityriasis capitis*.

— M. *Javal* continue ses communications sur les conditions que devraient réunir les caractères typographiques pour être le plus favorables possible à la lecture. Les prolongements supérieurs des lettres et les accents étant beaucoup plus nombreux que les prolongements inférieurs, l'œil s'habitue à fixer plutôt le haut des lettres, et le point précis où il s'attache correspond à peu près à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur de chaque caractère. Le haut des lettres devrait donc être l'objet de l'attention des typographes et des graveurs; et c'est dans cette partie de la lettre que l'on devrait accumuler le plus de signes différentiels : c'est ce que faisaient les premiers imprimeurs. Aujourd'hui, au contraire, on cherche à donner aux courbes qui terminent supérieurement certaines lettres, telles que *o*, *a*, *c*, *e*, une amplitude toujours égale. C'est plus élégant peut-être, mais c'est à coup sûr moins avantageux au point de vue du repos de la vue.

— M. *Jobert* donne quelques indications sur les moyens de distinguer le véritable maté des produits qu'on lui substitue souvent dans le commerce. Pour ces falsifications, on emploie d'abord des feuilles d'une plante de la famille des myrtacées (*Guabiroba*). Mais ces feuilles sont criblées à leur face inférieure d'orifices glandulaires, et les cellules de l'épiderme dont elles sont revêtues sont festonnées sur leurs bords, double caractère qui permet de les reconnaître par l'examen microscopique. Les feuilles d'un *Ilex* très-voisin de l'*Ilex paraguayensis* dont on retire le maté, les feuilles de Cabuna, se reconnaissent très-bien à une multitude de petits points noirs dont elles sont couvertes, et qui sont formés par des gouttelettes de résine sortant des petites cavités où elle est produite. Cette résine a des propriétés toxiques. Il est donc important de savoir se garer de ces sophistications, le maté étant susceptible d'être utilisé comme boisson alimentaire.

— M. *Hallopeau* croit que l'iodure de potassium employé trop longtemps et à trop fortes doses est susceptible de déterminer des hémorrhagies dans les centres nerveux. Il cite, à l'appui de cette assertion, une observation sans autopsie. D'ailleurs les qualités hémorrhagipares de l'iodure de potassium sont connues depuis longtemps.

— M. *Leloir* présente le moule en plâtre d'un avant-bras et d'une main ainsi que le squelette de ce même segment de membre. Il s'agit d'une difformité congénitale. A côté d'un pouce et d'un index normaux, on ne trouve qu'un troisième doigt gros et long, qui, au lieu de représenter le médius, comme c'est la règle en tératologie, semble, d'après les insertions musculaires (muscles de l'éminence hypothénar), d'après l'origine des nerfs qu'il recevait (cubital), d'après ses rapports avec le carpe, représenter le petit doigt seul ou fusionné avec l'annulaire.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

De la localisation des inflammations aiguës du poumon chez les hémiplégiques, par M. O. Rosenbach.

Les maladies aiguës de poitrine (pleurésie, pneumonie, broncho-pneumonie) qui surviennent chez les hémiplégiques frappent toujours le côté paralysé, d'après Rosenbach. Le chiffre des observations est de onze.

La cause de cette prédilection serait la suivante : On observe que du côté paralysé *les réflexes* sont diminués ou absents. Ainsi le réflexe du crémaster manque généralement, on ne peut faire ériger le mamelon, ni produire la chair de

poule. Si on approche vivement le doigt des yeux, on remarque que l'œil du côté paralysé se ferme bien après l'autre. Le chatouillement du nez provoque difficilement l'éternuement du côté de l'hémiplégie ; il en est de même du chatouillement du conduit auditif externe qui ne provoque plus la contraction des muscles de la face. O. Berger a observé que chez les hémiplégiques qui prennent de l'iodure de potassium l'exanthème iodique apparaissait toujours en premier lieu sur le côté paralysé.

Ces faits permettent de supposer que les réflexes sont diminués aussi du côté de la muqueuse bronchique. Les poussières atmosphériques ne provoqueront plus du côté paralysé une toux énergique et répétée, d'autant mieux que les muscles expirateurs de ce côté ont moins d'action que du côté sain. Cette théorie nous semble très-suffisante pour la pathogénie de la broncho-pneumonie, mais la pneumonie et la pleurésie? (*Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 41.)

De la polymastie et de la polythélie,
par M. LEICHTENSTERN.

Par ces noms un peu barbares, l'auteur désigne la production de mamelles et de mamelons surnuméraires. Il a réuni dans une monographie très-complète toutes les observations publiées : lui-même a observé une douzaine de fois cette singulière anomalie. J'extrais des conclusions les points les plus intéressants.

En premier lieu, les mamelons supplémentaires sont bien moins rares qu'on ne l'admet généralement. On les rencontre une fois sur 500 individus environ, ce qui est bien difficile à croire. De plus leur siége de prédilection est la partie antérieure du thorax, dans les 9 dixièmes des cas. On en a décrit un peu partout, dans l'aisselle, sur la cuisse, le dos ou les épaules, mais ces faits doivent être considérés comme suspects ou du moins comme très-exceptionnels. La disposition sur l'avant du thorax est toujours symétrique : généralement les mamelons rudimentaires sont au-dessous et en dedans des autres et forment une ligne convergente vers l'ombilic. On sait que la polythélie s'accompagne généralement de polymastie chez la femme. On a cru longtemps que ces femmes étaient prédisposées aux accouchements gémellaires : une dame de Bâle consulta il y a quelques centaines d'années la Faculté de Tubingue à ce sujet. Aujourd'hui on admet que ces deux choses sont indépendantes.

Quelle est la signification de ces seins supplémentaires? Question bien obscure et qui prête aux hypothèses. L'auteur propose une explication darwiniste, que je rapporterai sans commentaires. A l'origine, les mâles, ainsi que les femelles, portaient des mamelles pour allaiter leurs petits. Dans le cours des millions d'années qui nous séparent de nos ancêtres, les mamelles, de multiples qu'elles étaient, se sont réduites à deux et atrophiées chez le mâle. La polythélie et la polymastie ne sont qu'une image effacée de ce qui existait chez nos lointains aïeux. (*Virchow's Archiv*, t. LXXII, p. 222.)

De la pathogénie de l'endocardite, par M. E. KLEBS.

Nous avions appris par un travail de Köster (*Virchow's Archiv*, t. LXXII) que « toute endocardite aiguë est d'origine parasitaire », et que « l'ulcération des valvules, les productions fibrineuse ou granuleuse n'étaient que des phénomènes de réaction ». Klebs appuie encore davantage sur cette nouveauté pour laquelle il réclame la priorité, et prétend que toutes les lésions rhumatismales, et spécialement l'endocardite, si fréquente dans le décours du rhumatisme, relèvent d'une même cause qui est l'action d'organismes inférieurs, de *monadines*. Il n'y a plus d'endocardite aiguë ou chronique, verruqueuse ou diphthéritique, ulcéreuse ou maligne ; il y a deux formes principales : la forme monadique et la forme septique. L'examen histologique fait toujours découvrir les parasites dans certains points des valvules, au-dessous de dépôts fibrineux, sans qu'il y ait la moindre trace de prolifération cellulaire. « L'invasion des monades est l'altération primitive : ce n'est que dans l'évolution ultérieure du processus que l'activité cellulaire se prononce et modifie d'une façon remarquable le tableau anatomo-pathologique. »

Il n'y a rien à dire de ces hypothèses téméraires. Comme tous ses prédécesseurs, Klebs a essayé de nous expliquer pourquoi ces infiniment petits vont précisément se loger dans les points du torrent circulatoire où le courant est le plus énergique. C'est, dit-il, parce qu'ils sont comprimés sur les valvules par leur occlusion énergique, au point qu'ils peuvent être chassés dans l'intérieur de l'endothélium. Voilà une explication qui ne satisfera personne. (*Archiv für exp. Pathol.*, t. IX, p. 52.)

De la circulation dans le poumon des mammifères,
par M. KUTTNER.

Dans un travail très-remarqué inséré dans les *Archives de Virchow*, t. LXVIII, Cohnheim et Litten avaient démontré que l'artère pulmonaire devait être considérée comme une artère terminale, n'ayant aucune anastomose artérielle, et devait être par conséquent un siége de prédilection pour les oblitérations emboliques. Küttner a repris une à une les expériences des auteurs que nous venons de citer, et les résultats obtenus diffèrent sensiblement. Dans une première portion de son mémoire consacrée à l'anatomie, on trouvera un exposé détaillé de nos connaissances sur la circulation du poumon chez les mammifères, complété par nombre de faits nouveaux. La conclusion générale est que la circulation capillaire de cet organe se fait d'une façon très-caractéristique; tous les réseaux communiquent largement les uns avec les autres et le calibre des vaisseaux est généralement assez gros pour que des anastomoses capillaires puissent aisément et rapidement remplacer les anastomoses artérielles. Il faut en conclure que l'artère pulmonaire n'est pas, à vrai dire, une artère terminale, que le cours du sang se rétablit par les petits troncs au lieu de se rétablir par les gros, ce qui concorde avec ce fait que nous a révélé l'expérimentation sur les animaux, que les embolies lancées dans la circulation pulmonaire ne produisent que *très-rarement* l'infarctus hémorrhagique.

Ces déductions purement anatomiques ont été pleinement confirmées par l'expérience. Si on lie l'artère principale du poumon, on produit naturellement une stase considérable de l'organe; mais si on lie les veines collatérales, si l'on empêche le sang de s'écouler, au lieu de voir l'hyperhémie rester stationnaire, on la voit augmenter à vue d'œil, preuve que le sang peut venir d'ailleurs que de l'artère pulmonaire, c'est-à-dire des artères bronchiques et autres. En colorant artificiellement le sang des animaux par une solution d'aniline, on constate que le poumon dont l'artère est liée reçoit du sang coloré, quoique séparé de la circulation générale. Enfin, au lieu d'employer l'aniline à laquelle on peut reprocher d'être diffusible, on peut se servir d'un corps inerte, de cinabre, par exemple, suspendu dans une solution de gélatine d'après un procédé spécial. On trouve encore, en abondance moindre que du côté libre, les corpuscules de cinabre répandus dans toute l'étendue du poumon, quand même on aurait oblitéré tous les vaisseaux afférents, y compris la première artère intercostale. Il serait difficile de rencontrer dans toute l'économie un système circulatoire aussi complaisant, et les conclusions de l'auteur paraissent entièrement justifiées. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXIII, p. 477.)

De l'étiologie des inflammations aiguës, par M. T. KOCHER, de Berne.

« Grâce à l'emploi méthodique du traitement antiseptique des plaies, on sait que l'inflammation des plaies n'est pas déterminée par le traumatisme, comme on le croyait, mais par des corpuscules microscopiques identiques avec les ferments. Et les inflammations des organes situés dans la profondeur de l'organisme ne relèveraient pas de la même cause? »

A cette question, Kocher croit pouvoir répondre, du moins en ce qui concerne l'ostéomyélite aiguë et le goître aigu, deux affections qu'il a souvent l'occasion d'observer à Berne :

1° Le goître aigu (aussi bien que l'ostéomyélite, et probablement toutes les inflammations des organes profonds) est une maladie infectieuse provenant de l'action des mêmes agents qui provoquent les inflammations superficielles.

2° La porte d'entrée de ces agents infectieux est d'ordinaire le canal digestif, quelquefois le poumon, la muqueuse utérine, des excoriations de la surface cutanée.

3° Les corpuscules dont il s'agit ne produisent pas toujours une inflammation à leur point de pénétration. Ils sont identiques à la *coccobacteria septica* (Billroth). (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXIII, p. 101.)

Du ferment de l'expectoration, par M. J. STOLNIKOW.

L'auteur mêle les crachats à la glycérine, filtre et sépare en quatre portions égales : la première acidifiée, la seconde neutre, la troisième alcaline, la quatrième sans addition. On ajoute aux liqueurs ainsi préparées de l'albumine coagulée par la chaleur. Au bout de huit à dix heures, la liqueur alcaline contient évidemment des peptones et le coagulum albumineux a diminué de volume ; dans la liqueur neutralisée, la réaction est à peine sensible : rien dans les deux autres. L'action la plus énergique fut produite par l'expectoration fétide d'un tuberculeux à la période d'ulcération, et par celle d'un typhique (exanthématique) atteint d'une bronchite grave.

Si l'on attend avant d'ajouter la glycérine, l'action est d'autant plus rapide qu'il s'est écoulé un temps plus ou moins long entre le rejet des crachats et l'expérience.

Chez des lapins et des chiens, l'auteur enlève les poumons, en traite une moitié immédiatement par la glycérine, et l'autre seulement après un commencement de putréfaction. Le premier mélange reste sans action ; l'autre digère l'albumine avec rapidité.

Les poumons provenant de cadavres humains sont généralement très-actifs, d'autant plus qu'ils ont été plus longtemps abandonnés à eux-mêmes (jusqu'à sept jours).

L'albumine en putréfaction, la chair musculaire agissent à peine; la rate ou le foie putréfiés, d'abord très-peu, puis plus du tout, contrairement à ce qui existe pour le poumon.

L'extrait du poumon par la glycérine digère même les fibres élastiques provenant d'un autre poumon.

D'après ces faits, Stolnikow conclut à l'existence d'un ferment dans l'expectoration, ferment de nature putride probablement. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 19, et *Cent. für med. Wiss.*, n° 44, 1878.)

Des propriétés toxiques de l'acide phénique, par M. E. KUSTER.

L'emploi chirurgical de l'acide phénique, quoique universellement répandu, est loin d'être sans dangers. L'auteur a rassemblé 21 cas d'intoxication évidente, auxquels il joint 5 observations personnelles. Voulant étudier de plus près la cause de ces empoisonnements, il a fait des expériences sur les chiens. Chez ces animaux, les symptômes caractéristiques sont : tremblement musculaire généralisé alternant avec des convulsions cloniques, abolition rapide du sensorium; la mort arrive par paralysie du centre respiratoire. L'action la plus curieuse sans contredit de l'acide phénique est l'élévation considérable de la température.

Chez l'homme on peut distinguer trois stades. Le *premier* se manifeste souvent uniquement par l'aspect de l'urine qui passe du jaune verdâtre au vert olive et même au noir. Chose singulière, cette transformation de l'urine n'a guère été vue que dans les intoxications *externes;* on ne l'observe pas chez les animaux. Dans le *second stade*, apparaissent des symptômes généraux auxquels on a donné le nom de symptômes gastriques : malaise, vomissements, dysphagie, fièvre, etc. Ce sont là, d'après Küster, des phénomènes cérébraux et non gastriques. Il serait aussi hors de doute que la fièvre observée dans ces cas est le résultat de l'intoxication, car, si l'on remplace dans le pansement l'acide phénique par le thymol ou l'acide salicylique, la plaie ne change pas et la fièvre disparaît. Dans les cas graves, au *troisième degré*, le malade perd connaissance, une pâleur mortelle couvre le visage, une sueur gluante inonde le corps, le pouls devient insensible, la respiration superficielle, et la mort arrive avec une foudroyante rapidité. Comme on voit, le tremblement musculaire et les convulsions caractéristiques chez les animaux manquent complétement. La température est fortement abaissée.

D'après cela, l'acide phénique à petite dose s'éliminerait rapidement par les reins à l'état d'acide phénylsulfurique; à forte dose, il agirait vivement sur le système nerveux central, d'abord comme irritant, puis comme paralysant.

L'anémie, la fièvre septicémique favorisent d'une façon remarquable l'apparition des symptômes toxiques. « Etant donné qu'un homme sain, pesant 60 kilogrammes, peut supporter impunément 21gr,5 (!) d'acide phénique, si la perte de sang et la fièvre diminuent sa résistance de sept fois environ, on comprend le danger des pansements phéniqués chez des personnes en cet état. » Les enfants, les vieillards sont particulièrement prédisposés ; on observe en outre des idiosyncrasies comme pour toutes les intoxications.

Les empoisonnements latents par l'acide phénique forment un véritable chapitre de la chirurgie actuelle. Bien des accidents incompris, bien des décès même doivent être mis sur le compte de ce redoutable agent. Au cas où l'on aurait à lutter contre un empoisonnement de ce genre, l'auteur recommande d'employer le sulfate de soude (Baumann), quoique les expériences soient assez peu concluantes.

Toutes les fois que l'on est forcé d'employer, pour la désinfection de cavités ou de plaies anfractueuses, des solutions au 20e, on court des dangers, et il vaut mieux recourir à d'autres agents, en particulier au chlorure de zinc en solution (8 pour 100), qui a donné à l'auteur des résultats très-favorables. (*Archiv für klin. Chirurgie*, t. XXIII, p. 117.)

De la formation de la cicatrice dans les vaisseaux à la suite de ligatures, par F. RAAB.

Travail d'anatomie pathologique, avec deux planches.

1° La paroi interne des veines et artères s'oblitère (verwächst) dans des circonstances favorables, d'une façon durable, sans l'intermédiaire d'un caillot sanguin.

2° Cette oblitération peut se produire dans les artères uniquement par la prolifération endothéliale : dans les veines toutes les couches de la paroi prennent généralement part au processus.

3° Il existe toujours, quel que soit le mode de ligature, une prolifération de l'endothélium qui, de concert avec les granulations qui bourgeonnent en dehors de la fente produite

dans la paroi vasculaire, forme la cicatrice provisoire puis définitive.

4° Le thrombus est transitoire et sans importance pour la formation d'une cicatrice solide. Du reste, nous ne savons rien de bien certain, ni sur sa genèse, ni sur sa composition, sa grosseur, son évolution. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXIII, p. 156.)

Deux cas d'intoxication grave par l'iodoforme,
par M. OBERLANDER.

Observés à l'hôpital civil de Dresde, sur deux femmes atteintes de syphilis invétérée. La première avait absorbé en quatre-vingts jours 42 grammes d'iodoforme, par pilules de 1 centigramme, lorsque subitement elle fut prise de faiblesse, vertiges, diplopie, et tomba au bout de deux jours dans un profond sommeil, alternant après trente-six heures avec un état d'exaltation avec céphalalgie violente, délire craintif, paroles désordonnées. Ces phénomènes furent suivis d'une période de faiblesse, pendant laquelle la malade chancelait en marchant ou en se tenant debout, et reparurent une seconde fois (mal de tête, vertige, diplopie). La durée fut en tout de quinze jours.

Dans le second cas, il s'agit d'une personne de soixante-neuf ans, qui présenta des symptômes d'empoisonnement au bout de sept jours : elle n'avait encore pris que 5 grammes d'iodoforme. Le sommeil dura cinq jours entier, laissant après lui pendant plusieurs semaines une sensation de faiblesse et de vertige.

On remarquera que ces observations confirment les expériences de Binz sur l'action narcotique de l'iodoforme. (*Deutsch. Zeitschr. für prakt. Med.*, n° 37, 1878.)

Travaux à consulter.

SUR LES ÉRUPTIONS QUINIQUES, par M. le docteur CREUZE. — L'auteur cite deux observations intéressantes : dans le premier cas, il y eut exanthème, avec phénomènes du côté des bronches, le troisième jour de l'administration du bromhydrate de quinine. La seconde est celle d'un jeune homme chez lequel une poussée d'urticaire avec exanthème trachéo-bronchique se produisit deux fois, à plusieurs jours d'intervalle, à propos de deux prises du même sel. (*Journ. de thérap.*, 5e année, n° 21, p. 813.)

DE L'URINE DANS L'HÉMATURIE DES VACHES, par M. le docteur Albert ROBIN. — M. Robin a eu l'occasion d'analyser ces urines dans deux cas, et à des périodes différentes de la maladie dans chaque cas ; il résume ainsi ce que ces recherches lui ont donné : « Pendant le cours de la maladie, l'organisme fait de plus grandes pertes en urée et surtout en chlorures, pertes d'autant plus sensibles que les animaux mangent moins ; l'acide urique remplace l'acide hippurique, rapprochant temporairement les animaux malades des carnivores ; les sels de chaux diminuent dans les liquides et disparaissent dans le sédiment ; la graisse libre et les cylindres augmentent et apparaissent aux alentours de la convalescence. Enfin l'affection paraît être une hémoglobinurie plutôt qu'une hématurie véritable. » (*Recueil de médecine vétérinaire*, VIe série, t. V, n° 20, p. 993.)

BIBLIOGRAPHIE

Dangers et inefficacité des irrigations par les eaux d'égout, par Ch. DUVERDY. — Paris, Dunod, 1878.

La *Gazette hebdomadaire* a déjà consacré un important article à l'étude du projet d'utilisation des eaux d'égout, présenté par MM. Mille et Durand-Claye, et adopté, après un rapport de M. Schlœsing, par une commission dont M. Bouley fut le président. M. Vallin en écrivant cet article (*Gaz. hebd.*, 1877, p. 129) a rendu justice aux remarquables expériences entreprises pour étudier cette question si importante au point de vue de l'hygiène. Il a montré l'insuffisance des procédés chimiques mis en usage jusqu'à ce jour pour l'épuration des eaux d'égout ; il a conclu, comme l'avait fait, dans son rapport si remarquable à tous égards, M. l'ingénieur Schlœsing, que le projet adopté par la commission était préférable à tous ceux qui lui avaient été proposés. Depuis que cet article a été écrit, cette étude a été reprise et traitée avec de plus grands développements devant les membres du Congrès international d'hygiène. MM. Schlœsing et A. Durand-Claye ont examiné, au point de vue chimique et industriel, la question de l'altération des cours d'eaux et les moyens à employer pour utiliser les eaux d'égout par les procédés agricoles. Le rapport de M. Proust est l'étude, au point de vue de l'hygiène, des conséquences que peut entraîner cette altération des cours d'eau.

M. Proust s'est aussi efforcé de réfuter les accusations dirigées contre le système des irrigations : prenant des exemples dans les pays étrangers, il a fait voir combien il est toujours difficile d'évaluer isolément l'action d'une rivière, quelque polluée qu'elle soit par des produits organiques, sur la santé des habitants riverains. Mais, après avoir examiné toutes les hypothèses émises sur la genèse des maladies contagieuses, après avoir insisté sur l'influence nocive des eaux de boisson ou des émanations produites par certains terrains infiltrés, il conclut, comme le président de la commission d'enquête, que si les eaux d'irrigation ont été accusées de transmettre ou de provoquer des maladies et en particulier la fièvre intermittente, c'est alors seulement qu'elles restent croupissantes, d'où cette conclusion dernière qu'« il faut prévenir la stagnation à la surface et dans la profondeur, par un drainage en rapport avec la nécessité des écoulements. Une fois ce travail exécuté, les irrigations de l'eau d'égout ne pourront plus donner naissance à aucune plainte, puisqu'il est démontré par une expérience déjà très-étendue, que partout où on les a employées, elles se sont toujours montrées inoffensives pour la santé publique. »

Il nous semblait nécessaire de rappeler cette conclusion. Voici, en effet, que dans un récent travail M. Ch. Duverdy s'élève avec beaucoup d'énergie contre le projet d'irrigation admis par les ingénieurs de la ville, en s'efforçant de prouver que les conditions mêmes que l'on cherche à obtenir, c'est-à-dire la désinfection de la Seine et l'utilisation des eaux d'égout ou leur épuration par le sol, ne se trouveront jamais réalisées. Nous ne prétendons point juger, en quelques lignes, une question aussi importante. Mais il nous paraît utile d'exposer les arguments qui nous ont le plus vivement frappé dans le mémoire que vient d'écrire M. Ch. Duverdy, et c'est pourquoi nous insisterons tout d'abord sur une question à laquelle ne nous semble pas répondre d'une manière assez catégorique le très-remarquable rapport de MM. Schlœsing et Durand-Claye. M. Duverdy affirme, après avoir souvent constaté ce qui se passe à Gennevilliers, après avoir interrogé les agriculteurs qui ont utilisé les eaux d'égout, après avoir consulté les gens du métier, que très-fréquemment le sol qui devra absorber et comburer les produits amenés par les conduites d'égout leur sera fermé. En temps de gelée et au moment des grandes pluies, aucune vanne, dit-il, ne sera ouverte à partir du mois de septembre jusqu'au printemps ; les maraîchers n'éprouvent nullement à cette époque de l'année et n'éprouveront jamais le besoin d'arroser leurs cultures. Et cependant, d'après le projet adopté, 300 000 m. c. d'eaux d'égout seront déversés chaque jour par le canal construit depuis l'extrémité de l'égout collecteur jusqu'à la forêt de Saint-Germain. Qu'arrivera-t-il dès lors ? Les conduites latérales seront envahies ; l'eau impure y séjournera. Les conditions les plus défavorables au point de vue de l'hygiène, celles qui consistent dans la stagnation et l'évaporation lente d'eaux chargées de matières organiques, se trouveront réalisées. Bien plus, en

temps de pluie surtout, les égouts entraînant une plus grande quantité de matières liquides, il faudra éviter les reflux et l'inondation; dès lors « à l'extrémité du canal qui aura amené les eaux près de Poissy, on sera obligé de déverser dans la Seine tout ce que la culture n'aura pas employé en route, comme aujourd'hui on verse dans la Seine, à Clichy, ce que n'emploie pas la plaine de Gennevilliers : l'infection aura été reportée plus loin ; voilà le seul résultat que l'on aura obtenu. » Tout n'est point encore fini. Dans les conditions ordinaires, alors même que toute l'eau d'égout pourra être emmagasinée dans le sol destiné à la recevoir et à l'épurer, il résultera de cet apport incessant d'eau fétide une élévation très-notable de la nappe d'eau souterraine et, par suite, une infiltration des sous-sols, des caves, des terrains un peu déclives. M. Proust signale les dangers de ces infiltrations alors qu'il étudie la transmission et la propagation des épidémies cholériques. L'eau qui s'infiltre dans le sol peut, en effet, adultérer la nappe souterraine où les puits vont s'alimenter et porter ainsi au loin les germes contagieux. Or, ces infiltrations s'observent déjà à Gennevilliers. Et 74 habitants de cette commune viennent d'assigner la ville de Paris devant le conseil de préfecture pour obtenir la réparation du préjudice qu'elles leur ont causé. Le conseil de préfecture a nommé le 6 août dernier des experts chargés d'évaluer le dommage. S'ils répondent, comme ont répondu les experts de 1875, « que le déversement dans la plaine de Gennevilliers, des eaux provenant des égouts de la ville de Paris, a été pour les habitants de cette commune une cause d'insalubrité et d'incommodité, » cette conclusion devra paraître singulièrement grave pour l'avenir du projet adopté par la commission d'enquête dont nous avons parlé plus haut.

Nous nous contenterons de soumettre ces arguments à ceux qui, à l'exemple de M. Bouley, soutiennent avec la plus ardente conviction le projet d'irrigation proposé par la ville de Paris. Toutes ces questions sont, en effet, assez graves et assez sérieuses pour qu'il soit nécessaire de mettre sous les yeux des intéressés toutes les pièces d'un procès qui ne tardera pas à être définitivement jugé. La conclusion de M. Ch. Duverdy est d'ailleurs aussi sage que modérée. Il propose de soumettre à un nouveau concours public toutes les propositions qui pourront être faites dans le but de débarrasser la ville de Paris de ses eaux d'égout sans infecter ni la Seine, ni le département de Seine-et-Oise.

Malgré l'importance, l'autorité et la sincérité des considérations déjà développées dans le rapport présenté à l'Académie de médecine l'année dernière par M. Bouley, tout esprit impartial devra reconnaître que cette proposition mérite d'être prise en considération.

L. Lereboullet.

Index bibliographique.

Étude clinique sur les paralysies hystériques des quatre membres, par M. le docteur Gabriel Chevallier. In-8 de 100 pages. — Paris, 1878. V. Adrien Delahaye et Cie.

C'est avec raison que l'auteur insiste sur l'influence des maladies antérieures dans la genèse des accidents hystériques et notamment des paralysies; c'est là un fait clinique bien connu : ainsi un simple embarras gastrique, l'on voit reparaître ou devenir plus fréquentes l'hystérie et même l'épilepsie.

D'après M. Chevallier, les caractères propres à la paralysie hystérique des quatre membres sont de deux ordres : 1° ceux qui tiennent à l'akinésie, par exemple la variabilité d'intensité entre les divers segments des membres, la prédominance ordinaire à gauche, la mobilité, la diminution de température; 2° les phénomènes concomitants. Tous ces points sont étudiés en détail et appuyés d'observations concluantes.

Un autre chapitre, qui ne manque pas d'intérêt, est celui consacré au diagnostic différentiel avec les paralysies liées à des affections cérébrales ou à des maladies de la moelle, avec les paralysies sans causes organiques connues, mais qui ne peuvent pas être mises sur le compte de l'hystérie. En résumé, on trouvera dans cette thèse des documents utiles.

Considérations sur l'utilité et le rôle de la méthode en médecine, par M. le docteur Adolphe Duvivier. In-8 de 120 pages. — Paris, 1878. V. Adrien Delahaye et Cie.

Mémoire purement philosophique tendant à démontrer : 1° que la médecine est une science véritable à laquelle peut s'appliquer la méthode qu'on emploie avec succès dans les sciences physiques ; 2° que la médecine, en tant que pratique, doit être soumise aux lois morales.

On pourrait publier bien des travaux de ce genre sans faire avancer la *science*. Raisonner *à priori* dans une science d'observation, soumettre à des règles, à des axiomes admis en principe une étude aussi variable que celle de l'homme malade, voilà le travail du docteur Adolphe Duvivier. Que les *médecins* voient ce qu'ils ont à y prendre.

Mémoire sur les ulcérations virulentes des organes génitaux, par M. le docteur Charles Mauriac. In-8 de 100 pages. — Paris, 1878. V. Adrien Delahaye et Cie.

Quiconque a eu l'occasion de voir beaucoup d'ulcérations des organes génitaux, et surtout du gland, se rendra facilement compte des difficultés qu'on éprouve à en spécifier la nature : en effet, il n'est pas seulement souvent presque impossible d'affirmer dès le début quelle est la nature d'un chancre, mais bien plus, maintes fois, l'on ne peut affirmer qu'on est en présence d'un chancre ou d'une ulcération à laquelle ce nom, dans son sens généralement accepté, ne saurait être imposé. Placé au centre même de ces cas, M. le docteur Mauriac a rendu un véritable service en résumant dans un court mémoire les signes qui permettent d'éviter une erreur de diagnostic souvent très-préjudiciable au malade. L'auteur a étudié successivement : les affections furonculeuses acnéiformes, anthracoïdes du gland; les abcès virulents du pénis ; les ulcères non virulents. Nous ne pouvons, même sommairement, indiquer le diagnostic; aussi renvoyons-nous au mémoire que nous sommes heureux de signaler.

Contribution a l'étude de l'action physiologique du chloral sur la circulation et la respiration; recherches critiques et expérimentales, par M. le docteur R. Troquart. In-8 de 97 pages. — Paris, 1878. V. Adrien Delahaye et Cie.

Sous l'influence du chloral il se produit du côté de la respiration et de la circulation des troubles de deux ordres : les uns primitifs, les autres secondaires. L'arrêt du cœur a lieu en relâchement pour les ventricules, tandis que la systole auriculaire persistant contribue à produire la distension des cavités ventriculaires. L'arrêt du cœur serait produit par l'action directe du chloral sur la fibre musculaire cardiaque. Les injections répétées amèneraient peu à peu la paralysie des extrémités périphériques du pneumogastrique. Pour ce qui est des troubles respiratoires, il faut de nouvelles recherches.

Contribution a l'étude des troubles de la circulation veineuse chez l'enfant et en particulier chez le nouveau-né, par M. le docteur Victor Hutinel. In-8 de 170 pages. — Paris, 1878. V. Adrien Delahaye et Cie.

Pendant l'année qu'il a passée comme interne à l'hospice des Enfants assistés, M. Hutinel a, sous la direction de M. le professeur Perrot, entrepris des recherches méthodiques sur les troubles de la circulation veineuse chez l'enfant : c'est le résultat de ses recherches qu'il a consigné dans sa thèse inaugurale, dont nous allons essayer d'indiquer à nos lecteurs les principaux traits. Il commence par constater que les congestions passives, fréquemment accompagnées d'hémorrhagies, sont de règle dans l'athrepsie aiguë, que plus tard elles ont une importance beaucoup moindre; dans ces cas, les congestions paraissent dues, non à une altération du vaisseau, mais à la concentration du sang. Cet état du sang conduit vite à la thrombose, qui se fait alors surtout dans les veines des viscères ou dans l'artère pulmonaire. On comprend combien peuvent être alors considérables les lésions de ces viscères, et M. Hutinel en a fait une étude détaillée et fort intéressante. La

thrombose des sinus de la dure-mère, par exemple, ou des veines encéphaliques produit des congestions intenses, des apoplexies capillaires, des nécrobioses cérébrales, ou bien encore des hémorrhagies dans les ventricules ou les méninges. Une exagération de la tension dans le système veineux peut encore produire des lésions du même genre; cela est vrai pour le nouveau-né. Mais quand, chez l'enfant plus âgé, on ne trouve pas de thrombose pour expliquer des lésions du même genre, on en trouve le point de départ dans une phlegmasie. Chez le nouveau-né et jusqu'à l'âge d'un an des altérations considérables du cerveau peuvent, pour ainsi dire, ne pas donner de symptômes, ce qui tient au développement très-imparfait de ce viscère.

Les thromboses des veines rénales, presque spéciales à l'athrepsie aiguë, produisent dans le rein des congestions intenses, des hémorrhagies et même des abcès.

Les caillots de l'artère pulmonaire se forment sur place. Les troubles de la circulation veineuse, chez l'enfant, empruntent en grande partie leur gravité aux états morbides dans lesquels ils se rencontrent; ils peuvent cependant être fort graves par eux-mêmes.

VARIÉTÉS

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — Ce journal passe des mains de M. le docteur Sales-Girons en celles de M. le docteur Édouard Fournié. M. Sales-Girons emporte, en se retirant, les regrets de tous ses confrères de la presse qui avaient su apprécier l'aménité de son caractère autant que la distinction de son esprit. Nous ne doutons pas que son successeur ne continue cette tradition.

P. S. — Nous apprenons à l'instant la mort presque subite de M. le docteur Sales-Girons. Tous nos confrères s'associeront aux sentiments douloureux qu'inspire cette perte si regrettable.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le président de la République française, sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu la loi de finances du 22 décembre 1878, a décrété: Il est créé à la Faculté de médecine de Paris: 1° une chaire de maladies des enfants; 2° une chaire d'ophthalmologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Voici le texte du décret qui institue à Toulouse une Faculté de médecine. Le président de la République française décrète: une Faculté mixte de médecine et de pharmacie est établie dans la ville de Toulouse. Cette Faculté comprend vingt chaires, savoir: Anatomie, 1; physiologie, 1; anatomie pathologique et histologie normale élémentaire, 1; pathologie et thérapeutique générales, 1; pathologie interne, 1; pathologie externe, 1; médecine opératoire, 1; matière médicale et thérapeutique, 1; histoire naturelle, 1; chimie organique, 1; chimie minérale, 1; physique, 1; hygiène, 1; médecine légale, 1; pharmacie, 1; clinique interne, 2; clinique externe, 2; clinique obstétricale et accouchements, 1.

Le nombre des agrégés attachés à la Faculté est fixé à douze.

En outre des chaires magistrales mentionnées à l'article 1er, il peut être institué des cours annexes et des conférences. Ces enseignements seront confiés soit à des agrégés, soit à des docteurs.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Par décret, la chaire de matière médicale et thérapeutique de l'école préparatoire de médecine et pharmacie de Rouen prend le titre de chaire d'hygiène et thérapeutique.

La chaire de pharmacie et notions de toxicologie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale.

La chaire de chimie médicale prend le titre de chaire de chimie et toxicologie.

Il est créé, à ladite école, une chaire d'histoire naturelle.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. Chenevier, professeur, est nommé directeur pour une période de trois années. — M. Chenevier, professeur de clinique externe, est nommé professeur de thérapeutique et d'hygiène (emploi nouveau). — M. Saillard, professeur adjoint, est nommé professeur de clinique externe. — M. Faivre, professeur adjoint, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale. — M. Moquin-Tandon, professeur à la Faculté des sciences, est nommé en outre professeur d'histoire naturelle médicale à l'Ecole préparatoire de médecine (emploi nouveau).

. . . . . .

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Le ministre de l'intérieur a nommé membres de la commission chargée d'examiner les titres et de dresser le tableau de classement des candidats reconnus admissibles aux emplois de médecins à la maison nationale de Charenton: MM. le docteur Ch. Robin, Bertrand, membre de la commission consultative de la maison nationale; le docteur Lasègue; le docteur Legrand du Saulle; Bucquet, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur; de Harambure, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur; le docteur Lunier; de Caritan, chef du bureau des établissements de bienfaisance; Denis, sous-chef de bureau.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Pinault, l'un des médecins les plus distingués de Châteauroux; le journal de la localité se fait, dans un article nécrologique, l'interprète des regrets de la cité.

— Nous apprenons également avec un vif regret la mort de M. le docteur Baudry, chirurgien en chef de l'hospice d'Evreux, lauréat de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, trésorier et l'un des bienfaiteurs de l'Association médicale du département de l'Eure, décédé à Evreux le 4 janvier dernier, à l'âge de 71 ans.

ECOLE PRATIQUE. — M. le docteur Verrier commencera le jeudi 9 janvier 1879, à huit heures du soir, à l'amphithéâtre numéro 2 de l'Ecole pratique, une série de leçons sur l'histoire naturelle et biologique des végétaux parasites de l'homme, avec projections à la lumière oxhydrique. Les leçons suivantes auront lieu les jeudis à la même heure.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 27 décembre 1878, au 2 janvier 1879, on a constaté 947 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 12. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 1. Variole, 7. — Croup, 15. — Angine couenneuse, 12. — Bronchite, 50. — Pneumonie, 82. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 7. — Erysipèle, 2. — Autres affections aiguës, 221. — Affections chroniques, 449 (dont 140 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 61. — Causes accidentelles, 17.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traitement du spina bifida par la méthode nouvelle de James Yorton, traduit de l'anglais, par les docteurs J.-A. Fort et A. Guichot. 1 vol. in-8, cartonné. Paris, V. A. Delahaye et Ce. 2 fr.

Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, descriptive et histologique, par A. Laboulbène. In-8 cartonné de 1080 pages et 298 figures dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 20 fr.

Tableaux d'anatomie : Le système nerveux. I. Nerfs rachidiens. — II. Nerfs crâniens et système nerveux périphérique, 2 tableaux grand aigle avec figures schématiques, par J. Alavoine. Paris, Germer Baillière et Ce. 5 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 3 17 JANVIER 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président*; BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 16 janvier 1879.

LA MÉTHODE DOSIMÉTRIQUE ET LE MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Nous trouvons dans le dernier numéro du *Répertoire de médecine dosimétrique* un article intitulé : « La dosimétrie dans le service de santé militaire », et la lettre suivante, que nous croyons devoir reproduire textuellement :

Versailles, 26 novembre 1878.

Monsieur,

Par une lettre en date du 25 septembre dernier, vous avez attiré mon attention sur les avantages que le service hospitalier de l'armée pourrait retirer de l'emploi de la méthode de chirurgie conservatrice exposée par vous dans les ouvrages dont vous avez bien voulu me faire l'hommage.

Je m'empresse de vous informer que la méthode de thérapeutique dont vous proposez l'adoption par les hôpitaux militaires a été soumise à l'examen du conseil de santé des armées, qui m'a fait connaître que les principes exposés et développés dans vos ouvrages ont un mérite très-réel. Votre méthode de chirurgie conservatrice est même depuis longtemps déjà connue par les médecins militaires français.

Je ne puis donc que vous remercier de votre intéressante communication et vous exprimer toute la satisfaction que j'éprouve de voir votre *méthode de médecine dosimétrique favorablement appréciée dans notre armée.*

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération.

Pour le ministre de la guerre et par son ordre
et par délégation spéciale,
Le directeur adjoint.
(Pas de signature.)

Nous avons cru tout d'abord qu'une erreur de typographie avait attribué à l'honorable général Borel une lettre écrite au nom du ministre de la guerre d'un pays voisin. Nous avions espéré même que cette lettre était apocryphe.

L'article qui la précède affirme l'authenticité de ce singulier document : « Notre seul but, dit le docteur Burggraeve, a été de faire voir que l'introduction des médicaments dosimétriques dans le service de santé militaire sera un immense bienfait, et que c'est au ministre de la guerre actuel, en France, qu'en reviendra l'honneur. » Il n'en faut donc point douter, la lettre qu'on vient de lire a été écrite par les bureaux de la guerre. A moins d'un désaveu formel, que nous attendons, que nous demandons, elle peut être considérée comme officielle.

Or cette lettre invoque l'opinion émise par le conseil de santé des armées, seul juge compétent en pareille matière; elle affirme que le conseil de santé a reconnu le mérite très-réel de la doctrine dosimétrique. Et d'autre part, nous ne croirons jamais, à moins d'un démenti formel, que le conseil présidé par M. le médecin-inspecteur Legouest, qui seul a qualité pour écrire en son nom, a pu adresser au ministre de la guerre un rapport semblable. Nous sommes convaincu que jamais, à aucune époque, dans le corps de santé de l'armée, jamais, à plus forte raison, dans le sein du conseil qui le représente devant l'autorité supérieure, aucune voix ne s'est élevée en faveur d'une méthode que nous ne voulons point discuter ici. Que penser dès lors de cette lettre contre laquelle protesteront, dès qu'elle aura été mise sous leurs yeux, les chefs les plus autorisés de la médecine militaire?

Il y a quelques mois à peine, une circulaire ministérielle officiellement communiquée à tous les médecins de l'armée leur interdisait de la façon la plus formelle de délivrer une attestation favorable, une observation médicale ou chirurgicale signée de leur nom aux inventeurs d'appareils qui pourraient solliciter leur approbation. Il était rappelé dans cette circulaire que souvent on se servait, dans un but de réclame, de témoignages semblables et qu'il importait à la considération du corps de santé de l'armée de se tenir en dehors et au-dessus de toutes les questions de ce genre. On recommandait même aux médecins de l'armée de n'essayer aucun médicament nouveau, aucun appareil de chirurgie, sans y avoir été au préalable autorisés par le ministre de la guerre. Tous nos confrères militaires ont compris l'intention qui avait dicté cette nouvelle circulaire; ils en ont approuvé les termes, convaincus qu'elle n'avait été publiée que pour leur éviter, au moment de l'Exposition universelle, des sollicitations toujours ennuyeuses, et espérant bien qu'on savait, en haut lieu, qu'aucun d'eux ne faillirait jamais aux devoirs que leur imposent la probité médicale et l'honneur militaire.

Et voici qu'aujourd'hui ces mêmes médecins apprennent que le chef de l'armée approuve et recommande une méthode thérapeutique qui *jamais, à aucune époque*, n'a été expérimentée officiellement dans les hôpitaux de France ou d'Algérie! Et sa lettre, publiée à un très-grand nombre d'exemplaires, est adressée directement, sans qu'aucune réfutation puisse en être faite par les intéressés, à tous ces médecins, en les déclarant favorables à une méthode qu'ils repoussent unanimement. Les médecins de l'armée ne sont-ils pas en droit, dès lors, de réclamer du ministre, mieux informé, un désaveu formel de ce document si regrettable?

Mais il y a plus. On parle beaucoup, depuis quelque temps surtout, de la réorganisation du corps de santé de l'armée. A tous ceux qui font valoir les plaintes des médecins militaires, qui cherchent à démontrer leur subordination à l'intendance et les inconvénients qui en résultent, on répond sans hésiter : « En ce qui concerne la science et l'art de guérir, les médecins sont libres et indépendants. Le conseil de santé des armées est toujours consulté pour toutes les mesures

qui intéressent l'hygiène, la médecine ou la chirurgie. Ses avis ont force de loi. » Et, pour le mieux prouver, on compromet le conseil de santé dans une question au sujet de laquelle nous répétons qu'il n'a pas été consulté. On affiche sur des prospectus un avis qu'il n'a pas été appelé à donner. On lui fait publiquement un outrage contre lequel protesteraient, avec la plus énergique insistance, tous les honnêtes gens dont on essayerait ainsi de contrefaire la signature ! Nous rappellerons cet exemple quand le moment sera venu de montrer quelle est le plus souvent l'autorité et l'importance qu'attachent les bureaux de la guerre aux décisions du conseil de santé des armées, et nous répondrons plus aisément ainsi à ceux qui prétendent que tout est pour le mieux sous le régime qui asservit encore le corps de santé militaire.

Quant à la lettre qui précède et aux questions qu'elle soulève, nous n'avons plus qu'un mot à dire. Ou cette lettre a été écrite et signée par le *directeur adjoint* (?) du ministère de la guerre à l'insu du conseil de santé des armées qui aurait dû être consulté ; dans ce cas il importe qu'elle soit immédiatement désavouée. Ou bien elle a été écrite dans les bureaux de la guerre et adressée à M. le docteur Burggraeve à l'insu du ministre, et dans ce cas il est indispensable qu'une enquête soit ouverte pour faire retomber sur qui de droit la responsabilité d'un acte aussi blâmable.

L. LEREBOULLET.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

NOTE SUR DEUX CAS DE RHUMATISME TRÈS-GRAVE TRAITÉS PAR LE SALICYLATE DE SOUDE, par le docteur Henri DESPLATS, professeur à la Faculté libre et médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie (Lille).

Depuis un an, j'ai eu l'occasion, à Lille, où cette espèce de maladie abonde, de traiter un grand nombre de rhumatisants par le salicylate de soude. Les résultats ont été divers, et je me propose de les publier, sous peu, intégralement. En attendant, j'ai cru qu'il serait intéressant de détacher de cette série deux faits remarquables par leur gravité, leur longue durée, la variété des manifestations et même l'extrême rareté de quelques-unes.

Le salicylate a été donné, dans ces deux cas, à plusieurs reprises et à des doses variables ; chaque fois l'action sur la douleur a été rapide, au point que trente-six ou quarante-huit heures d'administration suffisaient pour la dissiper ; néanmoins la durée de la maladie a été des plus longues, et les complications les plus tenaces et les plus imprévues sont venues l'accroître. Je sais que certains médecins répugnent à administrer le salicylate et inclinent à le rendre responsable des complications insolites qu'ils observent. La raison qu'ils invoquent pour expliquer leur réserve est que le salicylate de soude ne serait point, comme on l'a prétendu, le remède du rhumatisme, mais qu'il serait seulement un des plus efficaces remèdes des douleurs et des manifestations aiguës articulaires, et comme ils prétendent que les douleurs et les arthrites aiguës sont les manifestations les plus bénignes, quant à la terminaison, ils redoutent de les faire disparaître d'une façon prompte dans la crainte de les voir remplacer par d'autres plus graves. Au fond c'est toujours la théorie de la répercussion et de la métastase qui les domine.

Sans prendre parti pour cette doctrine et surtout sans me déclarer l'adversaire de ce nouveau médicament qui, dans un grand nombre de cas, m'a rendu de signalés services, je crois devoir publier les deux faits suivants qui contredisent les affirmations par trop optimistes de M. le professeur Sée et semblent donner raison à ceux qui recommandent la réserve dans l'administration de ce sel dont tous les effets ne sont pas encore connus.

OBS. 1. *Rhumatisme articulaire généralisé; éruptions rhumatismales diverses; endo-péricardite aiguë; pleurésie; asystolie et mort sans que la malade ait quitté l'hôpital.* — Dewert (Marie), âgée de vingt ans, fileuse. Entrée le 13 novembre, atteinte d'un rhumatisme articulaire généralisé, survenu d'une façon lente trois mois après un accouchement naturel; cette malade ne pouvait faire un mouvement, avait une fièvre vive (38°,9 le 14 au matin, et 40 degrés le soir), des sueurs profuses et un léger souffle au cœur (premier temps, partie moyenne). — Salicylate de soude, 6 grammes.

Le lendemain, la température était moindre (38°,5), les douleurs moins vives, les mouvements plus faciles, les sueurs moins abondantes. — Salicylate, 8 grammes.

Le soir du second jour, 38°,3. Sueurs profuses, *disparition complète des douleurs*, démangeaisons insupportables au niveau des articulations.

Le troisième jour (16), 37°,8. Tout le corps, sauf la face, est couvert de plaques d'urticaire; les urines sont redevenues claires.

Le 17, l'urticaire a disparu et est remplacée par une éruption confluente de sudamina. L'absence de douleurs persiste. Souffle au premier temps bien prononcé. — Vésicatoire ; température variable, 39°,6.

Pendant les jours suivants, successivement la malade fut couverte d'érythèmes et de plaques d'herpès qui succédèrent à l'urticaire et aux sudamina. Le souffle cardiaque semblait avoir diminué d'intensité.

Le 23, la guérison était complète et la malade se levait.

Le 25, l'urticaire reparaissait discret d'abord, puis plus généralisé et se mélangeait de quelques taches de purpura.

Le 30, sans que la température se fût élevée, les douleurs reparaissaient dans tout le membre inférieur droit. — Salicylate, 6 grammes.

Le lendemain, les douleurs avaient disparu et étaient remplacées par de la diarrhée et des coliques qu'on ne pouvait expliquer par aucun écart de régime.

Pendant les jours suivants, poussées d'urticaire, douleurs diverses, légère élévation de la température. — Le salicylate est porté à 8 grammes.

Le souffle cardiaque augmentant, nouveau vésicatoire.

Pendant tout le mois de décembre, alternatives diverses : la peau, les articulations, l'intestin, le poumon (râles crépitants à gauche) sont le siége de manifestations semblables à celles que j'ai déjà mentionnées. Je renonce au salicylate pour faire de la médecine symptomatique.

Le 1er janvier, frisson; le lendemain, pleurésie évidente à gauche. — Ventouses scarifiées, cataplasmes. Deux jours après, l'amélioration était considérable et la malade, non guérie, sortait pour raisons de famille.

Le 8, elle rentrait à peu près dans le même état qu'au moment de sa sortie. Sa pleurésie gauche était cependant plus accusée.

Pendant ce second séjour, toutes les manifestations cutanées faisaient place à une endo-péricardite avec épanchement considérable qui évoluait en même temps que la pleurésie. Les révulsifs, les diurétiques, la digitale ne modifiaient que bien lentement cet état.

Au mois de mars, la pleurésie avait disparu, et la malade ne présentait plus que les signes habituels d'une affection chronique du cœur avec asystolie.

Jusqu'au mois de juin, sans nouvelle poussée aiguë, sans fièvre, les troubles circulatoires se développaient, donnaient lieu à une dyspnée des plus intenses, à l'œdème des membres inférieurs, à l'ascite et à l'hydrothorax.

Pendant cette dernière phase, plusieurs fois des douleurs articulaires subaiguës se montrèrent; chaque fois elles furent dissipées par une faible dose de salicylate de soude.

La malade succomba le 12 juin.

L'autopsie ne put être faite.

Cette observation peut se résumer ainsi :

Une jeune fille de vingt ans est atteinte, pour la première

fois, d'un rhumatisme polyarticulaire très-aigu et tellement douloureux *qu'aucun* mouvement n'est possible. *En deux jours*, grâce au salicylate de soude, les douleurs disparaissent complétement; mais alors se montrent une série d'autres manifestations rhumatismales portant sur la peau, le cœur, le péricarde, le poumon, la plèvre, l'intestin, sur lesquelles le salicylate n'a aucune action. Sur place l'endo-péricardite se transforme en affection organique du cœur, et la malade succombe à l'asystolie *six mois* après le début de son rhumatisme.

On ne peut le nier, une pareille évolution du rhumatisme est rare, et je n'en connais pas, pour ma part, d'autre cas. A quoi est-elle due? Peut-on dire que le rhumatisme abandonné à lui-même se serait plus longtemps fixé sur les articulations et aurait plus ménagé le cœur?

Le second cas est encore plus curieux. Je me vois obligé de l'exposer avec de plus longs développements à cause de la discussion qui doit le suivre. Cette malade a, en effet, présenté des signes d'intolérance et dans une certaine mesure d'intoxication. J'aurai à rechercher si les accidents rares qu'elle offrit pendant la seconde partie de son séjour à l'hôpital étaient dus à l'action du médicament ou à la maladie elle-même. Pour cela, il est nécessaire d'exposer les faits sans les trop abréger.

Obs. II. Thérèse D., quarante-quatre ans, journalière. Entrée le 4 novembre. Cette malade, qui a eu une première attaque de rhumatisme apyrétique il y a vingt ans, souffre depuis quelques semaines. Les douleurs sont devenues très-aiguës depuis quelques jours. Elle a un très-grand nombre d'articulations prises avec gonflement et rougeur, des sueurs profuses, de l'anorexie, une fièvre modérée (38°,3), et cependant un peu d'excitation cérébrale. Les bruits du cœur sont légèrement voilés. — Le traitement par le salicylate de soude est commencé le 5.

Il se produit une amélioration progressive, et le 10 les douleurs ont disparu; cependant, pour se conformer aux conseils de M. Sée, le salicylate est continué à la dose de 6 grammes.

Le 13, lorsqu'il n'avait pu être encore interrompu, les douleurs reparaissent avec une légère élévation de la température. — Salicylate, 10 grammes.

Jusqu'au 16, amélioration notable.

Sans motif, le 17, recrudescence des douleurs et de la fièvre. Léger souffle au cœur. — Salicylate, 12 grammes. (Le temps était détestable.)

Le 21, l'amélioration est encore une fois très-grande. La dose du salicylate est progressivement réduite à 8 grammes d'abord, puis à 4 grammes.

Le 27, nouvelle recrudescence. — 8 grammes produisent leur effet habituel.

Jusqu'au 25 décembre, la marche est semblable; de temps en temps il se produit des poussées qui cèdent toujours à des doses élevées de salicylate parfaitement tolérées.

Le 30, lorsque le salicylate était interrompu depuis *trois jours*, malaise, tension de la face, anurie (depuis deux jours). Le cathétérisme donne 30 grammes d'une urine rouge et très-épaisse, fortement albumineuse.

Légère douleur dans la région rénale, apyrexie, pas de céphalée. — Chiendent nitré, vin diurétique.

Le lendemain, 250 grammes d'urines sont rendus. Elle est toujours rouge, chargée de sels, très-faiblement albumineuse. Examiné au microscope, le dépôt qui se produit au fond du vase contient en abondance : des cellules épithéliales, des cylindres hyalins et granuleux, des tubuli, des globules rouges et quelques leucocytes.

La malade accuse de la dyspnée, le ventre est tendu ainsi que la face et les muscles inférieurs. Cet œdème n'est pas blanc comme est fréquemment celui de l'albuminurie; le tissu ne se laisse pas facilement déprimer; on dirait que le gonflement des parties tient à une réplétion exagérée du système vasculaire.

Selles abondantes, liquides et blanches. — Ventouses scarifiées sur la région rénale.

Le 1er, 300 grammes d'urine.

Le 2, 450 grammes.

Régime lacté et un bain d'air chaud tous les jours. On examine comparativement les urines avant et après le bain. Ces dernières contiennent une moindre quantité d'albumine.

Pendant les jours qui suivent; la malade se plaint d'un sentiment de plénitude extraordinaire : elle prétend ne plus pouvoir boire. Elle a une dyspnée très-pénible et accuse une chaleur intolérable, sans que le thermomètre indique une élévation de la température. En même temps toute la région rachidienne, particulièrement la région cervicale est douloureuse. L'auscultation permet d'entendre dans toute la poitrine des râles sibilants mêlés de quelques râles crépitants aux bases. On continue les bains d'air chaud et le régime lacté, et on applique des pointes de feu avec le thermocautère sur la région lombaire.

Le 6 janvier, douleurs intenses dans le cou et l'épaule droite, céphalée nocturne du côté droit, adénite dans la région sus-claviculaire du même côté. La respiration est anxieuse, l'œdème reste stationnaire. Il y a un litre et demi d'urine claire et très-fortement albumineuse. On entend dans toute la poitrine des râles fins très-abondants. — Ventouses sèches, bain d'air chaud, lait.

Le 9, les sueurs ont été abondantes et un peu de détente commence à se produire : l'œdème est moins dur, l'abdomen moins tendu, la respiration moins pénible. La malade consent à prendre un œuf.

Le 12, les règles surviennent. L'amélioration continue pendant les jours suivants, et le 17 l'œdème a presque entièrement disparu, tandis que les urines sont abondantes, mousseuses et contiennent un peu moins d'albumine.

Jusqu'au 26, amélioration progressive. Ce jour-là, douleurs légères, fugaces, avec bouffées de chaleur intermittentes. Les urines n'ont pas varié.

L'examen de la poitrine révèle à la base du poumon droit, en arrière, de la submatité avec quelques frottements superficiels; il y en a même quelques-uns à la base gauche.

Le 27, toux; pouls, 124; température, 38°,4.

Le 28, la dyspnée est plus grande, la matité s'accentue à la base du poumon droit, et à l'auscultation, à ce niveau, le murmure vésiculaire est remplacé par du souffle et de l'égophonie. Dans tout le reste de la poitrine il y a des râles sous-crépitants et sibilants mêlés à des râles trachéaux perceptibles à distance. Crachats spumeux abondants. Les urines sont redevenues foncées. — Ventouses scarifiées.

Le 30, légère amélioration des accidents pleuro-pulmonaires; mais les urines sont devenues plus rares et comparables à du café; il y a des sueurs profuses; la face est boursoufflée et les petites articulations sont douloureuses. Le pouls bat 128; la température est à 37°,8.

Le lendemain, les douleurs augmentent et s'étendent. — Ventouses sèches, bain d'air chaud, et pour la première fois depuis plus de cinq semaines, salicylate de soude, 6 grammes. Il n'est point toléré; l'estomac le rejette aussitôt.

Pendant plusieurs jours, les douleurs augmentent et deviennent plus intenses que jamais. La malade affirme n'en avoir pas encore éprouvé d'aussi vives.

Le 3, j'essaye de nouveau le salicylate avec de l'eau de Seltz, 8 grammes. Il est bien toléré, et dès le soir les douleurs se calment.

Le 4, il y a un peu d'excitation cérébrale. La dose est réduite à 4 grammes.

Le lendemain, troubles très-variés des sens : surdité, perte du goût, sensations lumineuses bizarres; les lumières sont très-agrandies et rouges. La malade compare un bec de gaz au soleil levant. Constipation. Urines à peu près normales, contenant un peu d'albumine. — Le salicylate est suspendu.

Les troubles nerveux disparaissent; cependant la malade se plaint de ne pas avoir de goût; tous les jours, après le repas, apparaît au-dessous du maxillaire inférieur gauche, à peu près au niveau de la glande sous-maxillaire, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule. Elle est mobile sous la peau, indolore et persiste pendant une heure environ. Le lendemain elle reparaît à la même heure.

L'amélioration progressive continue pendant la plus grande partie du mois de février; cependant, vers le 25, les douleurs reparaissent. On essaye de nouveau le salicylate à la dose de 5 grammes; mais il n'est pas toléré.

Pendant le mois de mars se produisent quelques poussées légères; deux fois encore le salicylate, essayé même à la dose de 2 grammes, n'est pas toléré.

La malade peut sortir guérie le 13 avril. Les urines ne contiennent plus d'albumine.

Ce fait, comme le précédent, prouve combien le salicylate

de soude est efficace contre la douleur; à chaque nouvelle poussée il a été administré, et chaque fois l'effet ne s'est *pas fait attendre*. Par contre, tandis que l'expérience de M. Sée lui a appris que le salicylate continué pendant quelques jours après la disparition des douleurs, en empêche le retour et rend la guérison définitive; ce fait montre qu'il y a des exceptions, car, à plusieurs reprises, les douleurs qui avaient cédé ont reparu lorsque le salicylate n'avait pas été encore interrompu. Il est vrai que dans ces cas la dose avait été toujours réduite (à 6 grammes le plus souvent), et qu'il a suffi de l'élever pour que la douleur disparût encore.

Un troisième fait est à noter : c'est le défaut d'action du salicylate contre toutes les autres manifestations du rhumatisme. Cela ressort des deux observations que je viens de publier.

On pourrait même se demander s'il n'a pas eu une action funeste. Ainsi que je l'ai fait remarquer à propos de la première observation, il est rare que les affections cardiaques, survenant dans le cours d'un rhumatisme, aient une évolution aussi rapide ; cela ne suffit pas cependant pour dire que le salicylate de soude l'ait provoqué ou aggravé. Je m'abstiens donc, me contentant de publier le fait et de poser la question.

A propos de la seconde observation, d'autres remarques peuvent être faites. La première est que, tandis que pendant toute la première partie de la maladie le salicylate avait été parfaitement toléré, même à des doses élevées (12 grammes), pendant la seconde partie, après cinq semaines de suppression, 8 grammes, puis 5, enfin 2 furent successivement refusés, et cependant, à ce moment-là même, l'action analgésique fut manifeste, puisque la malade ayant une fois supporté le médicament pendant trente-six heures, ses douleurs cessèrent aussitôt. L'intolérance se manifesta d'abord par des vomissements, et puis, lorsque à l'aide de l'eau de Seltz et de l'alcool, l'intolérance de l'estomac eut été vaincue, des troubles nerveux apparurent : surdité, éblouissements, perte de goût, etc. Il semble qu'on ne puisse nier que ces accidents furent dus au salicylate de soude. Comment expliquer que la même personne, dans le cours de la même maladie, ait pu, à quelques jours d'intervalle, supporter 12 grammes d'une substance dont elle ne pouvait, quelques jours plus tard, tolérer, sans accidents nerveux, 2 grammes? Je crois que la différence d'action physiologique dans les deux cas tenait à l'état de la fonction urinaire. Pendant toute la première partie de la maladie, la fonction urinaire fut normale, tandis que dans la seconde période, il y eut constamment de la congestion rénale, de l'albuminurie, et par conséquent un trouble dans la fonction excrétoire. Or il a été démontré que le salicylate de soude est éliminé par les urines et que l'élimination se fait rapidement; on conçoit donc que des doses plus faibles s'accumulant aient eu une action plus profonde que des doses plus considérables éliminées à mesure de leur absorption.

De cette première remarque on pourrait tirer cette conclusion : que le salicylate de soude doit être administré à dose plus faible et que son action doit être surveillée lorsque la fonction urinaire ne s'accomplit pas d'une manière tout à fait normale, particulièrement lorsqu'il y a albuminurie.

Ce n'est pas tout, nous devions rechercher, si c'est possible, à quelle cause fut due dans ce cas la congestion rénale, et si le salicylate ne peut être accusé de l'avoir provoquée.

A une telle question, la réponse est difficile, et il serait imprudent d'affirmer que cette malade, traitée autrement que par le salicylate, eût échappé à l'albuminurie; cependant, en tenant compte, d'une part, de la rareté de l'albuminurie aiguë dans le cours du rhumatisme articulaire, et d'autre part, de l'action prépondérante du rein dans l'élimination de ce sel, il ne serait pas téméraire de dire que le salicylate de soude administré à haute dose et longtemps continué a été pour une part dans la production de cette complication. A-t-il eu aussi une part dans la production de la congestion pulmonaire et de la pleurésie? Il est encore plus difficile de répondre.

En résumé, ces deux observations montrent que :

1° Le salicylate est un puissant analgésique;

2° Que, même lorsqu'il a une action efficace sur les douleurs et sur la fièvre, il n'influe guère sur la marche des autres complications;

3° Que, sans qu'il ait été interrompu, le rhumatisme peut récidiver, et les complications les plus graves survenir;

4° Que d'abord parfaitement accepté, il peut être plus tard mal toléré par l'organisme;

5° Enfin, on peut l'accuser, lorsqu'il est longtemps administré et à haute dose, de favoriser la congestion rénale et l'albuminurie.

J'ai besoin d'ajouter, après ces conclusions qui pourraient me faire passer pour un adversaire du salicylate de soude, que je considère ce médicament comme un des plus précieux dont nous disposions contre le rhumatisme aigu; si j'ai publié les faits qui précèdent, c'est pour montrer qu'il y a des accidents possibles et mettre en garde contre un engouement exagéré.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FIZEAU.

FERMENTATION. RÉPONSE A M. PASTEUR, par M. *Berthelot*. — Certains êtres emprunteraient au sucre, d'après M. Pasteur, de l'oxygène combiné, au lieu et place de l'oxygène libre que l'atmosphère leur fournit dans les conditions ordinaires de leur existence. C'est là une conjecture qui ne repose, pour reproduire le langage de notre confrère, sur aucun fait sérieux; mais c'est à l'auteur de cette théorie hypothétique qu'il incombe de la prouver, et non à ses contradicteurs. J'ai rappelé précédemment que la composition chimique des produits de la fermentation lui était opposée; j'ajouterai aujourd'hui que la composition chimique des principes immédiats du ferment ne paraît pas la confirmer davantage. Etant admis, en effet, que la levûre est un végétal qui se nourrit et se développe aux dépens de l'oxygène du sucre pendant la fermentation, la levûre ainsi formée devrait être plus riche en oxygène que la levûre initiale. Rien de pareil n'est signalé, ni dans les analyses de M. Pasteur, ni dans celles des nombreux savants qui se sont occupés de la composition chimique de la levûre. Ce qui paraît acquis, c'est que la levûre se nourrit et se multiplie, comme les autres végétaux, en formant de la cellulose, des matières grasses et des corps protéiques. Or, la cellulose diffère du sucre uniquement par les éléments de l'eau : elle ne lui a donc pas emprunté un excès d'oxygène. Les matières grasses sont moins oxydées que le sucre : leur formation ne saurait donc être attribuée qu'à une action réductrice, ce qui est le contraire d'une oxydation. Enfin, les principes protéiques contenus dans la levûre, d'après les analyses de Mulder et de Schlossberger (citées dans le remarquable ouvrage de M. Schützenberger sur *les Fermentations*, p. 56), s'ils dérivent du sucre, ne sauraient résulter que d'une réduction; car, en retranchant de leur composition l'oxygène à l'état d'eau, l'azote à l'état d'ammoniaque, il reste du carbone et un excès d'hydrogène, tandis que le sucre a la composition d'un hydrate de carbone.

Ce sont là des faits sérieux, positifs, acquis à la science d'aujourd'hui. Aucune fraction d'oxygène ne semble donc avoir été empruntée au sucre par la levûre, *de préférence aux autres éléments*, pendant la fermentation alcoolique.

Physiologie opératoire. — M. *Vulpian* présente à l'Académie un ouvrage posthume de *Claude Bernard*, portant pour titre : *Cours de médecine du Collège de France. Leçons de physiologie opératoire.*

De la greffe dentaire. Note de M. *Th. David.* — L'auteur a étudié les diverses espèces de greffe dentaire, principalement celles qui présentent un intérêt chirurgical et qu'il désigne de la façon suivante :

1° La greffe par restitution.......... réimplantation.
2° La greffe d'emprunt { autoplastique... transposition.
hétéroplastique. transplantation { humaine. animale.

Pour ce qui concerne la *transplantation animale*, aucune espèce zoologique, dit-il, n'a pu, jusqu'à présent, nous fournir des dents semblables aux nôtres par leur forme, leurs dimensions, leur couleur, etc. On pourrait néanmoins, en suivant cette voie, transplanter, à la place de racines condamnées à l'extraction ou inutiles, des racines saines qui serviraient de base solide pour l'application de dents artificielles, dites à pivot. La *transplantation humaine* entraîne, d'une façon générale, une mutilation que nous n'oserions préconiser. Mais il ne saurait être défendu d'utiliser à cet égard une dent saine dont l'extraction est devenue nécessaire. C'est dans la même mesure que l'on doit pratiquer la *transposition* d'une dent à une autre du même sujet.

De la greffe animale, dans ses applications a la thérapeutique de certaines lésions de l'appareil dentaire. Note de M. *E. Magitot.* — La greffe pratiquée aux dépens des organes dentaires se divise en plusieurs variétés. Une première catégorie comprend les greffes de dents enlevées de leurs alvéoles et réimplantées soit de suite, soit après un temps plus ou moins long. C'est la *greffe par restitution.* Elle est ou *immédiate* ou *tardive.* Dans un second groupe, se placent les cas de dents enlevées de leurs alvéoles et transplantées dans un autre, soit chez le même sujet, soit chez un sujet différent; c'est la *greffe par transposition.* Enfin, dans une troisième catégorie se placent les faits de greffes de dents sur divers points du corps autres que les mâchoires. Les expériences de Hunter, d'A. Cooper, de Philipeaux, etc., en sont des exemples. Ce sera la *greffe hétérotopique.*

Dans la communication présente, l'auteur se borne à présenter des faits de greffe par restitution, mais comprenant une variété particulière. Il s'agit, en effet, dans un but thérapeutique, d'enlever un organe à ses connexions normales, d'en supprimer par résection une partie malade, et de réintégrer l'autre partie restée saine en son lieu primitif. C'est une combinaison de la greffe et de la résection. Ses expériences remontent à 1875. Les trois premières ont été publiées à cette époque (*Gazette des hôpitaux*, 1875, p. 35 et suiv.). D'autres figurent dans la thèse inaugurale de deux de ses élèves, le docteur Pietkiewicz (*Thèse de Paris*, 1876), et le docteur David (*Thèse de Paris*, 1877). Aujourd'hui le nombre de ces opérations atteint le chiffre de 62.

Le manuel opératoire comprend trois temps : 1° ablation totale de la dent chez laquelle le diagnostic d'une périostite chronique du sommet a été établi ; 2° résection chirurgicale de la portion altérée; 3° réimplantation immédiate. Les soins consécutifs consistent dans l'application, quelquefois nécessaire, de moyens contentifs (gouttière en gutta-percha), le drainage du foyer, l'ablation de portions alvéolaires mortifiées, etc.; mais les suites de l'opération sont ordinairement très-simples. Lorsque la consolidation de la greffe s'effectue, il se produit une légère réaction locale, peu ou pas de phénomènes généraux; les fistules se ferment, le foyer se tarit, et la consolidation complète s'accomplit dans un temps variant de huit à quinze jours. Lorsque, au contraire, la tentative est suivie d'insuccès, la greffe est, dès les premiers jours, éliminée purement et simplement par la suppuration.

Les résultats donnés par cette méthode opératoire sont établis par les chiffres suivants : 62 opérations ont été faites; 57 guérisons définitives ont été constatées, soit une proportion de succès d'environ 92 pour 100.

Conclusions. — 1° La périostite chronique du sommet de la racine des dents, compliquée de lésions de voisinage, phlegmons, abcès, dénudations et nécroses des maxillaires, fistules simples ou multiples, jusqu'ici traitée par l'ablation pure et simple, n'est pas au-dessus des ressources de la thérapeutique conservatrice.

2° Le traitement consiste dans la résection de la portion affectée de la racine, après ablation temporaire de la dent, et suivie de sa réimplantation immédiate, ou *greffe par restitution.*

3° La guérison a pour résultat la cessation de tous les accidents, la consolidation définitive de l'organe, par le retour complet de ses connexions vasculaires et le rétablissement de ses usages.

Pansement des plaies. — M. *J.-A. Le Doré* adresse une Note concernant le pansement des blessures et des plaies par le charbon en poudre.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le médecin-inspecteur des eaux d'Andabre et du Cayla pour l'année 1878. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit: 1° Un travail manuscrit de M. le docteur *Nivelet* (de Commercy), intitulé : *La contagion variolique, prophylaxie, revaccinations.* — 2° Un travail manuscrit de M. le docteur *H. Bernard*, intitulé : *Rapport sur les opérations de vaccine pratiquées pendant l'année 1878 dans les trois cantons de Grenoble* (Isère). (*Commission des épidémies.*)

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur *Lecadre* (du Havre), membre correspondant : 1° une brochure intitulée : *L'année 1877 au Havre*, considérée sous le rapport de la statistique des naissances, des mariages, des décès, et aussi de la constitution météorologique et médicale; contribution à l'histoire de la phthisie pulmonaire ; 2° une brochure intitulée : *Nouveau mode de propagation de la fièvre paludéenne.*

M. *Blanche* présente, au nom de M. le docteur *E. Dally*, une brochure intitulée : *Influence de la première éducation sur l'évolution des désordres mentaux; essai de physiologie cérébrale..*

M. *Noël Gueneau de Mussy* présente, au nom de M. le docteur *Henri Huchard*, trois brochures intitulées : 1° *De la médication opiacée dans l'anémie cérébrale due aux affections du cœur;* 2° *De la guérison rapide des accès d'asthme par l'emploi des injections hypodermiques de morphine;* 3° *Étude critique de la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde.*

M. *Baillarger* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Auguste Voisin*, un volume intitulé : *Traité de la paralysie générale des aliénés.*

Nécrologie. — M. *le Président* annonce à l'Académie la mort de M. Tardieu et, après avoir exprimé, dans quelques paroles émues, les regrets unanimes que laisse l'éminent professeur, propose de lever la séance en signe de deuil, après un vote d'élection qui ne peut être remis.

Élections. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La commission présente : en première ligne, M. Bourgoin; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Grassi et Méhu; en troisième ligne, M. Baudrimont; en quatrième ligne, M. Prunier. — Le nombre des votants étant de 73, majorité 37, M. Méhu obtient 33 suffrages, M. Bourgoin 28, M. Grassi 8, M. Baudrimont 4.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Le nombre des votants étant de 74, majorité 38, M. Bourgoin obtient 39 suffrages, M. Méhu 35.

En conséquence, M. *Bourgoin*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de la section de la pharmacie.

— La séance est levée à quatre heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Rapport de candidature : M. Dieulafoy. — Obturation de l'artère poplitée par embolie artérielle : M. Duguet. — Empoisonnement par l'élixir de pepsine : M. Ball.

M. *Dieulafoy* présente un mémoire de M. Vergely sur l'emploi du chloroforme dans les affections cardiaques. M. Vergely ne considère pas les affections cardiaques comme une contre-indications à l'emploi du chloroforme. M. Dieulafoy propose le renvoi du mémoire à une commission spéciale, et la nomination de M. le docteur Vergely comme membre correspondant.

— M. *Duguet* a reçu dans son service, le 2 août, un jeune homme de trente-deux ans qui présentait les symptômes suivants : impossibilité de se servir de la jambe gauche, qui était à moitié fléchie; douleur vive à la pression au niveau des muscles du mollet gauche, qui présentait une diminution de 1 centimètre et demi en comparaison avec le côté droit; sensibilité obtuse depuis le genou jusqu'au gros orteil. On remarquait de plus que la pédieuse ne battait plus; mais elle était perceptible au toucher, elle formait un cordon qui dénotait nettement une oblitération artérielle. Comme antécédents, le malade disait avoir éprouvé tout d'un coup, pendant la marche, une douleur telle dans le mollet gauche qu'il n'avait pu rentrer chez lui à pied.

Il s'agissait évidemment d'une embolie artérielle, dont il fallait retrouver l'origine. Le cœur était hypertrophié; on trouvait de plus un double souffle à la base, un au premier temps, le second au deuxième temps; l'insuffisance aortique prédominait. Le pouls était régulier et offrait les caractères du pouls de Corrigan. M. Duguet concluait que l'embolie était due à un morceau détaché des valvules qui était venu se fixer dans la poplitée. Ajoutons enfin que le malade n'était pas rhumatisant, mais qu'il était fortement alcoolique : non-seulement il buvait chaque jour de 5 à 6 litres de vin, mais il ajoutait à ce régime quelques petits verres d'eau-de-vie.

Peu à peu le membre diminua de volume, mais la température se releva; elle était égale des deux côtés; les veines et les artères collatérales étaient manifestement augmentées de volume; la circulation s'était rétablie; pendant deux ou trois jours seulement il y eut une menace de gangrène. Puis survinrent des phénomènes d'asystolie; les battements du cœur s'affaiblirent, ils devinrent irréguliers; enfin on vit apparaître de l'albumine dans les urines, de la congestion du foie et des hémoptysies. L'autopsie permit de reconnaître les lésions soupçonnées. L'orifice mitral était sain, mais dans l'oreillette droite existait un certain nombre de coagulations analogues à celle qu'on trouvait dans l'artère pulmonaire droite.

Les trois valvules de l'orifice aortique étaient le siége de lésions; sur deux d'entre elles, on trouvait une endocardite végétante; sur la troisième, on constatait une déchirure dont il manquait un morceau : telle était l'origine de l'embolie qui siégeait dans la poplitée, avant sa division en tibiale postérieure et en tibiale antérieure.

L'examen histologique de cette embolie n'a pas encore été fait.

M. *Laboulbène* demande à M. Duguet de vouloir bien en faire l'examen histologique, qui offre, dans ce cas, une importance réelle.

— M. *Ball* ordonne depuis quelque temps, dans les cas d'embarras gastrique, des préparations de pepsine; il avait toujours eu à s'en louer, principalement dans la dyspepsie des tuberculeux. Il a l'habitude d'employer la pepsine Boudault.

Au moment où M. Ball a pris le service à l'Hôpital Temporaire, il prescrivit à quelques malades et à son interne, légèrement indisposé, de l'élixir de pepsine; le lendemain, à la visite, il vit avec étonnement que tous les malades qui avaient pris de la pepsine présentaient les symptômes d'un empoisonnement par la belladone : mydriase, sécheresse de la bouche, etc. Son interne, qui avait forcé un peu la dose, présentait des symptômes plus sérieux qui persistèrent toute la journée. Un seul malade ne présenta comme accident que de la mydriase, mais on apprit qu'il avait à peine goûté à la préparation. L'interne en pharmacie essaye la pepsine sur lui-même, il éprouve les mêmes symptômes d'empoisonnement par la belladone. Examinant avec soin la pepsine restée dans le flacon, il reconnut les traces non équivoques de la présence d'un alcaloïde difficile à déterminer à cause de la trop petite quantité de substance sur laquelle les recherches ont pu être faites. Le flacon incriminé a été écarté, mais un second flacon a occasionné les mêmes accidents. L'interne en pharmacie a obtenu un alcaloïde dont la solution employée en injection à la dose de quelques gouttes a occasionné de la mydriase chez le concierge de l'École de pharmacie, sur lequel l'expérience a été faite.

A quoi peut-on attribuer la présence de la belladone? Un chimiste à qui M. Ball parlait de ces accidents a émis l'hypothèse que la pepsine avait été retirée de l'estomac d'animaux qui auraient mangé de la belladone; hypothèse inadmissible, puisque les lapins seuls auraient pu être incriminés, et que les veaux sont presque exclusivement employés pour l'extraction de la pepsine.

M. *Constantin Paul* insiste sur ce point que toutes les expériences démontrent que, de toutes les pepsines, la pepsine Boudault est, sans aucun doute, la meilleure. Il ajoute que M. Boudault a préparé des pepsines à l'amidon, à l'acide chlorhydrique, à l'opium; n'y aurait-il pas une pepsine belladonée?

Dr Joseph MICHEL.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. GUYON.

Ostéomyélite et phlegmon sous-périostique. — Nomination de membres correspondants étrangers et de membres correspondants nationaux. — Rapport sur le tocographe de M. Poulet. — Tumeur salivaire consécutive à l'extirpation d'une tumeur parotidienne.

M. *Tillaux* rapporte l'observation de l'enfant dont il a dit quelques mots dans une précédente séance, en présentant un tibia atteint d'ostéomyélite. L'examen des pièces tend à faire croire que le point de départ de l'affection n'a pas été épiphysaire; le maximum de la lésion ne siégeait pas à l'union de la diaphyse avec l'épiphyse.

M. *Terrier*. Les recherches de Ranvier ont démontré que, quand le périoste se prend, il y a toujours un retentissement du côté de la moelle; le plus souvent l'inflammation est épiphysaire, parce que c'est en ce point que se fait le développement de l'os.

M. *Guéniot* présente les pièces provenant d'un enfant de douze jours, apporté dans son service, comme atteint de fracture du membre supérieur, et chez lequel il a constaté pendant la vie des phénomènes se rattachant à la syphilis héréditaire. Les os longs surtout présentent à l'union du cartilage et de l'os des foyers de suppuration.

M. *Tillaux* a eu affaire à une ostéomyélite primitive ou à une périostite phlegmoneuse compliquée d'ostéomyélite. La périostite ne s'accompagne pas nécessairement d'ostéomyélite, tandis que l'ostéomyélite est toujours accompagnée de décollement du périoste. Quels sont les signes qui permettent de distinguer ces deux affections? Il faut attacher une grande importance au symptôme indiqué par Chassaignac : dans l'ostéomyélite, les articulations voisines se prennent bien

plus souvent et plus facilement que dans la périostite phlegmoneuse; mais ce n'est pas un signe distinctif certain.

M. *Marjolin*. Il serait, en effet, intéressant de savoir dès le début si on a affaire à une ostéomyélite ou à un phlegmon sous-périosté. Dans la périostite pure, franche, il y a inflammation et nécrose superficielle de l'os; si on donne issue au pus, on en sera quitte pour enlever un petit séquestre. Dans l'ostéomyélite, pas de fluctuation, mais des douleurs térébrantes; la fluctuation ne paraît qu'après la formation des trajets fistuleux. Ces deux affections, si différentes au début, peuvent marcher parallèlement, de même que la pleurésie peut marcher en même temps que la pneumonie. Chez les adultes, il est plus facile d'analyser les symptômes, surtout les symptômes douloureux.

M. *Guéniot* a présenté les pièces d'un enfant nouveau-né atteint d'ostéite épiphysaire suppurée. Le membre affecté était absolument inerte, comme paralysé. On ne peut rattacher cette pseudo-paralysie ni à une lésion des centres nerveux, ni à une lésion des nerfs ou des muscles; c'est à la lésion osseuse qu'il faut l'attribuer. Dans un cas analogue observé il y a dix ans, M. Guéniot avait attribué l'inertie à la douleur et à la brisure des leviers; et cependant on observe des mouvements énergiques dans le bras ou la jambe fracturés chez les nouveau-nés ! Il faut attacher une grande importance à cette inertie chez les jeunes enfants, pour le diagnostic de l'ostéite suppurée des extrémités épiphysaires.

D'après les recherches de M. Parrot, les pièces présentées par M. Guéniot peuvent être rattachées à la syphilis infantile. Il n'y avait pas de dépôts osseux à la surface de la diaphyse, comme on l'observe ordinairement sur les os syphilitiques.

M. *Théophile Anger* a eu l'occasion d'observer un fait curieux d'ostéomyélite chez un homme de cinquante-quatre ans, maigre, arthritique. En septembre 1875, cet homme alla faire l'ouverture de la chasse et ne se fatigua pas. Le lendemain, occupé de ses affaires, il fut pris subitement d'une douleur violente à la jambe droite; impossibilité de marcher. A l'examen du membre, rien d'apparent; en frappant sur le tibia, on ne provoque aucune douleur; la douleur était surtout violente quand le malade posait le pied par terre.

Pendant un mois, rien de visible sur la jambe malade; pas de gonflement, pas de rougeur; toujours la même douleur revenant par crises, sans intermittence régulière. Pas de syphilis dans les antécédents. Les douleurs étaient plus violentes au mollet, à la cheville et sur le trajet du nerf tibial antérieur. Application d'un vésicatoire sur la face interne du tibia; le lendemain il y avait un peu d'empâtement au niveau du vésicatoire.

Depuis le début de la maladie, M. Th. Anger avait employé divers traitements : injections sous-cutanées de morphine, sangsues, etc.

M. Anger incisa le périoste sur la partie tuméfiée; il trouva un décollement ayant l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Quelques jours après, on trouvait une collection purulente au tiers supérieur de l'os. Plus tard, le genou se tuméfia, on diagnostiqua une ostéomyélite du tibia ayant envahi le genou.

MM. Labbé et Anger appliquèrent plusieurs couronnes de trépan pour ouvrir tout le canal médullaire du tibia, qui était rempli de pus. Larges incisions de chaque côté du genou; pansement de Lister.

La jambe suppura pendant trois mois; alors parurent des abcès en divers points du corps, et le malade mourut de pyohémie.

Voilà un fait d'ostéomyélite spontanée qui resta confinée au tibia pendant un mois; jamais il n'y eut une douleur fixe en un point de l'os; et pendant un mois il n'y eut pas de gonflement. Il y avait des crampes et des tressaillements musculaires incessants; ce signe aidera peut-être au diagnostic dans l'avenir. M. Anger a eu affaire à une forme de l'ostéomyélite névralgique.

— Election de deux membres correspondants nationaux : sont nommés MM. Jules Boeckel (de Strasbourg), et M. Beau (de Brest).

— Élection de trois membres correspondants étrangers : sont nommés MM. Galli (de Lucques), Gritti (de Milan), et Bigelow (de Boston).

— M. *Polaillon* fait un rapport sur le *tocographe*, instrument présenté par M. le docteur Poulet. Cet instrument est destiné à donner le tracé graphique des contractions utérines et des contractions des muscles abdominaux pendant le travail de l'accouchement. Le tracé utérin figure une série de pics, le tracé abdominal une série de plateaux.

Ces expériences peuvent être dangereuses, ce qui explique le peu d'observations existant jusqu'à ce jour. M. Poulet et M. Schatz ont seuls publié quelques résultats intéressants. M. Poulet commence par déterminer l'effort abdominal, puis les efforts abdominal et utérin réunis; la différence représente l'effort utérin qui ne pourrait être déterminé isolément.

M. *Guéniot*. On peut chercher à apprécier la force des contractions de l'utérus par la résistance des membranes; un auteur anglais, Duncan, a expérimenté sur les membranes après l'accouchement.

M. *Tarnier*. Il y a quinze ans, un étudiant en médecine a présenté un ballon correspondant avec un manomètre pour mesurer les contractions utérines. Les expériences de Duncan sur les membranes donnent des résultats très-variables, et le problème est difficile à résoudre en cherchant dans ce sens; d'autant plus difficile, que les membranes se rompent sous l'effort abdominal uni à l'effort utérin.

— M. *Verneuil* fait un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. Martinet (de Sainte-Foix-la-Grande) : Tumeur salivaire consécutive à l'extirpation d'une tumeur parotidienne.

Une femme de vingt-huit ans portait une tumeur de la parotide depuis quelques années; le 8 octobre 1875, M. Martinet en fit l'ablation; il énucléa la tumeur qui ressemblait à un adénome; suture. On recommanda à la malade le silence, et elle dut éviter les mouvements de mastication. Mais au dixième jour, se croyant guérie parce que la plaie était cicatrisée, elle croqua un morceau de pain. Aussitôt la joue se gonfla, et la tumeur se reproduisit exactement au même point.

Le lendemain, M. Martinet constata une tumeur molle, fluctuante, irréductible; il incisa; il sortit quelques gouttes de pus et de la salive. On fit mastiquer la malade, et la tumeur se reproduisit encore. La malade dut reprendre les aliments liquides, et on fit des injections d'eau phéniquée dans la poche. Dès le lendemain, l'eau phéniquée entrait dans la bouche : l'injection sortait par l'orifice du canal de Sténon. La guérison se fit peu à peu; la cicatrisation était complète au vingtième jour.

Ce fait est peut-être unique dans la science. Trois points sont dignes d'attention : la formation subite de la tumeur liquide, la communication avec le canal de Sténon, et la guérison rapide. La guérison est due à la cessation de l'afflux salivaire dans la cavité par l'oblitération de l'orifice par lequel la salive arrivait dans cette cavité, par l'oblitération de cette cavité elle-même, et enfin par la perméabilité du canal de Sténon rétablie par les injections.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Sommeil provoqué chez une hystérique par le contact d'un aimant: M. Landouzy. — Développement des tænias: M. Mégnin. — Étude micrographique des pustules d'acné: M. Cornil. — De la différenciation dans les espèces: M. Delaunay. — Présentation d'un cerveau avec foyer de ramollissement limité à la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante: M. Gauché. — Du maté: M. Couty.

M. *Landouzy* expose le fait suivant: Une jeune fille hystérique (service de M. le professeur Hardy, à la Charité), tourmentée par les douleurs du clou hystérique et rebelle à l'action narcotique de la morphine, est chaque jour endormie et anesthésiée en quelques secondes par l'application d'un simple aimant sur l'avant-bras. Le sommeil persiste pendant la durée du contact de l'aimant, et cesse quelques secondes après que celui-ci est éloigné. Au réveil la malade n'éprouve pas d'autre sensation que celle des piqûres qui ont été faites pendant l'expérience pour vérifier l'insensibilité, et qui à ce moment n'étaient pas senties.

A des observations de MM. Berthelot et Galippe, M. Landouzy répond que la sensibilité des organes génitaux n'a pas été explorée, que l'on n'a pas cherché à provoquer le sommeil à l'aide d'un morceau de fer doux, aimanté d'une façon intermittente par un courant électrique, pour vérifier si l'anesthésie n'est point simulée, se montre exactement dans les moments où le fer est aimanté et disparaît quand on interrompt le courant. Mais toutes les précautions ont été prises pour éviter une supercherie.

MM. *Bourneville*, *Regnard* et *Bert* rappellent à ce sujet les critiques mal fondées que les médecins anglais, et en particulier Carpenter, ont adressées aux expériences récentes de la Salpêtrière. Les aimants vrais et les faux aimants ont été employés tour à tour, et malgré l'identité d'aspect des appareils employés, les phénomènes du transfert de l'anesthésie n'ont pu être obtenus par l'application des faux aimants.

— M. *Mégnin* expose des vues nouvelles sur le développement des tænias. Le même ver pourrait suivre toutes les phases de ses transformations chez le même animal, sans être obligé, comme on l'a cru longtemps, de passer successivement du corps d'un herbivore dans celui d'un carnassier. En second lieu les mêmes vers vésiculaires pourraient, suivant l'animal qu'ils habitent, donner lieu au développement ultérieur de vers rubanés différents. Ces deux propositions résultent de l'examen des pièces anatomiques de deux chevaux, chez lesquels M. Mégnin a trouvé des poches d'échinocoques ouvertes dans l'intestin et contenant des crochets très-reconnaissables à côté d'une multitude de petits tænias inermes dans un cas, ou de longs tænias adultes dans l'autre.

— M. *Cornil* décrit les principales variétés de pustules d'acné qu'il a étudiées au microscope. A un premier degré, on trouve simplement du pus dans la cavité du follicule pileux malade dont les parois sont intactes. A un degré plus avancé, la cavité est dilatée et, autour du goulot à travers lequel émerge le poil, on trouve une accumulation de petites cellules rondes. Ce n'est encore que de l'*acné pilaris simplex*. Dans l'*acné indurata*, plusieurs follicules pileux sont englobés dans une même petite tumeur, et l'inflammation se propage au tissu cellulaire sous-jacent et surtout à la partie du derme comprise entre les follicules intéressés. Le réseau papillaire est congestionné, il se fait parfois quelques ruptures vasculaires entre le derme et le réseau de Malpighi. Dans les cas où les pustules deviennent très-grosses et forment de vrais kystes purulents, ce réseau augmenté d'épaisseur tapisse très-régulièrement la face externe de leurs parois, entouré lui-même de papilles dermiques hypertrophiées.

— M. *Delaunay* a étudié la *différenciation* des individus d'une même espèce, suivant les races, les sexes, l'âge, la constitution. Il conclut que les différences sont d'autant plus marquées que l'évolution est plus complète. La civilisation, le sexe masculin, l'âge adulte sont les conditions où les individus arrivent à réaliser entre eux le plus de différences. L'état sauvage, le sexe féminin, l'enfance ou la vieillesse sont autant de circonstances qui amènent les individus à se ressembler entre eux.

— M. *Gauché* présente le cerveau d'un sujet atteint pendant sa vie de monoplégie brachiale gauche avec hémiplégie faciale incomplète du même côté. Il existe un foyer de ramollissement rouge sur la moitié postérieure de la circonvolution frontale droite ascendante, à sa partie moyenne, avec intégrité du tiers supérieur et du tiers inférieur.

— M. *Couty*, répondant à une récente communication de M. Jobert, présente à la Société des échantillons des diverses formes de maté qu'il a utilisées dans ses expériences: 1° maté du Brésil grossièrement préparé, mélange de feuilles et de rameaux torréfiés, puis concassés, qui lui a été fourni en grande quantité par M. l'ambassadeur du Brésil; 2° matés du Paraguay provenant d'une mission de M. Barbier, ingénieur civil, ou directement de l'Exposition universelle, et que M. Couty a reçus de M. le général Morin, sous plusieurs formes, soit en larges feuilles, entières, non torréfiées, soit en paquets étiquetés, cachetés, contenant ces mêmes feuilles concassées, torréfiées et prêtes à être utilisées par des consommateurs plus riches et plus raffinés, etc.

Les substances employées dans les expériences faites au laboratoire de pathologie expérimentale présentent donc toutes les garanties désirables d'authenticité et de bonne préparation, surtout si on ajoute qu'elles ont été envoyées en France dans le but précis de servir à des analyses et à des essais.

Le maté du Brésil a servi aux expériences sur les chiens; et M. Couty a employé les matés du Paraguay dans une série de recherches faites sur lui-même: or, dans tous les cas, les effets produits et surtout les plus immédiats sur la vessie et les intestins ont été les mêmes: nouvelle preuve de la bonne qualité de tous ces produits.

Ajoutons enfin que les troubles étudiés dans leur ensemble après l'ingestion du maté, par M. Couty, sont les mêmes exactement que ceux qu'avaient constatés isolément divers médecins cliniciens ou hygiénistes, et il est impossible d'attribuer aucun de ces effets à l'intervention d'une substance toxique surajoutée.

En présence de cette série de preuves, M. Couty a cru inutile de se livrer à un examen histologique direct de la plante, surtout n'en connaissant pas exactement tous les caractères distinctifs.

Il ajoute, du reste, qu'il croit devoir opposer aux autres affirmations de M. Jobert les réserves les plus formelles: le maté n'agit pas seulement par sa matéine, la matéine n'est pas l'analogue physiologique de la caféine; et ces différents points, déjà indiqués du reste par M. Gubler et d'autres auteurs, M. Couty se réserve de les établir plus complétement dans de nouvelles expériences.

X. ARNOZAN.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

Renouvellement du bureau. — Compte rendu des travaux de la Société. — Médication hydrothérapique: M. Dally. — Albuminurie guérie par les inhalations d'oxygène: M. Dujardin-Beaumetz. — Suppuration chez les morphiomanes: M. Dujardin-Beaumetz.

Le bureau de la Société de thérapeutique est constitué comme suit pour l'année 1879: *Président*, M. le docteur Féréol; *Vice-président*, M. Blondeau; *Secrétaire général*,

M. Constantin Paul; *Trésorier*, M. Créquy; *Secrétaires*, MM. E. Labbée et Joseph Michel.

M. *le secrétaire général* Constantin Paul donne lecture de son rapport sur les travaux de la Société de thérapeutique pendant l'année 1878.

— M. *Dally* soumet à la Société quelques observations sur les procédés hydrothérapiques qu'il convient d'employer pendant l'hiver. Il a toujours considéré l'hydrothérapie à l'eau froide comme essentielle et les résultats qu'il a obtenus, de même que ceux de ses confrères qui appliquent cette méthode, lui paraissent dus à l'action spéciale de l'eau d'une température de 9 à 12 degrés associée à une force de projection égale à une pression de 10 à 12 mètres de hauteur. Fleury demandait 15 mètres, mais la chose ne lui paraissait sans doute pas aussi importante qu'il le disait, puisqu'il s'est borné dans les établissements qu'il a fondés à 9 mètres et même moins. Mais Fleury a toujours repoussé l'association de l'eau chaude à l'eau froide en vue de préparer les sujets supposés trop sensibles ou trop délicats à l'action de l'eau froide, et M. Dally, après dix années de pratique hydrothérapique franche et mitigée, a trouvé que l'opinion de Fleury est parfaitement fondée. On n'est pas plus habitué à l'eau froide après des mois d'eau tiède qu'au premier jour, et si ce n'est qu'une sorte de préparation morale que l'on cherche, on l'obtient aisément par d'autres procédés. Quant aux douches alternées dites, on ne sait pourquoi, écossaises, elles représentent une pratique purement empirique et sans base physiologique. C'est là une forme agréable de l'hydrothérapie.

Cependant il est des cas où il est nécessaire de réchauffer le malade avant la douche froide. Le bain d'air chaud répond avantageusement à cette indication. Un séjour de cinq minutes dans une boîte chauffée à 40 degrés, la tête à l'air libre, répond mieux que l'eau chaude aux indications de calorification préalable. C'est le procédé qu'emploie M. Dally depuis plusieurs années et qu'il recommande de préférence aux douches tièdes, mitigées, écossaises et autres. Il est nécessaire que la boîte à air chaud soit très-voisine de la douche. Les effets de la douche froide sont bien mieux assurés de la sorte chez les personnes délicates.

A l'égard du bain d'air chaud par encaissement, M. Dally soumet à ses collègues le résultat d'expériences qu'il a faites et qui prouvent que quand les poumons restent en communication avec l'air libre, hors de la boîte, la sudation est beaucoup plus rapide que quand l'individu est tout entier dans la même atmosphère. A quoi tiennent ces différences physiologiques? M. Dally est porté à croire que la différence de température entre les deux atmosphères favorise la circulation périphérique.

— M. *Dujardin-Beaumetz* communique un fait sur lequel il désire appeler l'attention de ses collègues; il s'agit d'un albuminurique chez lequel l'albumine a complétement et rapidement disparu à la suite d'inhalation d'oxygène. Ce malade était arrivé à la dernière période de l'albuminurie, tous les moyens diurétiques avaient été employés: en dernière ressource on eut l'idée de faire respirer de l'oxygène; l'albumine disparut complétement dans les vingt-quatre premières heures du traitement. M. Dujardin-Beaumetz crut à une disparition passagère, comme il arrive souvent en pareil cas, mais depuis douze jours l'albumine n'a pas reparu: combien de temps peut-on espérer la cessation de ce symptôme? Il a commencé dans son service des expériences sur ce sujet; son but est aujourd'hui de demander à ses collègues si des faits semblables ont été observés et le résultat qu'il est permis d'espérer par l'emploi de cette méthode thérapeutique.

M. *Constantin Paul* répond qu'il a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* deux cas analogues à celui dont vient de parler M. Dujardin-Beaumetz. Dans ces deux cas, sous l'influence des inhalations d'oxygène, l'albumine a disparu pendant deux mois, puis a reparu avec la même gravité que précédemment. Depuis cette époque, il a été publié deux autres cas dus à un médecin de Coblentz; ces deux nouveaux cas étaient semblables à ceux qu'il avait signalés. Il n'y a donc pas de guérison à espérer; il ne s'agit donc que de rémission, rémission relativement longue puisqu'elle a persisté près de deux mois, mais les accidents primitifs reparaissent avec la même intensité.

M. *Greletty* ajoute qu'à Vichy une pratique consacrée depuis longtemps déjà est d'administrer de l'oxygène aux diabétiques et aux albuminuriques; il est de règle de voir sous cette médication la diminution du sucre et de l'albumine, mais la disparition est rarement totale, en tout cas elle n'est que passagère.

M. *Archambault* demande à M. Dujardin-Beaumetz la cause de la présence de l'albumine dans les urines: son malade était-il atteint de néphrite chronique? Il est vrai qu'on ne peut tenir compte de la lésion; le moyen thérapeutique n'agit que sur le symptôme qu'on fait disparaître passagèrement: ce moyen n'a donc qu'une importance relative.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond que son malade était atteint de néphrite chronique: le but de sa communication était simplement de demander à ses collègues des renseignements sur cette question et sur les faits de même genre qui auraient pu être publiés.

— M. *Dujardin-Beaumetz* fait une seconde communication sur la tendance à la suppuration des morphiomanes. Cette tendance à la suppuration l'avait déjà frappé à divers reprises; il vient d'en observer deux nouveaux cas: dans un d'entre eux, l'injection de morphine a déterminé un phlegmon de la paroi abdominale, qui a occasionné la mort de la malade. M. le professeur Trélat, à qui il en a parlé, lui a cité le cas d'une jeune femme qui, sous l'influence des injections de morphine répétées, eut des clous et de petits phlegmons, non-seulement au point où les injections avaient été faites, mais dans d'autres régions.

M. *Constantin Paul* a remarqué cette tendance à la suppuration, principalement au point où les injections ont été pratiquées. Il rappelle qu'à New-York on a établi un hôpital pour les morphiomanes. On a dit que la suppression de l'usage de l'opium pouvait déterminer des accidents graves: ce n'est pourtant pas ce qu'on observe à cet hôpital où l'expérience est faite journellement, puisqu'on supprime brusquement l'usage de l'opium dès l'entrée du malade. Tout d'abord, en effet, le malade a de l'agitation, de l'insomnie, mais peu à peu ces accidents se calment, et le malade rentre dans l'équilibre physiologique.

M. *Féréol* pense qu'on doit tenir compte de l'intolérance que présentent certains malades: il cite ce fait d'une malade chez laquelle quatorze injections d'ergotine ont été suivies de onze abcès. Par contre, il a vu des malades supporter des doses considérables de morphine sans en être incommodés: une malade, par exemple, atteinte d'un cancer, se faisait chaque jour des injections contenant quatre grammes de morphine. Il croit en conséquence qu'il y a chez les malades dont parle M. Dujardin-Beaumetz une disposition particulière, mais que ces abcès ne peuvent être attribués uniquement à l'abus de la morphine.

M. *Féréol*, à l'appui de l'opinion de M. Dujardin-Beaumetz, cite ce fait qu'il a observé l'année dernière à l'hôpital d'Issy: deux malades à qui on n'avait encore jamais pratiqué d'injection de morphine ont été atteints de phlegmons chacun à deux reprises différentes, alors que par deux fois on avait fait des injections.

— Sur la demande d'un certain nombre de membres, M. *Féréol* consulte la Société sur le changement de l'heure des séances: l'heure de quatre heures et demie est adoptée.

Dr Joseph MICHEL.

REVUE DES JOURNAUX

Trois cas d'empoisonnement par l'ellébore vert, (par MM. Henri et Emile THIERRY, vétérinaires.

L'empoisonnement spontané à la suite de l'absorption de substances toxiques par les animaux est un fait rare contre lequel l'instinct les met ordinairement en garde; sous ce rapport, et de plus en instituant une expérience complète et naturelle, les faits rapportés par MM. Thierry ont un véritable intérêt. Il s'agit de deux vaches et d'un mulet qui absorbèrent à l'état frais un fourrage contenant une assez forte proportion d'ellébore vert (*Veratrum viride*). Les deux vaches succombèrent, la première quinze jours, la seconde un mois après l'intoxication. Le mulet guérit; les auteurs pensent que la guérison de ce dernier doit être attribuée à ce que cet animal, mangeant moins vite et ayant le goût plus développé et plus délicat, a absorbé beaucoup moins d'ellébore.

Voici le résumé des symptômes présentés par ces animaux : inappétence, diarrhée, épreintes, efforts violents qui après cinq à six jours n'aboutissent plus qu'à l'expulsion de quelques matières glaireuses, noirâtres; ventre tendu; tristesse profonde par moments; jusqu'à la fin, pouls lent, faible, avec des intermittences. Les battements du cœur sont faibles, et après cinq ou six battements il y a un repos correspondant au moins à un battement et demi. Amaigrissement très-lent, mais progressif et continu, et persistance jusqu'au dernier jour de la sécrétion lactée très-diminuée de quantité.

A la nécropsie, faite peu de temps après la mort, on trouve les lésions suivantes : quelques points rouges dans l'intestin grêle; dans la caillette, près du pylore, une ecchymose avec plusieurs ulcérations (neuf à dix); elles sont profondes et ont la largeur d'une pièce de 50 centimes. On trouve dans le cœur, surtout à gauche, de nombreuses ecchymoses sous le péricarde et sous l'endocarde. Les autres organes sont sains; cependant il ne semble pas que le système nerveux central ait été examiné; c'est là un très-regrettable oubli. (*Recueil de médecine vétérinaire*, VIe série, t. V, n° 20, 30 octobre 1878, p. 1016.)

Sur un cas de kyste hydatique acéphalocyste du péricarde, par le docteur H. BERNHEIM.

Les cas de kystes acéphalocystes du péricarde sont assez rares, car on ne trouve, outre l'observation de M. Bernheim, que deux autres cas, l'un cité par M. Davaine, l'autre extrait par Laennec de la *Bibliothèque germanique* c'est pourquoi nous donnons aux lecteurs de la *Gazette* un résumé du cas actuel : il s'agit d'un homme de soixante-sept ans, malade depuis deux ans seulement. Le cœur est augmenté de volume, les battements sont énergiques, il existe du pouls veineux, il n'y a aucun bruit anormal. Sous l'influence de l'administration de la scille, la diurèse s'était établie, l'œdème pulmonaire constaté au début avait diminué, quand le malade succomba à une syncope sans cause prochaine connue.

A l'autopsie, on constate une symphyse péricardique avec hypertrophie assez notable. A la face postérieure des ventricules, on trouve une poche du volume d'un gros œuf de poule. « Ce kyste mesure 9 centimètres transversalement et 5 centimètres de haut en bas; il siége à la partie postérieure et inférieure du cœur, dans les feuillets du péricarde. Le tissu musculaire du cœur est au-dessous parfaitement intact. L'enveloppe du kyste est fibreuse, d'une épaisseur de 4 millimètres, la face interne est parsemée de plaques calcaires; la cavité présente quelques anfractuosités; elle contient des membranes d'un blanc grisâtre, gélatiniformes, pelotonnées, sans liquide. Ces membranes appartiennent à des vésicules d'hydatides.... A leur face interne, on trouve par place une matière grumeleuse grisâtre. » Des recherches prolongées et attentives n'ont pas permis de constater trace de crochets. (*Revue médicale de l'Est*, 5e année, t. X, n° 9, p. 269.)

Des trois faits physiologiques principaux qui servent de guide lors des anesthésiations, par M. le professeur SIMONIN.

L'auteur fait remarquer avec raison que nombre de causes paraissant d'abord secondaires peuvent, en modifiant la marche des phénomènes de l'éthérisation, empêcher d'atteindre régulièrement ou de maintenir la période qu'on peut appeler chirurgicale; il est donc de la plus haute importance de posséder un critérium qui mette à l'abri de toute erreur. Or, pour M. le professeur Simonin, l'étude des trois faits suivants constitue ce critérium : 1° manifestation de l'insensibilité périphérique progressive, notamment celle des tempes et de la cornée; 2° état des muscles et des mâchoires, les muscles devant être en résolution complète et les mâchoires rapprochées, par conséquent il y a exception dans la résolution pour les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure qui sont en état de trismus; 3° état de la pupille, qui doit être resserrée pendant que la respiration se rapproche du type normal, après avoir été accélérée pendant la période d'excitation.

Il importe au plus haut point d'étudier ces phénomènes, qui doivent être synchrones, et de constater leur apparition. Il va sans dire qu'en dehors d'eux la respiration et la circulation, dont les modifications révèlent presque toujours les dangers, seront attentivement surveillées; mais, pour ce qui est de l'anesthésie chirurgicale, ce sont les trois points précités qui peuvent surtout guider le diagnostic.

Cependant il peut se présenter tel cas dans lequel un ou plusieurs d'entre eux vient à faire défaut; il importe, dans ces circonstances, de rechercher aux différentes phases de l'anesthésie leur production, qui a toujours lieu à un moment donné. M. Simonin insiste sur ces faits, qui permettent de régler l'anesthésie tout en évitant les dangers. (*Revue médicale de l'Est*, 5e année, t. X, n° 9, p. 261.)

Les traumatismes de la vessie, par M. BARTELS.

Excellente monographie portant sur le chiffre imposant de 504 cas, dont quelques-uns inédits. Les traumatismes de la vessie sont divisés en trois groupes :

1° Les *plaies par instruments piquants*, qui peuvent être produites par trois voies différentes : celle du rectum, celle du trou ovale, celle de l'hypogastre. Sur 50 cas, on note 11 décès, soit 22 pour 100 de mortalité : chaque fois le péritoine était ouvert. Les instruments ne sont pas toujours des armes; quelquefois ce sont des bâtons, des pieds de chaises, etc. On ne paraît pas avoir observé de plaies par instruments tranchants.

2° Les *plaies par armes à feu* sont fréquentes et peuvent se produire dans toutes les directions. Lorsque le projectile est dirigé d'arrière en avant, le danger est plus considérable que lorsqu'il pénètre par la partie antérieure. 285 cas ont fourni 65 décès, soit 24,50 pour 100 de mortalité, proportion qui paraît minime. Il est à supposer que tous les cas de mort n'ont pas été publiés. Quand le péritoine est intéressé, le cas est toujours mortel (péritonite aiguë ou chronique); lorsqu'il est intact, la mort arrive par infiltration urineuse. Dans les cas de guérison, il se forme une fistule qui n'arrive à guérison qu'après des mois ou des années. Les mêmes fistules peuvent avoir leur point de départ dans les incisions dirigées contre l'infiltration urineuse, et siéger dans le rectum, le vagin, l'aine, le scrotum, à l'abdomen, au périnée. Le

suites gênantes des coups de feu de la vessie sont les calculs et les corps étrangers, qui ne peuvent être éloignés que par la taille. La thérapeutique n'a qu'une indication à remplir, c'est de veiller à ce que l'urine s'écoule facilement, soit par la sonde, soit par l'incision périnéale si le cathétérisme est impossible.

3° Les *déchirures sous-cutanées* de la vessie sont produites par l'action d'un corps pesant sur le bassin ou réciproquement, ou bien encore par le tamponnement. La plénitude de la vessie ou l'ivresse du blessé sont des causes prédisposantes; les rétrécissements n'ont pas d'action. Les symptômes sont, avec un shock très-intense, une sensation de déchirure interne, une tuméfaction de l'abdomen, une violente envie d'uriner avec impossibilité. Souvent le cathéter ne peut passer.

La mort arrive rapidement par le collapsus, plus lentement par l'infiltration urineuse ou la péritonite. L'accident est souvent mortel; cependant il y a une grande différence suivant que la déchirure intéresse ou non le péritoine. Sur 63 cas du premier genre, on compte 17 guérisons; sur 94 cas du second, 1 guérison seulement. La mortalité générale est de 90 pour 100.

Comme dans le cas précédent, le premier soin du chirurgien est de faciliter le libre écoulement de l'urine, ce qui n'est guère possible, ni par le cathétérisme, ni par l'uréthrotomie. Suivant que la déchirure sera sous-péritonéale ou intrapéritonéale, on fera l'incision périnéale ou la laparotomie. Cette dernière a fourni le seul succès de la statistique. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXII, p. 519.)

Moyen de calmer rapidement la douleur produite par la cautérisation au sulfate de cuivre dans la conjonctivite, par M. C. Pick.

Dans les cas de conjonctivite granuleuse, on est forcé, pendant plusieurs mois, de passer chaque jour le crayon de sulfate de cuivre sur la muqueuse altérée. Or ces cautérisations sont généralement très-douloureuses, et la douleur longtemps persistante est très-redoutée des malades. Un heureux hasard a fait découvrir à l'auteur « le moyen de rendre cette petite opération presque indolore, ou même, dans certaines circonstances, complétement indolore. Voici comment : Quatre à cinq minutes après la cautérisation au sulfate de cuivre, on insuffle du calomel sur la portion touchée : immédiatement la douleur disparaît. Au bout de quelques jours, on fait suivre immédiatement l'insufflation de calomel, et la cautérisation devient indolore sans perdre son effet révulsif. » Cette action du calomel est inexplicable. Pick se propose de faire des insufflations de poudres très-fines, mais inertes, afin de savoir si l'action du chlorure de mercure est purement mécanique ou chimique. (*Centralb. für med. Wiss.*, n° 45, 1878.)

Travaux à consulter.

Un calcul rénal d'indigo, par M. Ord. — Trouvé dans un rein transformé en kyste. Le calcul pèse 40 grammes, a la forme et la grosseur d'une pièce de 2 francs environ; sa couleur est bleu sombre ou brunâtre. Il se compose en grande partie d'indigo, de phosphate de chaux et d'une substance organique (caillot sanguin?). (*Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 25.)

Recherches expérimentales sur l'action des fibres radiées du muscle ciliaire, par M. J. Hock. — 1° Le nerf oculo-moteur (?) est le nerf de l'accommodation; 2° le mouvement en avant de la choroïde, qui existe dans l'accommodation, est produit par l'action du muscle ciliaire (chez le chien); 3° le muscle ciliaire du chien, qui n'est composé que de fibres radiées, détermine par sa contraction une courbure plus prononcée du plan cristallinien antérieur; 4° l'atropine paralyse le muscle ciliaire du chien. (*Centralb. für die med. Wiss.*, 1878, n° 43.)

Un cas d'oblitération absolue du tronc brachio-céphalique, incomplète de la carotide et sous-clavière gauches, compliquée d'anévrysme de l'aorte et de cancer de l'œsophage, par M. Preisendörfer. — Cas rare. Le malade, âgé de quarante-cinq ans, mourut du cancer œsophagien. (*Virchow's Archiv*, t. LXXIII, p. 594.)

De l'opération de l'empyème, par M. König. — Empyème datant de neuf mois guéri en un mois. Résection d'une portion de 2 centimètres de la sixième côte. Pas de lavages phéniques. Le point principal du traitement est le décubitus latéral permanent et le soulèvement quotidien de la malade par les pieds pendant quelques minutes, afin de bien vider la plèvre. (*Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 43.).

Traitement de la coqueluche par les inhalations phéniquées, par M. E. Thorner. — Seize observations. Commencer par les solutions à 1 ou 2 pour 100, au moyen d'un appareil à vapeur d'eau. L'action consiste surtout en une durée moindre de la maladie. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXII, p. 314.)

Recherches sur l'action des substances inhalées, par M. Schottelius. — Expériences faites comparativement avec de la poussière de charbon et des crachats secs et pulvérisés. Dans ce dernier cas, on produit des lésions rapidement mortelles, analogues à la tuberculose. Le microscope démontra que cette phthisie expérimentale était fausse. Les crachats ordinaires produisaient des effets tout aussi sérieux que les crachats des tuberculeux. (*Virchow's Archiv*, t. LXXIII, p. 524.)

Recherches expérimentales sur la genèse des inflammations articulaires scrofuleuses et tuberculeuses, par M. Schuller. — L'auteur prétend être arrivé, en produisant une infection générale du sang, à déterminer, chez les animaux, des lésions articulaires qui représentent le début de la tumeur blanche chez l'homme. *Centralb. für Chir.*, 1878, n° 43.)

Des altérations microscopiques du cartilage articulaire dans la tumeur blanche, par M. A. Weichselbaum. — Les cellules du cartilage ne se transforment pas immédiatement en globules de pus; il y a un état intermédiaire; elles retournent à l'état de jeunesse, représenté par des cellules de forme spéciale, anguleuses, à prolongements, qui existent à l'état normal tout au bord du cartilage. Il pourrait bien y avoir là une erreur d'observation. (*Virchow's Archiv*, t. LXXIII, p. 461.)

Des expériences récentes sur le cerveau, etc., par M. Vetter. — Revue générale des travaux de Hitzig et Ferrier d'un côté, de Charcot de l'autre. Rien de nouveau. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXII, p. 394.)

De la sidérose, par M. A. Zenker. — Dans un travail récent, Quincke désigne par ce nom l'augmentation du fer dans un organe quelconque, tandis que Zenker en avait fait le synonyme de la phthisie des ouvriers en fer. Cette extension de signification d'un nom qui a été généralement accepté est inadmissible. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXII, p. 429.)

Un cas d'hémiatrophie faciale progressive, par M. O. Berger. — C'est l'*aplasie lamineuse* des auteurs français. Le cas rapporté est surtout intéressant au point de vue étiologique, car il paraît résulter assez nettement d'un traumatisme. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXII, p. 432.)

De la globuline contenue dans les urines albumineuses, par M. Heynsius. — Dans un mémoire publié in *Virchow's Archiv*, t. LX, p. 476, Senator avait étudié les diverses albumines pathologiques rencontrées dans l'urine, et avait indiqué entre autres que la globuline était surtout abondante dans la dégénérescence amyloïde des reins. Heynsius, dont le nom fait autorité dans la question, démontre que la méthode employée par Senator est fautive et insuffisante, et que la quantité de globuline ne permet aucune conclusion au sujet de la nature de l'altération rénale. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXII, p. 435.)

Traitement du psoriasis, par M. Galuzinsky. — Enduire les parties malades d'un mélange de collodion élastique et d'acide phénique dans la proportion de 1 sur 4, et répéter dès que le collodion s'est détaché. Le traitement dure trois mois. (*St-Petersb. med. Woch.*, 1878, n° 33.)

DES PANSEMENTS A L'ACIDE BORIQUE, par M. E. SOLGER. — L'acide borique a la propriété d'augmenter à tel point l'absorption des sécrétions purulentes par l'ouate, qu'elle rend possible l'emploi de cette substance. L'auteur conseille l'usage combiné de l'acide borique et de l'acide phénique; les linges à pansement doivent être trempés dans des solutions à 5 pour 100 des deux substances. (*Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 42.)

UN NOUVEL EXANTHÈME MÉDICAMENTEUX, par M. FREUDENBERG. — Observé à la suite de l'administration de l'acide salicylique (25 grammes en cinq jours), sous forme de pétéchies et d'ecchymoses de diverses grandeurs (jusqu'à 1 franc). Ce fait n'a pas encore été signalé. Dans un cas présenté par Leube, il existait une éruption de même origine, mais qui se présentait sous forme d'urticaire. (*Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 42.)

PATHOLOGIE DE LA PORTION VAGINALE DU COL UTÉRIN, par MM. C. RUGE et J. VEIT. — Monographie intéressante (contenant, dans une première partie, la pathogénie des érosions; dans une seconde, des observations sur le développement du cancer et sur son diagnostic dans la période du début. Il est recommandé de consacrer une très-grande attention à l'examen des altérations du col, qui ont une tendance déplorable à se transformer en épithélioma, et de pratiquer de bonne heure des ablations partielles, afin de pouvoir faire l'examen histologique, qui seul peut donner une base certaine au diagnostic. (*Zeitsch. für Geb. und Gynækol.*, t. II, p. 415.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'EMBOLIE GRAISSEUSE, par M. T. FLOURNOY. — Cet accident serait une complication constante des fractures; dans les amputations et les résections, il serait rare : la graisse vient toujours de l'extérieur. L'auteur rapporte une observation inédite et une statistique de 140 cas dont 84 fractures. (*Th. de Strasbourg*, 1878, et *Cent. für Chir.*, 1878, n° 42.)

DU XERODERMA, par M. L. LEWINSON. — Sous ce nom, qui signifie absence de sueur dans certaines portions de la peau, *anhydrose*, sont confondues des affections différentes. Dans un cas observé par l'auteur, l'usage du Jaborandi mit bien en évidence l'absence de fonctionnement des glandes sudoripares dans la portion de peau altérée. (*Th. de Berlin*, 1878, et *Centralb für med. Wiss.*, 1878, n° 42.)

DE LA CAPACITÉ DE LA VESSIE, par M. HOFFMANN. — Mensurations faites sur un grand nombre de cadavres et de vivants. Comme moyenne, la capacité de la vessie serait de 735 centimètres cubes chez l'homme vivant, de 700 chez le cadavre; de 680 chez la femme vivante, de 650 chez le cadavre. On remarquera que ces chiffres sont en opposition avec la doctrine généralement admise. (*Correspond.-Blatt. für schweiz. Aertzte*, 1878.)

DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LE CURARE, par M. KUNZE. — L'auteur, qui a eu le courage de traiter *quatre-vingts* cas par cette méthode douloureuse autant qu'inutile, a constaté « avec étonnement » que l'on pouvait injecter jusqu'à 0gr,03 de curare sans tuer le malade! Comme résultat, six guérisons. Ceux qui ont vu employer ce traitement seront probablement bien peu tentés d'imiter Kunze. (*Wien. med. Presse*, 1878, n° 42.)

DE L'INOCULATION DE LA SYPHILIS AUX ANIMAUX, ET DE LA NATURE DU CONTAGE SYPHILITIQUE, par M. KLEBS. — Le professeur de Prague annonce au congrès des naturalistes et médecins allemands qu'il a trouvé le *champignon* de la syphilis. Ce sont des bactéries à mouvement lent, de 2 à 5 μ. Deux inoculations sur des singes auraient parfaitement réussi. (*Wiener med. Presse*, 1878, n° 42.)

L'EXCRÉTION PATHOLOGIQUE DU PHÉNOL DANS L'URINE, par M. SALKOWSKI. — L'auteur maintient sa découverte de l'excrétion exagérée du phénol dans l'urine des malades atteints d'iléus, et réclame la priorité pour d'autres faits concernant la même substance. (*Centralb. für die med. Wiss.*, 1878, n° 42.)

DE L'ACTION DE LA BILE SUR LA PUTRÉFACTION DE LA FIBRINE ET DES GRAISSES, par M. J. STOLNIKOFF. — Travail expérimental. Conclusion : La bile n'a pas d'action antiputride, et la décomposition rapide des matières qui ne la renferment pas est due à d'autres causes. (*Zeitschr. für physiol. Chem.*, t. I, p. 343.)

BIBLIOGRAPHIE

La théorie atomique, par M. le professeur WURTZ. 1 vol. in-8°, Paris, Germer Baillière.

La bibliothèque scientifique internationale vient de s'enrichir d'un ouvrage de M. Wurtz, auquel le nom de l'auteur, sa situation dans l'enseignement supérieur, la position qu'il a prise en France comme chef d'école, donnent une importance considérable; je veux parler de la *Théorie atomique*. Ce livre est la continuation et le développement des principes exposés dans les *Leçons de philosophie chimique*, publiées en 1864, puis dans l'*Histoire des doctrines chimiques*, parue en 1868 et servant de discours préliminaire au *Dictionnaire de chimie*. Des travaux de ce genre, qui marquent les étapes successives parcourues par une théorie, qui font connaître et expliquent les résultats obtenus, les progrès réalisés dans l'étude et dans les applications d'une science expérimentale telle que la chimie, ne peuvent manquer d'offrir un vif intérêt à toutes les personnes qui, par curiosité ou par devoir professionnel, se sont trouvées mêlées au mouvement imprimé dans le cours de ces dernières années aux sciences physiques et naturelles.

La théorie atomique a eu pour but et pour résultat d'introduire en chimie deux modifications importantes : 1° pour les corps simples ou encore indécomposables, des nombres proportionnels non pas absolument nouveaux, mais différents des équivalents ; 2° une façon nouvelle d'expliquer les réactions en attribuant aux éléments ou à des groupes complexes certaines propriétés de combinaison, de substitution variables selon les circonstances. L'ouvrage de M. Wurtz est divisé en deux parties correspondant à ces deux objets; la première forme un livre qui porte ce titre : *Les atomes*; la deuxième un second livre dans lequel il est question de la doctrine de l'*atomicité*.

Chacun sait que les équivalents chimiques ne sont autre chose que la traduction de cette loi générale universellement admise : Il existe pour chaque corps simple une *quantité pondérale* telle que les combinaisons des corps simples entre eux ont toujours lieu suivant des multiples de ces quantités pondérales individuelles par des nombres très-simples, tels que 1, 1 1/2, 2, 2 1/2, 3, 3 1/2, 4, 5...

Tel est le résultat de l'expérience et, sans remonter à la notion de l'équivalence et aux raisons qui ont déterminé le choix des nombres proportionnels, on peut dire que ceux-ci représentent exactement les relations pondérales d'après lesquelles les corps se combinent entre eux.

Aucune hypothèse sur la constitution problématique de la matière n'intervient dans cette conception relativement simple; on n'envisage que les résultats fournis par des analyses et des pesées bien faites ; l'on ne se préoccupe pas plus des corps à l'état de fluides aériformes que des liquides ou des solides et naturellement pas davantage des relations volumétriques qui existent lorsque des poids déterminés de différents gaz se combinent entre eux. Dès que l'on a voulu tenir compte de ces relations, il a été indispensable de franchir les bornes de l'expérience et d'admettre d'abord l'indivisibilité physique et ensuite chimique de la matière (c'est-à-dire l'existence de petites particules, d'atomes indivisibles par les moyens physiques d'abord et par les moyens chimiques), puis l'hypothèse d'Ampère et d'Avogadro sur la constitution des corps à l'état de gaz ou de vapeurs.

Je crois inutile de rappeler l'évolution historique de l'idée atomique; dans l'état actuel, notre esprit ne parvient pas plus à comprendre comment une particule matérielle si petite qu'elle soit, mais possédant les propriétés du poids et de l'étendue, ne puisse être encore divisée et subdivisée, etc., qu'il n'arrive à concevoir, dans un ordre d'idées inverse, des lignes, c'est-à-dire des longueurs sans largeur, des êtres de

raison qui ne tombent point sous nos sens et n'existent pas dans la nature. Voltaire (*Dictionnaire philosophique*), à qui j'emprunte cette comparaison, ajoute : « Il n'est pas démontré en rigueur que l'atome soit indivisible, mais il paraît prouvé qu'il est indivisé par les lois naturelles. » C'est dans ces termes prudents qu'il convient, je pense, de rester.

L'hypothèse de l'indivisibilité de la matière rend très-bien compte de la loi des proportions définies dans les combinaisons, de la loi de Dalton sur les proportions multiples et de celle de Gay-Lussac sur les rapports simples existant entre les volumes des gaz qui se combinent entre eux et les volumes des composés qui en résultent. Les atomistes envisagent seulement la matière à l'état gazeux ; les atomes sont des particules, c'est-à-dire des volumes gazeux; leurs poids comparés à celui d'une particule gazeuse prise comme type, celle de l'hydrogène, par exemple, formeront une série de nombres proportionnels ayant un caractère plus général que les équivalents et dans lesquels interviendra une considération qui manque à ces derniers, celle des volumes.

Mais, pour fixer les nouveaux nombres proportionnels, une hypothèse nouvelle était nécessaire; c'est Avogadro et Ampère qui en ont fourni l'expression : « Les corps, ont-ils dit, à l'état de gaz ou de vapeurs sont doués de propriétés physiques identiques : cela ne peut exister qu'à la condition que volumes égaux de gaz ou de vapeurs, pris dans les mêmes conditions de température et de pression, renferment le même nombre de *particules*. » (M. Wurtz écrit *molécules*, et il entend par ce mot non pas les atomes primordiaux de certains gaz simples, mais les particules de second ordre simples ou composées, qui constituent la matière pondérable des gaz et des vapeurs.)

L'hypothèse d'Ampère doit avoir force de loi pour la recherche des poids atomiques; en effet, dès qu'on l'a acceptée, on voit que les rapports existant entre la densité des corps gazeux ou des vapeurs simples (c'est-à-dire le poids d'un volume déterminé de ces gaz ou de ces vapeurs) et la densité de l'hydrogène (c'est-à-dire le poids d'un volume égal de ce dernier gaz) représenteront les poids relatifs des particules gazeuses, puisque des volumes égaux des différents gaz ou vapeurs en renferment le même nombre.

Ce sont ces rapports de densités gazeuses que l'on a appelés *poids atomiques*, et toutes les fois qu'il a été possible de procéder de la façon indiquée, de peser un volume d'un gaz ou d'une vapeur simple et de diviser le nombre obtenu par le poids d'un même volume d'hydrogène, le quotient a été considéré comme représentant le poids atomique du corps simple gazeux ou volatil.

Il y a cependant dans le terme *poids atomique* une erreur sinon de fait, du moins de langage ; car, pour que les nombres obtenus représentassent réellement les poids des atomes, il aurait fallu que l'hypothèse d'Ampère fût rigoureusement exprimée de la façon suivante : « Volumes égaux de gaz simples renferment le même nombre d'atomes. »

M. Wurtz (p. 34) considère à juste titre cette proposition comme erronée ; partant de là, l'on est bien forcé d'admettre que les nombres fournis par les densités des gaz ou des vapeurs représentent, non plus les poids des atomes, mais des multiples ou des sous-multiples de ceux-ci. Ce sont déjà pour les corps simples des poids *particulaires* de deuxième ordre qu'il ne faut cependant pas confondre avec les poids moléculaires adoptés, lesquels sont représentés par le double des rapports entre les densités des gaz ou des vapeurs simples et composés et la densité de l'hydrogène prise comme unité.

Il n'a pas été souvent facile d'appliquer l'hypothèse d'Ampère et la recherche des densités gazeuses à la détermination des poids atomiques et des poids moléculaires des corps ; on a eu recours alors à la loi de Dulong et Petit sur les chaleurs spécifiques, et cette loi, qui donne des résultats satisfaisant aux considérations de Mitscherlich sur l'isomorphisme, peut même servir de moyen de contrôle des chiffres déjà obtenus par le premier procédé.

Regnault ne s'est point rallié à la théorie atomique, mais il a fait une étude approfondie et très-utile de la loi des chaleurs spécifiques; il a consigné dans son *Cours élémentaire de chimie* (t. III, p. 455) ses idées sur des nombres proportionnels thermiques spéciaux et différents des équivalents ordinaires. Si l'on compare les chaleurs spécifiques des corps simples, solides ou gazeux, à leurs équivalents chimiques, on arrive à cette équation :

Chaleur spécifique $\times$ équivalent = constante.

ou pour quelques corps, tels que l'*hydrogène*, l'*azote*, le *chlore*, le *brome*, l'*iode*, le *phosphore*, l'*arsenic*, le *potassium*, le *sodium*, l'*argent*, etc., à cette autre équation :

Chaleur spécifique $\times$ équivalent = constante $\times$ 2.

Je choisis des exemples :

α. Ch. spéc. de l'oxygène $\times$ équiv. de l'oxyg. (8) = 3 (constante).
β. Ch. spéc. du potass. $\times$ équiv. du potass. (39,2 = 6 (const. $\times$ 2).
γ. Ch. spéc. de l'argent $\times$ équiv. de l'argent (108) = 6 (const. 2).

Dans ce cas, la formule de la potasse anhydre est

$$KO\ (K = 39{,}2;\ O = 8);$$

celle de l'oxyde d'argent

$$Ag\,O\ (Ag = 108;\ O = 8)$$

Regnault, admettant *a priori* l'exactitude rigoureuse de la loi de Dulong, a transformé les équations précédentes; celles-ci sont devenues :

α. Ch. spéc. de l'oxyg. $\times$ équiv. de l'oxyg. (8) = 3 (constante).

β. Ch. spéc. du potassium $\times$ 1/2 équiv. du potass. $\left(\frac{39{,}2}{2} = 19{,}6\right)$ = 3 (constante).

γ. Ch. spéc. de l'argent $\times$ 1/2 équiv. de l'argent $\left(\frac{108}{2} = 54\right)$ = 3 (constante) ;

ou bien, d'après les idées de M. Canizzaro sur les métaux diatomiques :

α. Ch. sp. de l'oxyg. $\times$ 2 éq. de l'ox. (O = 8 $\times$ 2 = 16) = 6 (const.).
β. Ch. sp. du potass. $\times$ éq. du potass. (K = 39,2) = 6 (constante).
γ. Ch. sp. de l'argent $\times$ éq. de l'argent (Ag = 108) = 6 (const.).

On voit alors que la formule de la potasse anhydre devient

$$\overset{78,4}{\widehat{K^2}}\ \overset{16}{\widehat{O}}\ (K = 39{,}2;\ K^2 = 78{,}4;\ O = 16);$$

celle de l'oxyde d'argent

$$\overset{216}{\widehat{Ag^2}}\ \overset{16}{\widehat{O}}\ (Ag = 108;\ Ag^2 = 216;\ O = 16).$$

En réalité, dans cette nouvelle conception, les proportions pondérales restent absolument les mêmes et c'est toujours selon les rapports $\frac{39{,}2}{8}$ ou $\frac{78{,}4}{16}$ et $\frac{108}{8}$, $\frac{216}{16}$ que le potassium et l'argent se combinent avec l'oxygène.

Ce que je dis pour l'oxygène, le potassium et l'argent s'applique aux autres corps.

Regnault a été amené de la sorte à formuler K^2O, Na^2O, Ag^2O, les composés formulés KO, NaO, AgO... Ces expressions nouvelles, généralisant la loi de Dulong et Petit, demeurent conformes non-seulement aux lois de combinaison des corps, mais encore, et ce point est très-important, à celle de l'isomorphisme.

Les nombres obtenus diffèrent des équivalents dans le sens précis que les chimistes ont attaché à ce mot; Regnault les a appelés *nombres proportionnels thermiques*.

Ce sont ces nombres ou plus exactement ceux de Canizzaro que les atomistes ont adoptés et auxquels ils ont donné le nom de *poids atomiques ;* M. Wurtz consacre plusieurs pages à

démontrer qu'ils sont en harmonie avec les lois fondamentales de la théorie atomique; pour la loi des chaleurs spécifiques, il ne pourrait en être autrement puisque Regnault en a modifié exprès les exceptions, afin d'obtenir l'équation unique :

Chaleur spéc. × nombre proportionnel thermique = constante

qui est devenue à la suite du changement de l'un des termes :

Chaleur spécifique × poids atomique = constante

d'où

$$\text{Poids atomique} = \frac{\text{constante}}{\text{chaleur spécifique}}.$$

En résumé, les corps simples dont les poids atomiques se confondent avec les équivalents satisfont à l'égalité

(1) Chaleur spéc. × équiv. = 6 (poids atomique = équiv.);

les corps simples dont les poids atomiques sont représentés par des nombres doubles des équivalents (poids atom. = 2 éq.) satisfont à l'égalité .

(2) Chaleur spécifique × équivalent = 3.
(2') Chaleur spéc. × poids atomique (ou 2 équiv.) = 6.

La notation des poids atomiques, fondée sur l'identité des volumes gazeux des corps qui jouent le même rôle en chimie, présente sur la notation des équivalents (relations de poids entre les corps qui se déplacent réciproquement) des avantages que M. Berthelot, adversaire déclaré de la théorie, a été obligé de reconnaître : « Disons d'abord qu'en chimie organique, pour exprimer les transformations, il est utile de rapporter en général les formules des corps à des poids qui occupent le même volume gazeux. L'équivalent du carbone 6 peut aussi être doublé et identifié avec son poids atomique 12, ce qui simplifie toutes les formules. Pour l'oxygène et le soufre, il y a certainement quelque avantage en chimie organique à en doubler l'équivalent. » (*Synthèse chimique*).

Au cours de cet exposé, je n'ai pas suivi M. Wurtz dans les développements historiques détaillés qui constituent la première partie de son œuvre; il suffit de citer les titres des chapitres pour s'assurer que, dans la discussion du système atomique, rien d'important n'a été omis :

I. Introduction historique. — Richter; Dalton.
II. Loi des volumes. — Gay-Lussac; Avogadro et Ampère; Berzélius.
III. Hypothèse de Prout. — Loi des chaleurs spécifiques de Dulong et Petit. — Isomorphisme (Mitscherlich).
IV. Système des équivalents chimiques. — Notation en équivalents.
V. Système actuel des poids atomiques. — Gerhardt et Laurent; Canizzaro.
VI. Le nouveau système des poids atomiques respecte et permet de faire ressortir les analogies qui existent entre les corps. — M. Dumas; M. Mendeleïeff.
VII. Volumes atomiques et moléculaires.

La théorie de M. Mendeleïeff, que je cite rapidement, a jeté un grand jour sur les relations entre les poids atomiques et les propriétés des corps; ces dernières, en effet, sont fonction des poids atomiques, et cette fonction est périodique; la proposition du chimiste russe embrasse tous les corps de la chimie et, en comparant les poids atomiques du système actuel, il a pu ranger tous les éléments dans un seul cadre d'après la valeur croissante de leurs poids atomiques; les chiffres qui expriment ces poids ne diffèrent d'un élément à l'autre que de quelques unités; les propriétés se modifient graduellement avec l'accroissement du poids atomique, mais ces modifications ne progressent pas d'une manière continue depuis le premier terme jusqu'au dernier, elles parcourent plusieurs cycles ou périodes. Des écarts considérables se produisent quelquefois et permettent de prévoir l'existence de corps simples qui n'ont point été encore isolés; c'est ainsi que le *gallium* préparé par M. Lecoq de Boisbaudran avait déjà été, avant sa découverte, classé par M. Mendeleïeff à côté de l'aluminium, sa densité 5,9 et son poids atomique 69,9 déterminés d'avance. De tels résultats sont merveilleux et prouvent la puissance et la fécondité des vues théoriques qui les ont fait prévoir.

L'*atomicité*. — La cause première des phénomènes chimiques réside dans la diversité de la matière, chaque substance étant formée par des atomes doués d'une énergie propre et d'une aptitude particulière à la dépenser; ce sont là en quelque sorte des définitions de l'affinité et de l'atomicité. Cette dernière notion a pris pied dans la science, d'abord par les remarques faites sur divers composés polyatomiques (bases polyacides et acides polybasiques), tels que : les oxydes d'aluminium et de fer (Berzélius); l'acide phosphorique (Graham); la glycérine (Berthelot); les glycols (Wurtz); la mannite, les glycoses et les sucres (Berthelot), etc.

On a considéré ensuite que l'atomicité des corps devait dépendre de l'atomicité des radicaux qui les forment, la différence d'atomicité des radicaux s'expliquant par la différence de saturation.

Enfin la notion d'atomicité des radicaux (dépendant d'une saturation plus ou moins avancée) mène à la notion de l'atomicité des éléments eux-mêmes..

Les atomes des divers corps ne jouent pas le même rôle dans les combinaisons, ils se comportent comme s'ils étaient munis d'un certain nombre d'attaches ou de liens par lesquels ils se joignent les uns aux autres. Telle est l'idée de l'atomicité ou capacité de combinaisons de atomes, et le degré d'atomicité d'un corps ou d'un élément est représenté par le nombre d'éléments mono-atomiques avec lesquels il peut se combiner ou qu'il peut remplacer (combinaison ou substitution) dans un composé.

La loi qui domine la doctrine des atomicités est la suivante :

1° Dans une molécule d'un corps quelconque, les atomes doivent être reliés les uns aux autres d'une manière continue, c'est-à-dire que la molécule ne peut être divisée en deux ou trois groupes isolés sans liens communs.

2° Toutes les atomicités doivent être en jeu, c'est-à-dire, selon l'expression consacrée, satisfaites.

L'atomicité, qui exprime dans les éléments l'équivalence des atomes, c'est-à-dire leur valeur de combinaison ou de substitution, n'est ni absolue, ni immuable; elle peut changer dans un seul et même élément suivant les combinaisons dans lesquelles celui-ci est engagé; d'après M. Wurtz, le mot atomicité exprime moins la capacité de combinaison virtuelle et absolue d'un élément ou d'un groupe que la capacité de combinaison actuelle, la *valence* qu'il affecte dans un composé donné et qui peut varier dans d'autres composés; la progression de l'atomicité a lieu, le plus souvent, d'après deux modes différents, tantôt suivant la série des nombres pairs, tantôt suivant la série des nombres impairs; elle ramène au point de départ de la théorie, savoir : la loi des proportions multiples de Dalton.

La doctrine de la *quantivalence* des atomes, malgré les exceptions qu'elle comporte encore, a permis de rendre compte de la constitution des corps; à l'aide de quelques règles très-simples, on arrive facilement à comprendre le mécanisme d'un grand nombre de réactions donnant naissance aux composés les plus complexes, ceux, par exemple, dérivés de l'ammoniaque et qui forment la grande classe des amides, des nitriles, des acides amidés, des imides, des amines, des corps faisant partie du groupe urique, etc.; de plus, le graphisme ingénieux qui a servi à M. Kékulé à expliquer la façon dont les atomes polyatomiques sont liés ensemble, se saturent les uns par les autres, les diverses fonctions que deviennent capables de remplir ces différentes combinaisons, les isoméries

qu'elles présentent et l'application de toutes ces notions aux corps de la série aromatique dérivés de l'hydrocarbure spécial benzine, a rendu de très-réels services à la théorie; je dois ajouter que ces vues sur la position respective des atomes ou des groupes dans les corps ne peuvent recevoir une explication suffisante par la construction de figures tracées sur un plan et ne possédant que deux dimensions.

La théorie n'explique pas encore les phénomènes résultant de la combinaison qui s'effectue entre des composés déjà saturés par des éléments mono-atomiques; les hydrates, les sels hydratés, les sels doubles sont dans ce cas. M. Frankland a trouvé le mot d'union ou de combinaison moléculaire pour exprimer ces états nouveaux; il faut bien dire que dans les sciences expérimentales une dénomination ne suffit pas pour rendre compte des faits, et qu'à ce dernier point de vue on n'a encore émis que des hypothèses qui, d'après M. Wurtz lui-même, sont loin d'être satisfaisantes.

Tels sont les objets principaux développés dans la deuxième partie de la « Théorie atomique ». — Je regrette de ne pouvoir davantage insister sur la classification des corps simples d'après leurs fonctions chimiques et leur atomicité, sur la notation, les types moléculaires de Williamson et de Gerhardt, les radicaux d'atomicités diverses et une foule d'autres considérations importantes présentant un si vif intérêt.

Dans un chapitre final, M. Wurtz trace un résumé des idées actuelles de l'école sur la constitution de la matière. Les atomes ont une étendue définie, ils sont cependant indivisibles; une force élective, l'affinité, les attire, les unit pour former des molécules animées de mouvements propres dans un milieu insaisissable, l'éther, qui paraît avoir une densité spéciale et dont les mouvements vibratoires se transmettent incessamment à la matière atomique; les propriétés des corps simples et composés sont probablement fonction de la nature intime des atomes, de leur forme et de leur mode de mouvement. — Nous nous trouvons transportés ici dans le domaine de la métaphysique pure; l'analyse de cette partie de l'œuvre de M. Wurtz devient à peu près impossible et, pour la goûter et l'apprécier comme il convient, il la faut lire à tête reposée et sans en omettre un mot.

On en peut retirer cet enseignement, c'est que la *notation atomique* résumant et conciliant en quelque sorte les découvertes les plus importantes relatives aux combinaisons chimiques, celles de Richter, de Dalton, de Gay-Lussac; reposant sur une application rigoureuse de la loi des volumes découverte par ce dernier, interprétée par Avogadro et Ampère, appuyée sur les bases de l'expérience, reste définitivement acquise.

En sera-t-il de même de l'atomicité ou plutôt de la valeur des atomes? M. Wurtz le pense et, dans sa conviction, ces considérations devraient survivre même à l'hypothèse des atomes, si celle-ci devait être remplacée un jour par une hypothèse plus générale.

A. Vidau.

Index bibliographique.

Traité de thérapeutique médicale, par M. Ferrand, médecin des hôpitaux. — Paris. J.-B. Baillière et fils.

Le livre de M. Ferrand est conçu à un point de vue tout différent du *Traité classique de thérapeutique et de matière medicale* de MM. Trousseau et Pidoux. L'auteur a laissé de côté la matière médicale pour se placer au point de vue exclusif de l'indication clinique. Les grands états morbides qui sont la source de ces indications sont classés en douze chapitres : troubles nerveux, circulatoires, nutritifs, altérations du sang, fièvres, maladies constitutionnelles, etc.... A ces troubles généraux se rapportent les principales affections du cadre nosologique. Les indications thérapeutiques que présente chacune d'elles sont étudiées isolément. Il ne faut donc pas chercher dans ce livre la classification des médicaments, l'étude de leurs propriétés, dosage, mode d'emploi. Ces notions sont supposées acquises, et l'auteur ne s'attache qu'à indiquer les moyens de satisfaire aux indications qu'il détermine.

Quel que soit le jugement que l'on porte sur cette manière d'envisager la thérapeutique, qui peut paraître prématurée, l'accomplissement d'une pareille tâche suppose chez celui qui la poursuit de longues méditations sur les problèmes les plus ardus de la pathologie générale et une grande expérience clinique. C'est une œuvre médicale au premier chef. Le plan en a d'ailleurs été adopté dans un traité plus récent de thérapeutique. La méthode est la même, et il eût été intéressant de connaître les motifs qui ont déterminé l'auteur à suivre la même voie que son prédécesseur, M. Ferrand.

Le corps humain. Structure et fonctions; dessins par Ed. Cuyer, lauréat de l'Ecole des beaux-arts; texte par le docteur Kuhff.— Paris, 1878. J.-B. Baillière et fils.

Cet ouvrage est particulièrement destiné à ceux qui ont besoin de se faire une idée juste des formes extérieures, des régions anatomiques, de la situation des principaux organes, sans passer par les études sérieuses d'anatomie, qui sont la base de la science médicale. C'est aux artistes, aux gens du monde qu'il est adressé.

Les auteurs se sont attachés à rendre ces notions élémentaires plus facilement abordables à l'aide de planches coloriées, découpées et superposées, de manière à ce qu'on puisse étudier sur une même figure la disposition des différents plans des principales régions.

Un texte explicatif guide le lecteur dans l'étude de ces planches et lui donne chemin faisant quelques indications sur la structure, les fonctions des principaux organes.

L'ouvrage pourra être utilement employé pour l'enseignement élémentaire des colléges, pour les cours publics des associations ouvrières, dans toutes les occasions où il s'agira de donner un aperçu sommaire de l'organisation.

Les planches sont faites avec soin et le texte a la simplicité et la clarté nécessaires.

Tableaux d'anatomie. Le système nerveux; par M. J. Alavoine. — Paris. Germer Baillière et Cie.

Sur une planche de grand format, M. J. Alavoine, ex-interne des hôpitaux de Versailles, a représenté dans un schéma l'origine et la distribution des nerfs rachidiens, des nerfs crâniens et du système nerveux périphérique. C'est une sorte d'aide-mémoire que l'élève pourra consulter à la veille d'un examen, et dans lequel le praticien plus ou moins brouillé avec l'anatomie pourra rafraîchir des souvenirs un peu effacés.

VARIÉTÉS

LE PROFESSEUR TARDIEU.

Des députations de la Faculté et de l'Académie de médecine, suivies d'une foule nombreuse de confrères et d'amis, rendaient, mercredi dernier, les derniers devoirs au professeur Ambroise Tardieu. Une longue maladie, dont les premières atteintes remontaient à plusieurs années, le tenait depuis quelques mois éloigné de ses occupations. La vaste nef de l'église de la Madeleine ne suffisait pas à contenir le long cortége de ceux qui avaient voulu donner à sa mémoire une dernière preuve de sympathie.

Bien que Tardieu ait dû surtout sa grande réputation à ses travaux de médecine légale et à la façon brillante dont il remplissait ses fonctions de médecin légiste, il doit compter au nombre des pathologistes les plus distingués de son époque. On en a la preuve dans un de ses premiers ouvrages, le *Manuel de pathologie interne*, dont le succès a été considérable. Sous une forme modeste cet ouvrage était un remarquable résumé des notions élémentaires de la pathologie et indiquait déjà chez son auteur de rares facultés d'exposition. Les nombreuses éditions n'en ont pas encore épuisé le succès.

Les ouvrages de médecine légale de Tardieu sont tous devenus classiques. Le *Traité des empoisonnements*, publié

en collaboration avec le docteur Roussin, contient des idées nouvelles sur la recherche des poisons et une sorte de réaction contre certains principes d'Orfila. Tandis que ce dernier s'attachait surtout aux recherches chimiques, à la démonstration matérielle de l'empoisonnement, Tardieu prouva que dans beaucoup de cas, principalement dans les empoisonnements par les alcaloïdes végétaux, alors que les recherches chimiques peuvent demeurer sans résultats, une autre voie s'ouvre au médecin expert dans l'étude de la symptomatologie. En provoquant chez des animaux, à l'aide de matières empruntées aux organes suspects, des accidents semblables à ceux qui avaient causé la mort de la victime, on pouvait arriver à déterminer la cause de l'empoisonnement, alors que toutes les investigations chimiques restaient stériles.

Le *Traité de l'attentat aux mœurs* est arrivé aujourd'hui à sa septième édition. L'*Etude sur les avortements* et enfin le *Dictionnaire d'hygiène et de salubrité* (en quatre volumes), sont des ouvrages qui assurent à leur auteur un rang éminent parmi les médecins légistes.

A côté de ces ouvrages spéciaux viennent se placer d'intéressants mémoires sur le choléra, sur le diagnostic anatomique des névroses, sur la morve et le farcin, etc., et de nombreux travaux publiés dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*. La liste complète en serait trop longue pour figurer ici.

On voit à combien de sujets s'attaquait l'activité scientifique de Tardieu. Cette rare ardeur jointe à une merveilleuse facilité de travail, à une remarquable faculté d'assimilation, est peut-être ce qui caractérise le mieux le talent du regretté professeur. Tous ces dons étaient rehaussés par une facilité d'élocution, une élégance de parole qui donnaient un grand charme à son enseignement.

Les occupations multiples qui surchargeaient la vie de Tardieu lui laissaient peu de temps pour la clinique hospitalière. Ceux d'entre nous qui l'ont suivi à une époque où il pouvait consacrer plus de temps au service des hôpitaux ont pu apprécier ses qualités éminentes de clinicien. Personne ne savait mieux que lui se tirer des difficultés d'un examen compliqué, et arriver sûrement au diagnostic. Nul doute que si cette voie eût été choisie par lui, il n'eût acquis une haute position dans l'enseignement clinique.

Tardieu eut pendant quelques années les honneurs du décanat. Son accueil facile, sa bienveillance, étaient à ce moment fort appréciés des élèves; on n'a pas oublié cependant les scènes de désordre qui eurent lieu à son cours après les fâcheux scandales du congrès de Liége, et les incidents qui amenèrent alors sa démission.

B.

BANQUET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Au moment où l'on mettait sous presse notre dernier numéro, avait lieu à la Faculté de médecine de Paris, dans la salle des assemblées, artistement disposée pour la circonstance, le banquet offert par MM. les professeurs à M. le ministre de l'instruction publique. Ce banquet, qui n'avait pas été provoqué par une circonstance spéciale, et qui n'avait d'autre motif que la reconnaissance de la Faculté envers un ministre soucieux des intérêts de l'enseignement médical, a été suivi d'une soirée intime à laquelle avaient été conviés tous les membres du personnel enseignant et les fonctionnaires de la Faculté.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS (*séance annuelle le 22 janvier, à trois heures et demie*). — Ordre du jour : allocution de M. le président Guyon; compte rendu des travaux, par M. Horteloup, secrétaire annuel; éloge de Bouvier, par M. de Saint-Germain, secrétaire général; proclamation des prix, par M. le secrétaire annuel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉLYSÉE. — La Société vient de constituer son bureau pour l'année 1879, de la manière suivante : *président*, M. Fieuzal; *vice-président*, M. Peter; *secrétaire général*, M. Gouël; *secrétaires des séances*, MM. Blache, Boucoumont; *secrétaire trésorier*, M. Guillon.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade de commandeur : MM. Baizeau (Anacharsis), médecin inspecteur; Champenois (Paul-Athanase), médecin principal de 1re classe.

Au grade d'officier : M. Duprat (Alphonse-Léopold), médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Peter, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Danguillecourt (Frédéric-Gabriel), médecin de 2e classe de la marine; Destrem (Marie-Antoine), médecin de 2e classe de la marine; Roux (César-Louis), médecin auxiliaire de 2e classe de la marine; Roussin (Henri), médecin auxiliaire de 2e classe de la marine; Péchaud (Jacques-Joseph), médecin-major de 2e classe; Sérizial (Charles-Victor-Emile), médecin aide-major de 1re classe; Cavoret, médecin à Duclair (Seine-Inférieure).

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES MÉDECINS MORTS DE LA FIÈVRE JAUNE AU SÉNÉGAL. — Le corps de santé de la marine vient d'ouvrir une souscription pour élever un monument à la mémoire de ceux des seurs qui ont succombé à la fièvre jaune du Sénégal. La Société d'anthropologie s'est associée à la souscription pour une somme de 300 francs, en souvenir de l'un de ses membres, le docteur Bougarel, qui a été l'une des premières victimes.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE. — M. le professeur Wurtz a été nommé président du Comité en remplacement de M. Tardieu.

FIÈVRE JAUNE AU SÉNÉGAL. — Un service funèbre solennel a été célébré, hier matin, à la cathédrale de Toulon, en mémoire des médecins, des pharmaciens et des officiers de la marine et de l'infanterie de marine, morts victimes de la fièvre jaune, au Sénégal. Tous les officiers de terre et de mer assistaient à cette cérémonie, qui a eu un caractère très-imposant.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences sur les maladies mentales le dimanche 19 janvier, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

AVIS. — Le docteur Romain-Vigouroux (de Paris) désire faire savoir à ses confrères qu'il n'a rien de commun avec un sieur Vigouroux qui distribue des prospectus dans diverses villes de l'ouest, en se disant *médecin spécialiste de Paris*.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 3 au 9 janvier 1879, on a constaté 1005 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 19. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 3. Variole, 10. — Croup, 18. — Angine couenneuse, 14. — Bronchite, 14. — Pneumonie, 92. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 6. — Erysipèle, 4. — Autres affections aiguës, 249. — Affections chroniques, 452 (dont 159 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 53. — Causes accidentelles, 25.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 4 24 JANVIER 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

HISTOIRE ET CRITIQUE

SUR LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DES MODIFICATIONS DU POULS EN RAPPORT AVEC LES MOUVEMENTS DE LA RESPIRATION.

Kussmaul a désigné sous le nom de « pouls paradoxal » la modification produite sur le pouls artériel par les mouvements respiratoires et spécialement caractérisée par la diminution d'amplitude du pouls pendant l'inspiration. Cet auteur avait attribué une certaine importance diagnostique à cette modification du pouls, en la considérant comme particulière à la *médiastino-péricardite calleuse*, observation déjà faite par Griesenger en 1856 (thèse de Widemann sur la médiastinite).

Depuis quelques années, plusieurs physiologistes et cliniciens allemands, Riegel, Bäumler, Sommerbrodt, etc., se sont occupés de cette question et ont émis des opinions différentes sur la signification diagnostique des modifications respiratoires du pouls. Aujourd'hui, le clinicien doit se demander, en considérant les résultats peu concordants des travaux publiés sur la question, jusqu'à quel point il peut tirer parti du signe sur lequel avaient insisté Griesinger et Kussmaul, et qui depuis a été attribué aux lésions thoraciques les plus variées, si même la valeur diagnostique n'en a pas été presque absolument contestée.

Nous essayerons de fournir dans cette revue critique des éléments suffisants pour qu'on puisse se faire une opinion motivée : les conclusions que nous aurons à tirer nous-même de l'examen des principaux travaux étrangers et de l'exposé des faits qu'il nous a été donné d'observer seront aussi réservées que possible, le présent travail étant surtout destiné à grouper sous les yeux du lecteur les différents points du sujet.

Widemann rapporte dans sa thèse inaugurale (*Contribution à l'étude de la médiastinite*, 1856) une observation due à Griesinger, et dans laquelle le pouls présentait ce caractère spécial de devenir presque imperceptible au doigt pendant l'inspiration : il s'agissait d'une péricardite chronique avec adhérences du péricarde et des parois du médiastin.

En 1873, Kussmaul, alors professeur à Fribourg (Brisgau), publia dans le *Berliner klinische Wochenschrift*, n°s 37, 38 et 39, un travail intitulé : *De la médiastino-péricardite calleuse et du pouls paradoxal.*

Dans cette forme de péricardite le péricarde fibreux a été envahi et l'inflammation, s'étant étendue au tissu cellulaire du médiastin, y a provoqué la formation de brides fibreuses, de fausses membranes calleuses, qui fixent quelquefois l'aorte au sternum et deviendraient ainsi la cause de la modification du pouls que Kussmaul appelle *pouls paradoxal*. Pendant l'inspiration le pouls devient filiforme, parfois imperceptible au doigt quoique toujours persistant sur les tracés ; il reprend son amplitude pendant l'expiration. L'auteur suppose que l'atténuation si remarquable du pouls au moment de l'inspiration est due à la traction que le sternum, dans son mouvement de projection en avant, exerce sur l'aorte par l'intermédiaire des brides médiastines. Ce qu'il considère comme paradoxal c'est que, le cœur continuant à fonctionner d'une façon normale, le pouls artériel devienne assez petit pour disparaître sous le doigt.

A partir du travail de Kussmaul, on a donc désigné sous le nom de pouls paradoxal l'*affaiblissement inspiratoire du pouls.*

Ch. Bäumler un peu plus tard (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. XIV, p. 455, 1875) reprit l'étude clinique de l'effet de l'inspiration sur le pouls. Il étendit la signification du pouls paradoxal que Kussmaul avait considéré comme un signe de la médiastino-péricardite, et, tenant compte des faits physiologiques que nous rappellerons plus loin, il envisagea cette modification du pouls dans un certain nombre d'affections thoraciques. Bäumler admit deux groupes de cas dans lesquels le pouls devient très-petit et disparaît presque complétement dans l'inspiration :

1° Obstacles à l'entrée de l'air dans les poumons (augmentation de la pression négative inspiratoire) ;

2° Obstructions mécaniques se manifestant pendant l'inspiration, gênant le libre cours du sang dans l'aorte et diminuant le pouvoir propulsif du ventricule gauche.

Au premier groupe se rattachent la sténose des voies aériennes et spécialement le croup laryngé, ainsi que la bronchite capillaire dans laquelle l'air ne peut pénétrer dans les alvéoles ;

Au second groupe appartiennent les cas analogues à ceux de Griesinger et de Kussmaul, dans lesquels le pouls s'affaiblit pendant l'inspiration en même temps qu'il se produit, à l'inverse des conditions normales, un gonflement inspiratoire des veines jugulaires.

Bäumler rapporte un cas d'affaiblissement du pouls pendant l'inspiration, dans lequel il n'y avait pas de médiastino-péricardite, mais un épanchement hémorrhagique dans le péricarde et dans la plèvre.

Quoique dans cette observation le « pouls paradoxal » ait été constaté sans qu'il y eût d'adhérences médiastines, cela n'enlève pas au signe de Griesinger et de Kussmaul sa valeur diagnostique dans la médiastino-péricardite, mais il faut qu'il existe en même temps un gonflement des veines du cou pendant l'inspiration. (*Schmidt's Jarhbücher*, vol. CLXX, p. 60, 1876.)

On voit que d'après Bäumler « le pouls paradoxal », tout en restant un symptôme de la médiastino-péricardite, peut se rencontrer dans l'épanchement du péricarde et dans les cas d'obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons.

La signification de cette modification du pouls va s'étendre davantage encore, si nous considérons les résultats des recherches de Riegel.

Dans un premier travail : *Sur les changements de pression dans l'artère radiale* (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1876), Riegel dit qu'on doit supposer que les variations de la pression dans les artères périphériques doivent être plus importantes quand il y a des obstacles à la respiration. L'examen de plusieurs malades atteints de sténose laryngée lui a montré que l'exagération des modifications respiratoires du pouls coïncide avec une exagération des obstacles au passage de l'air, et il a vu disparaître complétement les variations du pouls quand la rémission des symptômes laryngés s'est produite.

Le même auteur, dans un second travail sur ce sujet (*Des variations respiratoires du pouls et du pouls paradoxal*; *Berl. klin. Wochensch.*, 1876, n° 26), présente près de cinq cents courbes du pouls recueillies avec le sphygmographe de Marey. Ses observations montrent que l'affaiblissement du pouls pendant l'inspiration et son renforcement pendant l'expiration ne suffisent pas pour établir le diagnostic de médiastino-péricardite calleuse. Riegel a également observé ces modifications chez de jeunes sujets en bonne santé sous l'influence des respirations profondes. (*Med. chir. Rundschau*, 1877, n° 9.)

Nous voici arrivés à une phase de la question où le « pouls paradoxal » non-seulement ne constitue plus un signe spécial à une affection déterminée, et s'observe dans un certain nombre d'affections thoraciques s'accompagnant de gêne au passage de l'air, mais encore se retrouve chez des sujets sains respirant d'une certaine manière.

La conclusion qui paraîtrait dès maintenant rigoureuse au point de vue pratique, c'est que le clinicien ne doit attendre aucune lumière de la constatation de ce phénomène qui devient un symptôme banal. Cependant il existe en clinique un grand nombre de phénomènes morbides qui, pris isolément, n'ont aucune signification particulière, mais dont la combinaison avec d'autres phénomènes est susceptible de fournir les plus utiles renseignements. Peut-être le pouls paradoxal est-il du nombre? C'est ce que nous aurons à discuter plus loin. Mais, avant d'aborder ce point de notre étude, arrêtons-nous aux critiques qu'un autre auteur allemand, Sommerbrodt, a adressées aux recherches de Riegel.

Sommerbrodt a publié dans le *Berliner klinische Wochenschrift* (n° 42, octobre 1877) un mémoire dont le titre indique assez la tendance : *Contre la théorie du pouls paradoxal*. D'après Sommerbrodt, Riegel aurait attribué une valeur clinique exagérée aux variations respiratoires du pouls, et la cause de son erreur serait dans le défaut de sensibilité de l'appareil dont il s'est servi, le sphygmographe de Marey. Avec le sphygmographe qu'il a inventé et sur les mérites duquel nous n'avons point à discuter ici, Sommerbrodt a constaté que tous les sujets, sains ou malades, jeunes ou vieux, présentent le pouls dit paradoxal, c'est-à-dire que, chez tous, les mouvements de la respiration retentissent sur le pouls radial. Cela n'empêche point l'auteur de convenir que le rétrécissement des voies aériennes supérieures ainsi que des plus petites bronches, les adhérences des gros vaisseaux avec les organes voisins, constituent autant de circonstances favorables à l'exagération des influences respiratoires sur le pouls.

Or, si nous nous reportons aux recherches de Bäumler, nous y voyons que le croup laryngé et la bronchite capillaire entraînent l'exagération des influences respiratoires sur le pouls; nous retrouvons la même indication chez Riegel qui insiste particulièrement sur la sténose laryngée; dans les travaux de ces deux auteurs, les adhérences des gros vaisseaux à la paroi thoracique sont admises, comme elles l'avaient été d'une manière plus exclusive par Griesinger, Widemann et Kussmaul, au nombre des conditions de production du « pouls paradoxal », toutes choses reconnues justes par Sommerbrodt. D'autre part Riegel dit dans son second mémoire que la respiration agit énergiquement sur le pouls chez les jeunes sujets, ce qu'admet également Sommerbrodt. Il ajoute seulement qu'on constate les mêmes influences, à un moindre degré, chez tous les sujets soumis à l'application de son sphygmographe.

Nous voyons par conséquent que ce phénomène du « pouls paradoxal », pour avoir perdu peu à peu son caractère spécial, n'en reste pas moins intéressant à déterminer dans ses rapports avec un certain nombre d'affections des organes respiratoires ou circulatoires : s'il existe normalement, il est assez peu marqué pour ne point frapper l'observateur; c'est son exagération seule qui reste importante à connaître.

Un exposé sommaire du mode d'action de la respiration sur le pouls nous permettra d'arriver à certaines notions précises, de comprendre pourquoi les influences respiratoires s'exagèrent dans des cas aussi variés en apparence, et même de prévoir que cette exagération doit exister dans une lésion thoracique déterminée. Dans le cours de cet examen, nous verrons que les auteurs n'ont peut-être pas tiré des résultats physiologiques tout le profit qu'on en pouvait attendre.

Résumé physiologique. — Les mouvements alternatifs de dilatation et de resserrement de la poitrine agissent sur la circulation artérielle et veineuse en accélérant et en retardant tour à tour le cours du sang. Ces influences respiratoires présentent elles-mêmes certaines variations : 1° elles sont de sens différent suivant des conditions déterminées; 2° elles s'étendent plus ou moins loin dans les vaisseaux périphériques, et ont plus ou moins d'importance. Examinons successivement ces deux points, en nous occupant seulement de la circulation artérielle.

1° *Sens des variations produites par les mouvements respiratoires dans la circulation artérielle.* — L'inspiration étant essentiellement caractérisée par l'exagération de l'aspiration thoracique, on doit s'attendre à voir le cours du sang artériel ralenti pendant cette phase de la respiration, d'où l'affaiblissement du pouls à ce moment. Inversement, quand les parois thoraciques reviennent sur elles-mêmes pendant l'expiration, les gros vaisseaux artériels contenus dans la poitrine ne subissent plus l'aspiration exagérée de la phase respiratoire précédente, et le pouls doit se relever dans les artères périphériques.

Ces variations si évidentes *à priori*, la diminution de la circulation artérielle périphérique pendant l'inspiration, son exagération pendant l'expiration, peuvent être cependant complétement renversées.

Elles se produiraient forcément dans le sens indiqué si la poitrine intervenait seule dans les actes mécaniques de la respiration, mais il faut bien se rendre compte qu'il survient en même temps du côté de l'abdomen des variations de pression qui agissent pour leur part, et d'une façon inverse, sur la circulation artérielle générale.

Au moment où le diaphragme s'abaisse, il détermine dans la cavité de l'abdomen une augmentation de pression qui retentit sur la portion abdominale de l'aorte et sur les grosses branches qu'elle fournit : de telle sorte que, si nous avons du côté de la poitrine une cause de ralentissement de la circu-

lation artérielle, nous voyons se produire du côté de l'abdomen une influence antagoniste qui doit plus ou moins neutraliser la première. Le réservoir aortique se trouve en effet soumis à deux influences opposées : l'une aspiratrice, s'exerçant sur sa partie supérieure, l'autre compressive, s'exerçant sur sa partie inférieure : que ces deux influences soient égales, la circulation artérielle périphérique sera modifiée d'une façon insignifiante; si l'influence aspiratrice du thorax prédomine, comme c'est chez l'homme le cas le plus ordinaire, la pression artérielle s'abaissera, le pouls s'affaiblira pendant l'inspiration; si c'est au contraire, l'influence compressive de l'abdomen qui l'emporte, comme il arrive souvent dans les expériences chez les animaux attachés sur le dos et chez l'homme dans certaines conditions, la pression artérielle s'élèvera, le pouls s'exagérera pendant l'inspiration.

Les phénomènes étant de sens inverse pendant l'expiration, nous verrons, quand l'influence thoracique sera prédominante, la pression s'élever pendant l'expiration, s'abaisser au contraire si c'est l'influence abdominale qui prend la plus grande importance.

Avant d'aller plus loin, et pour bien fixer les idées, dégageons ces notions préalables en les réunissant sous forme de tableau.

Prédominance de l'action thoracique.

Inspiration.	Diminution de la pression artérielle, Affaiblissement du pouls.
Expiration.	Augmentation de la pression artérielle, Exagération de la force du pouls.

Prédominance de l'action abdominale.

Inspiration.	Augmentation de la pression artérielle, Exagération de la force du pouls.
Expiration.	Diminution de la pression artérielle, Affaiblissement du pouls.

On trouvera ces considérations développées tout au long dans le livre de M. Marey sur la Physiologie médicale de la circulation du sang (p. 284 à 292); on y pourra voir aussi l'application qu'en avait faite M. Marey, dès 1863, au diagnostic du siége des lésions respiratoires.

A. « Toute gêne au passage de l'air à travers les voies respiratoires augmente *les influences thoraciques* et produit en conséquence l'ascension de la ligne d'ensemble du tracé pendant l'expiration, sa descente pendant l'inspiration...

B. « Toute gêne à l'ampliation de l'abdomen produira l'effet inverse : l'ascension de la ligne d'ensemble au moment de l'inspiration, sa descente pendant l'expiration (Marey, *loc. cit.*, p. 291). »

C'est seulement à la première de ces deux conclusions (A) que se rapporte tout ce qui a été écrit sur les modifications respiratoires du pouls au point de vue pathologique. Tous les cas observés par Bäumler, Riegel, Sommerbrodt, étaient relatifs à des obstacles à la respiration siégeant sur le trajet des voies aériennes.

Quant à l'application pratique de la seconde conclusion (B), elle n'a point été faite, à notre connaissance : les cas de gêne directe ou indirecte aux mouvements du diaphragme sont cependant assez fréquents, et il serait à désirer que la contre-partie de ces recherches fût poursuivie : on arriverait sans doute à décrire une nouvelle forme de « pouls paradoxal » caractérisée, à l'inverse de la première, par l'exagération de la force du pouls pendant l'inspiration.

Il y a donc encore à faire, comme nous le disions tout à l'heure, si l'on veut tenir compte des données physiologiques relatives aux influences des mouvements de la respiration sur la circulation artérielle, ces influences pouvant être de sens contraire suivant le type respiratoire thoracique ou abdominal.

2° *Jusqu'où s'étendent ces influences respiratoires dans le système artériel, et quelle en est l'importance?* — Nous avons vu que Sommerbrodt a constaté avec son sphygmographe que les variations respiratoires du pouls retentissent normalement jusque dans l'artère radiale. On peut aller plus loin encore : les influences de la respiration sur la circulation artérielle se font sentir même dans les artères du plus petit calibre, comme il est facile de le constater sur tous les tissus riches en vaisseaux. Il suffit d'examiner les courbes recueillies en plongeant la main dans un appareil à déplacement convenablement disposé, pour s'assurer que la masse érectile constituée par les artères et artérioles de l'extrémité du membre supérieur subit des mouvements d'expansion et de resserrement rhythmés avec la respiration : ces faits ont été étudiés longuement par Mosso et par nous-même dans nos recherches sur les changements de volume des organes périphériques (1875-1876). On acquiert plus aisément encore la certitude que les influences respiratoires agissent jusque sur les plus petits vaisseaux en examinant les changements de niveau du pus ou du sang dans une plaie osseuse pendant qu'on applique la main sur la poitrine du sujet... Il suffit par conséquent de se placer dans des conditions d'observation suffisantes pour rester convaincu que les influences respiratoires s'étendent normalement jusqu'à la périphérie de l'arbre artériel.

Ceci ne fait point de doute, et c'est seulement l'exagération notable de ces modifications périphériques de la circulation artérielle qui importe au point de vue pathologique.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES.

1° *Cas dans lesquels s'observent les influences exagérées des mouvements de la respiration sur le pouls.* — Nous savons par quel mécanisme les obstacles au passage de l'air produisent l'exagération des variations respiratoires du pouls : l'aspiration thoracique s'exerce d'autant plus énergiquement sur l'aorte et les vaisseaux qui en partent qu'elle est moins rapidement satisfaite par l'entrée de l'air dans le poumon; réciproquement, si l'air sort difficilement de la poitrine, le retrait des parois thoraciques agit sur la circulation artérielle pour en augmenter l'importance à la périphérie. On trouvera par conséquent le *pouls* dit *paradoxal* dans tous les cas où un obstacle suffisant existera soit au niveau des orifices d'entrée (obstruction des narines, polype naso-pharyngien, œdème aryténo-épiglottique), soit à l'intérieur du larynx, de la trachée, des bronches, ou à leur surface extérieure, soit enfin dans le poumon lui-même, pourvu que la cause de la gêne respiratoire soit, comme dans la bronchite capillaire et pseudo-membraneuse, suffisamment étendue, et que, d'autre part, les mouvements respiratoires conservent une énergie assez grande pour produire des effets mécaniques notables.

Jusqu'ici il ne s'est agi que d'obstacles matériels, rétrécissement, tumeurs, accumulation de produits inflammatoires; mais certaines lésions nerveuses directes ou réflexes ne pourraient-elles pas produire le même effet?

Comme exemple des lésions nerveuses diverses auxquelles nous faisons allusion, citons celles du récurrent. De nombreuses causes d'altérations de ce nerf peuvent se rencontrer dans la poitrine (ganglions, tumeurs du médiastin, anévrysmes) ou sur son trajet cervical (tumeurs ganglionnaires,

goître, etc.). Les effets de la paralysie du récurrent sur l'orifice glottique sont bien connus, et si l'orifice glottique est naturellement étroit comme chez les jeunes sujets, si la glotte inter-aryténoïdienne ne laisse pas à l'air un passage suffisant, il peut se faire que dans les lésions paralytiques des récurrents l'air entre dans la poitrine avec une trop grande lenteur eu égard à l'intensité de l'aspiration thoracique et qu'alors les variations respiratoires exagérées du pouls apparaissent. C'est du moins ce qui se produit chez les animaux auxquels on a fait la double section des pneumogastriques sans trachéotomie préalable.

Parmi les troubles nerveux indirects, d'ordre surtout réflexe, nous citerons en passant le spasme laryngé, pour arriver tout de suite au spasme bronchique, qui semble caractéristique de certaines formes d'asthme.

Quand les malades atteints d'asthme spasmodique dilatent leur poitrine au maximum sans parvenir à faire pénétrer l'air jusqu'au contact de leurs alvéoles pulmonaires, il semble évident qu'ils se trouvent passagèrement dans les conditions des sujets dont les bronches sont obstruées. Cette obstruction bronchique survient du reste chez les asthmatiques à un moment donné de leur accès, mais au début de chaque accès il paraît logique de les considérer comme en proie à un resserrement spasmodique des petites bronches. Or, chez ces malades dont toutes les variations de la pression thoracique retentissent presque en totalité sur la circulation, on doit obtenir avec une intensité remarquable les variations respiratoires de la circulation périphérique.

2° Si, des organes respiratoires, nous passons aux organes de la circulation eux-mêmes, nous allons retrouver d'abord les cas de médiastino-péricardite calleuse (Kussmaul).

On sait que Kussmaul a attribué l'*affaiblissement inspiratoire* du pouls dans ces conditions à la traction exercée sur l'aorte par les brides fibreuses du médiastin pendant le déplacement du sternum en avant. Bien qu'il n'y ait aucune raison de douter du mécanisme invoqué par Kussmaul, on pourrait cependant discuter telle ou telle autre hypothèse tout aussi plausible en apparence, par exemple la lésion des récurrents qui déterminerait un trouble respiratoire suffisant par lui-même pour expliquer la production du pouls paradoxal. Cette hypothèse fut émise, il y a quelque temps, à la Société de biologie, par M. Hanot, à propos d'une communication dont il sera question tout à l'heure.

Rien ne contredit absolument l'opinion de Kussmaul relativement au mécanisme du « pouls paradoxal » dans la médiastino-péricardite calleuse, mais rien non plus n'en démontre l'exactitude. Il faut en outre tenir compte d'un fait qui paraît être capital au point de vue du diagnostic de cette affection, c'est-à-dire du *gonflement des veines du cou pendant l'inspiration.* Normalement, c'est tout l'inverse qui se produit et par des raisons bien connues : ici, à quoi peut-on attribuer cette anomalie de la circulation veineuse ? Ce serait précisément à un mécanisme identique à celui qui détermine, d'après Kussmaul, la diminution inspiratoire du pouls : les brides fibreuses, qui exercent une traction sur l'aorte et gênent l'issue du sang artériel, détermineraient en même temps une compression veineuse intra-thoracique et suspendraient plus ou moins complétement l'afflux du sang veineux dans la poitrine. Quel qu'en soit le mode de production, ce gonflement veineux de la base du cou pendant l'inspiration est noté comme accompagnant le « pouls paradoxal » dans toutes les observations que nous connaissons de médiastino-péricardite calleuse. Ce serait peut-être à la réunion de ces deux signes qu'il faudrait attribuer de l'importance et non point isolément à l'un des deux. Ainsi on se rappelle le cas de Bäumler, que nous avons cité plus haut, dans lequel un malade présenta le « pouls paradoxal » mais sans gonflement veineux inspiratoire. Ce malade était atteint de péricardite avec épanchement hémorrhagique sans adhérences médiastines. Au contraire, dans plusieurs cas décrits par P. Cantilena, les deux signes se trouvèrent réunis et le diagnostic fut fait avec une précision satisfaisante.

Voici le résumé de ces faits : les cas de péricardite observés par cet auteur affectaient la forme fibreuse et les lésions s'étendaient au tissu cellulaire du médiastin, du péricarde à l'arc aortique. Parmi les symptômes spéciaux, ceux que présente le pouls ont été considérés comme les plus importants :

« *Pendant les inspirations profondes, le pouls devient petit et irrégulier et diminue au point de disparaître,* ce qui est dû à la dilatation du thorax et à l'élévation du sternum ; les adhérences qui unissent celui-ci au péricarde agissent de telle façon sur l'aorte qu'elles en effacent plus ou moins le calibre. Les veines du cou sont dilatées comme dans les cas de péricardite ordinaire, mais à un degré beaucoup plus considérable et, quand le déplacement du sternum se produit au moment de l'inspiration, ces veines se gonflent davantage, ce qui est exactement l'inverse des conditions normales. Un autre signe important est l'œdème de la face et du cou. »

Cantilena donne aussi une courte description d'un autre cas dans lequel les symptômes précédents furent assez marqués pour permettre un diagnostic exact. Le sternum fut trouvé si fortement adhérent au tissu cellulaire induré du médiastin qu'il fallut un effort considérable pour le détacher. (*Giornale Veneto delle Sc. mediche*, avril 1877. — Résumé in *Dobell's annual Rep. on the Diseases of the Chest.*, III, 1877, p. 84.)

De ces différents faits, on peut conclure que le « pouls paradoxal » avec gonflement inspiratoire des veines est bien, comme l'ont admis Kussmaul et Riegel, un signe important de la médiastino-péricardite. Mais il est évident, d'autre part, qu'on ne saurait faire de ces variations respiratoires du pouls un signe pathognomonique de l'affection médiastine : nous savons, en effet, qu'on observe les mêmes variations dans un grand nombre de lésions de l'appareil respiratoire, et nous allons voir qu'on les retrouve dans d'autres lésions de l'appareil circulatoire, notamment dans les anévrysmes intra-thoraciques.

Nous avons observé les variations respiratoires du pouls radial sur tous les malades atteints d'anévrysme de l'aorte thoracique que nous avons examinés à ce point de vue, *à la condition toutefois que la respiration ne fût pas trop rapide et que la tumeur présentât un certain volume.*

Cette exagération des influences respiratoires sur la circulation artérielle périphérique s'explique de la façon suivante : l'anévrysme forme dans la poitrine un vaste réservoir de sang artériel qui, étant soumis à l'aspiration thoracique augmentée pendant l'inspiration, retient à ce moment une certaine quantité du sang destiné aux artères extra-thoraciques ; ce réservoir étant au contraire soumis à une pression voisine de la pression positive pendant l'expiration admet alors une moindre quantité de sang et il en passe davantage dans la circulation périphérique : de là résulte l'affaiblissement inspiratoire du pouls et son exagération pendant l'expiration, en d'autres termes la forme désignée sous le nom de « pouls paradoxal ».

On comprend que ces variations doivent augmenter notablement sous l'influence des troubles respiratoires que produi-

sent fréquemment les anévrysmes intra-thoraciques, soit en comprimant les bronches ou la trachée, soit en altérant les récurrents.

Ces modifications ont été étudiées par l'exploration d'une artère isolée, la radiale, avec le sphygmographe direct ou à transmission, ou bien, le plus souvent, avec l'appareil explorateur des changements du volume de la main. Dans certains cas, avec ce dernier procédé d'étude, nous avons vu disparaître presque complétement les pulsations artérielles, les variations de pression d'origine respiratoire se combinant avec l'extinction du pouls qui résulte de la tumeur anévrysmale elle-même. Ce fait a été observé notamment chez un malade du docteur Proust, à Lariboisière, et chez un autre malade du docteur B. Ball, à l'hôpital Saint-Antoine.

Mais il n'y a pas que les anévrysmes siégeant sur l'aorte elle-même qui entraînent cette exagération des influences de la respiration sur le pouls. Sans doute, c'est dans le cas d'anévrysme aortique qu'on doit s'attendre à trouver surtout accentuées et *générales* les variations circulatoires en rapport avec les mouvements de la respiration, mais on les observe aussi dans les anévrysmes du tronc brachio-céphalique et de l'origine de la sous-clavière gauche; nous ne parlons point des anévrysmes de la partie profonde de la carotide gauche, n'ayant pas eu l'occasion d'en examiner.

Dans l'anévrysme du tronc brachio-céphalique arrivé à un certain volume, on observe les variations respiratoires de la circulation artérielle dans les deux membres supérieurs, mais avec une prédominance marquée du côté droit. C'est ce que nous avons constaté chez une malade du docteur Panas, à l'hôpital de Lariboisière, avec l'exploration comparative des changements du volume de la main à droite et à gauche. La prédominance à droite des influences respiratoires s'explique par la relation plus directe qui existe entre les vaisseaux artériels du membre supérieur droit et l'anévrysme du tronc brachio-céphalique, qu'entre les vaisseaux du membre supérieur gauche et le même anévrysme.

On voit que ce fait, à côté duquel nous en pourrions citer deux autres, peut devenir l'un des éléments du diagnostic différentiel entre l'anévrysme du tronc brachio-céphalique et l'anévrysme de la crosse de l'aorte: mais ce diagnostic nous paraît devoir reposer surtout sur la comparaison du retard du pouls des artères symétriques, comme nous l'avons montré dans un récent travail. (*Journ. de l'Anatomie*, novembre 1877, et *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, août 1878.)

En suivant l'application de cette idée que les variations respiratoires du pouls, dans le cas d'anévrysme intra-thoracique, doivent se manifester surtout sur le trajet des artères qui émanent directement du tronc artériel intéressé à son origine, on pourrait formuler quelques règles de diagnostic différentiel faciles à prévoir et qui seraient, du reste, complémentaires de celles que nous avons proposées dans nos recherches sur le retard comparé du pouls.

Il nous reste à présenter une autre catégorie de lésions des vaisseaux thoraciques, dans laquelle nous avons également constaté l'existence des influences respiratoires exagérées sur le pouls : il s'agit de la persistance du canal artériel. L'étude des symptômes de cette lésion congénitale a été déjà exposée dans ce journal (voy. *Gaz. hebd.*, septembre 1878. Travail communiqué au congrès de l'Association française, session de Paris) : nous renverrons donc à ce travail pour les autres détails de l'examen des malades, nous bornant à résumer ici les conditions qui nous paraissent déterminer l'exagération des influences de la respiration sur le pouls artériel.

En raison de la communication persistante entre la crosse de l'aorte et l'artère pulmonaire par le canal artériel, il se produit un passage continu d'une partie du sang que contient l'aorte dans l'artère pulmonaire. Cet écoulement du sang de l'aorte dans les artères du poumon s'opère en raison de la différence de pression qui existe entre le système aortique et le système pulmonaire. Comme on le sait, la différence est au profit du système aortique à partir de la naissance, et il est facile de comprendre que la circulation pulmonaire détourne d'une façon continue une partie du sang qui devrait suivre directement le trajet des vaisseaux aortiques. Nous sommes ici dans des conditions analogues à celles de la phlébartérie, qui est caractérisée par l'écoulement du sang artériel sous forte pression dans le vaisseau veineux où la pression est faible.

Or cette différence de pression entre l'aorte et l'artère pulmonaire subit des oscillations en rapport avec l'état de dilatation ou de retrait du poumon. Les expériences directes sur les animaux vivants (Chauveau et Faivre) aussi bien que les études sur les variations circulatoires dans le poumon isolé, soumis à une circulation artificielle et respirant par le procédé normal (Ludwig et ses élèves), toutes ces recherches ont montré que, pendant la dilatation des alvéoles pulmonaires produite par l'exagération de l'aspiration thoracique, le cours du sang s'accélère à travers le poumon dont les vaisseaux sont dilatés. A ce moment, la différence de pression entre l'aorte et l'artère pulmonaire s'accentue notablement et, dans le cas de persistance du canal artériel, le système aortique périphérique reçoit une moindre quantité de sang, puisqu'il en passe davantage de l'aorte dans l'artère pulmonaire. On voit, en conséquence, *une diminution inspiratoire du pouls artériel* plus ou moins notable, suivant le degré de l'appel qui est exercé sur le sang de l'aorte par le sang de l'artère pulmonaire. Réciproquement le pouls se relève pendant l'expiration, la condition mécanique de la circulation intra-thoracique se renversant. De là, à notre avis, la production du « pouls paradoxal » dans le cas de persistance du canal artériel.

Conclusions. — Si nous résumons maintenant les cas assez nombreux dans lesquels le « pouls paradoxal » a été observé, nous voyons tout d'abord que les affections qu'il accompagne sont toutes des affections thoraciques, respiratoires ou circulatoires; de telle sorte que, si cette modification du pouls est suffisamment accusée pour frapper le clinicien dès le premier examen d'un malade, elle peut l'engager ainsi à fixer spécialement son attention sur les organes thoraciques.

Mais, par elles-mêmes, les variations respiratoires du pouls ne sont pas plus spéciales à telle lésion thoracique qu'à telle autre; pour acquérir une signification quelconque, il faut qu'elles soient liées à d'autres phénomènes, et c'est précisément sur cette association que nous voulons insister en terminant; nos conclusions ne seront, du reste, que le résumé des considérations physiologiques et cliniques développées plus haut.

1° Pour avoir quelque intérêt clinique, les variations respiratoires du pouls doivent être très-manifestes; on les observe, en effet, mais peu accusées, chez les jeunes sujets (Riegel) et chez tous les sujets sains (Sommerbrodt), pourvu qu'ils respirent profondément;

2° Si ces variations s'observent en même temps que le gonflement *inspiratoire* des veines du creux sus-claviculaire

(Kussmaul, Bäumler, Riegel) et que l'œdème de la face et du cou (Cantilena, etc.), on doit soupçonner l'existence d'une médiastino-péricardite, que d'autres signes connus (siége et étendue de la matité, rétraction des espaces intercostaux, etc.) permettront d'affirmer ;

3° L'existence du « pouls paradoxal » avec inégalité d'amplitude et défaut de synchronisme du pouls des artères symétriques a été observée dans les anévrysmes intra-thoraciques volumineux ;

4° Dans le cas de persistance du canal artériel, l'influence de la respiration sur le pouls est très-accusée, mais il faut qu'à ce symptôme viennent s'ajouter, pour qu'on soit en droit de soupçonner la lésion, des signes complémentaires qui sont : un souffle systolique à maximum en arrière du thorax ; le renforcement inspiratoire de ce souffle ; l'absence de cyanose si la lésion ne s'accompagne pas de communication interventriculaire ;

5° On observera l'exagération des variations respiratoires du pouls dans tous les cas où se produira un obstacle à l'entrée ou à la sortie de l'air (Marey, 1863), par exemple dans le croup laryngé, la sténose laryngée, la bronchite capillaire, etc. (Baümler, Riegel) ;

6° Dans tous ces cas, c'est la diminution du pouls pendant l'inspiration, son renforcement pendant l'expiration (pouls paradoxal de Kussmaul) qui s'observent. Mais s'il y a gêne aux mouvements du diaphragme ou à l'ampliation de l'abdomen, les influences respiratoires seront renversées, et on constatera (ce que les expériences physiologiques ont démontré) le renforcement du pouls pendant l'inspiration, son affaiblissement pendant l'expiration. Ce fait, d'un intérêt évident pour le diagnostic du siége d'un obstacle à la respiration, a été signalé par M. Marey : nous attirons l'attention sur ce côté de la question qui est resté complétement inexploré.

François-Franck.

TRAVAUX ORIGINAUX

Chirurgie.

Quelques considérations sur les amputations, par le docteur A. Verneuil, professeur à la Faculté de médecine de Paris (1).

L'amputation des membres, considérée comme moyen thérapeutique et comme lésion traumatique, m'a préoccupé comme tous les chirurgiens.

Disciple de Malgaigne, j'ai suivi ce maître illustre dans deux directions. Je me suis d'abord enquis autant que possible du sort ultérieur de mes amputés, pour savoir si leur guérison avait persisté et quels services leur rendait le membre mutilé. J'ai, dans ces dernières années surtout, examiné sur le vivant ou sur le cadavre de nombreux moignons, et aussi colligé, outre des notes cliniques, des pièces pathologiques et des moules qui seront, je l'espère, bientôt réunis dans les locaux agrandis de notre Faculté pour y former le noyau d'un musée de médecine opératoire.

Comprenant toute la valeur de la méthode numérique, j'ai préconisé, défendu et utilisé la statistique, me permettant même de proposer quelques réformes à sa mise en œuvre. J'ignore quelle influence a exercée sur d'autres esprits cet ordre de recherches, mais je sais bien que je lui dois d'être devenu de bonne heure très-résolûment conservateur des membres. Voici comment. Lorsque parurent les tableaux statistiques de Malgaigne, révélant l'énorme léthalité des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris, les chirurgiens se montrèrent sinon incrédules, au moins étonnés, en tout cas fort désagréablement surpris. Les jeunes gens, j'étais du nombre à cette époque, se laissèrent plus facilement convaincre et acceptèrent l'évidence des chiffres. Pour ma part, j'en conçus une grande peur de perdre mes amputés et un grand désir d'éviter autant que possible le sacrifice des membres. Depuis ce moment j'ai toujours accueilli avec empressement et expérimenté avec soin tous les moyens proposés dans le sens de la chirurgie conservatrice. Ainsi, par exemple, lorsque parurent, éditées par Bonnet, de Lyon, les règles fondamentales de la thérapeutique articulaire, je me hâtai de les mettre en pratique, et avec tant de succès, qu'il m'est arrivé de passer une année et plus sans couper une cuisse pour tumeur blanche du genou, alors que, pendant mon internat, je voyais mes chefs pratiquer fréquemment l'opération susdite. De même encore, lorsqu'un autre chirurgien lyonnais, mon ami Ollier, vint nous apporter le résultat de ses belles recherches théoriques et pratiques sur les résections, je fus un des premiers à adopter et à défendre ses idées et sa méthode, parce que je voyais encore là une conquête sur la chirurgie radicale.

Si, par une thérapeutique convenable des arthropathies, on arrive à réduire considérablement le nombre des amputations pathologiques, on rend également plus rares les amputations traumatiques par un bon traitement des grandes blessures des membres.

Mais, si l'on veut bien se reporter à quinze ou vingt ans en arrière, on conviendra qu'alors ce *bon traitement* n'existait pas. L'irrigation continue, l'occlusion plus ou moins parfaite, les topiques émollients, l'immobilité dans des appareils divers donnaient bien quelques succès, mais au moins autant de revers, dans les cas sérieux ; de sorte que les fractures compliquées et les plaies articulaires offraient un pronostic grave et conduisaient trop souvent au sacrifice primitif et secondaire du membre, lequel sacrifice ne parvenait pas toujours à sauver la vie.

D'ailleurs, anarchie complète : chacun avait sa manière. Dans les fractures compliquées, par exemple, l'un cachait soigneusement la plaie ; l'autre la laissait exposée pour la surveiller et la panser plus souvent. Dans les plaies articulaires, celui-ci réunissait par la suture, que celui-là repoussait formellement : ainsi de suite.

Bref, les ressources de la chirurgie conservatrice étaient si restreintes et leur efficacité si douteuse, qu'à deux reprises, à la Société de chirurgie, je pris la parole pour m'élever contre l'expectation et préconiser l'intervention opératoire. La première fois, en 1865, il s'agissait *des plaies pénétrantes du genou ;* la seconde, en 1869, *des fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe.*

Depuis je suis redevenu plus avare d'opérations, mais à cause des progrès réalisés dans la thérapeutique des blessures.

Il ne faut point, en effet, se dissimuler que la question des pansements des blessures accidentelles domine de haut les destinées de la chirurgie conservatrice. On en est si convaincu depuis quelques années que tout le monde cherche à perfectionner le traitement local des plaies. J'ai fait comme les autres et j'ai essayé bien des choses. J'avais adopté pour les fractures compliquées, entre autres, un procédé qui m'avait donné des résultats excellents pour l'époque ; je veux parler de l'*occlusion collodionnée* sur laquelle un de mes élèves, M. Bertrand, soutint sa thèse en 1869. Peu de temps après, mon ami Alphonse Guérin nous fit connaître le pansement ouaté. Je me constituai au Congrès médical de Lyon le chaud défenseur de cet excellent procédé, que j'emploie tous les jours encore, qui me donne des résultats remarquables et qui, à mon avis, supérieur à tous les autres pour

(1) Cet article est extrait du tome II des *Mémoires de chirurgie*, actuellement sous presse.

certains cas, peut lutter avec les procédés rivaux de la méthode antiseptique. Inutile de dire que j'approuve hautement ces derniers, surtout le pansement de Lister, et que je les utilise journellement.

Les mêmes remarques s'appliquent aux plaies articulaires simples ou compliquées de fractures.

En changeant le pronostic des blessures accidentelles au point de rendre possibles et raisonnables presque toutes les tentatives de conservation des membres, les pansements modernes ont également plus que doublé les chances heureuses des amputations, résections et autres opérations pratiquées sur les membres; d'où ce résultat paradoxal en apparence, très-logique en réalité, que les pansements susdits justifient à la fois les tendances les plus extrêmes vers la conservation ou vers l'intervention. Je m'explique.

Tel n'opérera pour ainsi dire plus dans les cas traumatiques, parce que son pansement lui promet et lui donne une série de succès presque certains. Tel autre opérera plus que jamais et sans remords, dans les cas pathologiques surtout, parce que son pansement absout en quelque sorte à l'avance toutes les hardiesses. On recule dans un sens, on avance dans l'autre; parfois des deux côtés on dépasse évidemment les limites raisonnables; aussi peut-on dire qu'au moment actuel le chapitre des indications et contre-indications opératoires, en ce qui touche au moins les amputations et résections, est à revoir d'un bout à l'autre, ne fût-ce d'ailleurs que pour stimuler un peu les timides et surtout modérer les téméraires.

En ce qui me concerne, j'ampute certainement moins qu'autrefois dans les cas traumatiques; en revanche, je suis plus hardi dans des cas mauvais que j'eusse jadis abandonnés à leur sort et qui actuellement me donnent çà et là quelques succès inespérés.

Mes recherches sur les états constitutionnels m'ont également rendu tout à la fois moins opérateur et opérateur plus radical.

Ayant souvenir d'avoir jadis coupé des membres atteints de gangrène, sans autre résultat que d'avoir très-probablement hâté la mort; ayant constaté l'inutilité ordinaire des amputations chez les phthisiques, dont ainsi on abrége parfois la vie, et auxquels on procure à peine une légère rémission — chez les alcooliques, les diabétiques, les albuminuriques, etc., qui supportent si mal les grandes blessures, je n'ampute plus les diathésiques que dans des cas fort exceptionnels.

En revanche, chez les mêmes diathésiques et en particulier chez les scrofuleux, quand la résection et l'amputation, toutes deux possibles, sont en présence, je n'hésite point à choisir cette dernière, qui plus que l'autre peut procurer une guérison rapide et de la sorte prévient ces suppurations prolongées, cet interminable repos au lit qui, après les résections, épuisent les malades presque autant que le mal primitif.

Non-seulement j'ampute, mais je fais les sacrifices suffisants; j'entends par là que je m'éloigne notablement du point malade, et m'abstiens de ces opérations parcimonieuses qu'on célèbre pompeusement comme des triomphes de la chirurgie conservatrice et qui sont si souvent inutiles, le mal récidivant bientôt dans les os voisins ou dans les tronçons conservés des diaphyses.

Les notes que j'ai recueillies sur cette grande question de la conservation ou du sacrifice partiel ou total des membres trahissent bien des doutes, des incertitudes, des hésitations; aujourd'hui encore je suis souvent embarrassé. Les amputations, les résections elles-mêmes ne sont en somme que les preuves d'une médication impuissante. Tout progrès ou tout recul de la thérapeutique restreint et élargit le cadre de leur emploi, de sorte qu'on conçoit sans peine la persévérance, je pourrais dire l'entêtement, avec lequel certains praticiens s'acharnent à conserver des membres, parce qu'ils ont foi dans leur traitement médical, mécanique ou topique, et par contre la facilité grande que mettent d'autres chirurgiens à amputer ou à réséquer, parce qu'ils craignent à juste titre de perdre le tout pour n'avoir pas en temps opportun sacrifié la partie.

Le désaccord est très-marqué sous ce rapport entre les chirurgiens des grandes villes et ceux des campagnes, entre les chirurgiens étrangers et les chirurgiens français.

Il fut un temps où j'étais d'avis que presque toute fracture compliquée du quart inférieur de la jambe exigeait l'amputation, tant les mesures conservatrices étaient inefficaces. Par la même raison je croyais aussi la résection primitive ou consécutive à peu près indispensable dans les cas de plaie pénétrante des articulations.

Par contre, j'aurais volontiers gourmandé ceux qui, en cas d'écrasement des doigts ou de la main, pratiquaient des amputations de phalanges, de doigts, de métacarpiens ou de poignet, parce que l'expérience de nos hôpitaux avait démontré les dangers de ces opérations si minimes en apparence.

Mes amis et mes élèves de province ne partageaient point mes opinions et ils n'avaient pas tort, car ils me citaient des faits nombreux de fractures compliquées et de larges ouvertures articulaires parfaitement guéries avec l'eau froide et les appareils les plus rudimentaires. Ils me disaient aussi avoir en toute impunité fait sur la main toute sortes d'amputations partielles.

Citadins et campagnards avaient également raison. Mais voici que surgit cet immense progrès des pansements antiseptiques, qui met presque à néant les influences mésologiques terribles qui déciment nos blessés, et nous voici, nous, les chirurgiens des grandes villes, des grands hôpitaux et des grandes salles, aussi conservateurs que nos confrères de province. Comme eux aussi nous pourrions nous permettre aujourd'hui de désarticuler des phalanges, des métacarpiens et même le poignet, si nous n'avons pas eu en dehors du pronostic opératoire d'autres raisons de garder jusqu'aux plus minimes fragments de la main.

Nous expliquons tout aussi aisément les différences profondes qui séparent notre chirurgie de celle des pays qui nous entourent.

Maintes fois, en lisant dans les recueils étrangers les résumés des cliniques ou les observations éparses, j'ai été frappé de la facilité avec laquelle nos confrères se décident à amputer et surtout à réséquer (je reviendrai en temps et lieu sur ce point). Je vois dans telle statistique d'un chirurgien moins âgé que moi 15 ou 20 exemples d'une opération que j'ai dans toute ma vie pratiquée une ou deux fois à peine.

Donc, de l'autre côté de nos frontières, on ampute plus que nous et probablement on continuera ces errements, car ils semblent donner de bons résultats. Si, en effet, on compare les statistiques françaises et étrangères d'il y a douze ou quinze ans, l'infériorité de nos résultats est flagrante. Nous perdions certainement plus d'amputés. Nous pourrions rougir de cette constatation, mais notre justification est aisée. Après comparaison attentive des faits de part et d'autre, je crois pouvoir affirmer *en toute conscience et en toute impartialité* que, si nous perdons plus d'amputés, nous guérissons infiniment plus de malades sans opération. J'en puis parler savamment, ayant suivi avec le plus vif intérêt les métamorphoses qu'a subies sous mes yeux la thérapeutique des arthropathies. La transition, assez brusque du reste, date de la vulgarisation des idées de Bonnet (de Lyon). Avant lui on traitait assez médiocrement les affections du genou: on laissait s'établir des attitudes vicieuses, s'effectuer des déplacements incurables; l'inflammation, livrée à elle-même, désorganisait rapidement les tissus articulaires; finalement, pour calmer des douleurs atroces, pour arrêter le dépérissement de la santé par la suppuration, la fièvre hectique, etc., on amputait.

Bonnet intervient. Il redresse (l'anesthésie aidant) les articulations, les place dans des appareils divers, inamovibles

ou amovo-inamovibles, et les y laisse pendant de longs mois. Les douleurs se calment, l'inflammation s'éteint, les accidents cessent, et, si on y met la *patience nécessaire* (il faut quelquefois, j'en conviens, une année ou deux), on obtient des guérisons complètes et durables.

On arrive ainsi à réduire considérablement le nombre des amputations de cuisse.

Mais cette chirurgie patiente et peu brillante d'ailleurs ne réussit pas toujours. Quelques malades se lassent, ils suppriment trop tôt les appareils, ils exercent prématurément les membres; ils se livrent à des charlatans ou à des imprudents qui, sous prétexte de remédier à la roideur articulaire, font du massage, des manipulations violentes, etc. Les accidents reparaissent, l'inflammation se rallume, la suppuration survient, et si un nouvel essai d'immobilisation ne suffit pas à calmer l'orage, il faut amputer. On réussit quand le sujet ne porte pas de tare organique trop profonde, que la saison et le milieu ne sont pas trop défavorables; mais aussi on échoue fréquemment et on charge d'autant la colonne noire des statistiques. Si l'opiniâtreté du mal, sa récidive aisée ou son aggravation constante sont imputables à quelque lésion viscérale, alors la mortalité est grande, mais la responsabilité ne retombe ni sur les tendances conservatrices, ni sur le milieu, ni sur le traitement post-opératoire, mais bien sur les états constitutionnels mauvais, qui, au lieu d'être l'exception, deviennent en quelque sorte la règle dans les séries opératoires des chirurgiens très-conservateurs.

Pour trancher le litige entre les étrangers, qui amputent plus et guérissent plus d'amputés, et nous, qui amputons moins et perdons plus d'opérés, il faudrait nécessairement (bien d'autres l'ont dit avant moi, mais c'est ici le lieu de le répéter encore) modifier les statistiques. Au lieu de compter seulement les opérés et de les partager en deux séries : succès et revers, il faudrait compter les malades et faire trois colonnes : une pour les cas traités sans opération, l'autre pour les opérations suivies de succès, la dernière enfin pour les opérations malheureuses.

Supposons deux pratiques. Un chirurgien opère beaucoup, de bonne heure, dans des cas assez légers; il intervient dans la moitié des cas. Ainsi sur 100 tumeurs blanches du genou il ampute 50 fois, guérit 30 opérés et en perd 20 : 40 pour 100 de mortalité, la proportion est satisfaisante.

L'autre chirurgien temporise, patiente, emploie tout l'arsenal de la thérapeutique : à force de temps et de patience, il guérit 80 malades. Les 20 derniers doivent perdre leur membre, 5 seulement guérissent; mortalité énorme de 75 pour 100.

A un examen sommaire les premiers opérateurs triomphent, ils n'ont perdu que 40 pour 100 de leurs opérés.

Le vrai triomphe est cependant pour les seconds, qui ont à la vérité perdu 75 pour 100 des leurs, mais en sauvant le membre et la vie de 85 pour 100 de leurs malades, dont cinq seulement sont infirmes, tandis que les autres n'en comptent que 80 dont 30 sont mutilés.

Qu'il me soit permis de me citer encore. Les arthrites graves du genou sont fort communes et j'en ai autant dans mes salles que tout autre chirurgien. Je ne les ampute presque jamais, mais je les soigne pendant des mois et des trimestres, bien souvent une année ou deux, pendant lesquelles je les oublie en quelque sorte dans un coin de mon service; presque toujours je les renvoie guéris, souvent, il est vrai, avec ankylose dans les cas graves. Il est rare que je les perde de vue. Enchantés d'avoir conservé un membre utile, ils reviennent me consulter pour toute autre affection, ou me conduire quelques amis. Mes élèves m'en apportent aussi des nouvelles. Je n'ai pas connaissance qu'ils aillent demander l'amputation dans d'autres services. Bref, autant qu'on peut être éclairé sur sa clientèle d'hôpital, je reste convaincu que j'obtiens des guérisons durables dans la grande majorité des cas.

Je ne crois pas cependant pousser trop loin la conservation, au moins depuis quelques années. En revanche, j'avoue qu'autrefois la crainte de perdre mes opérés m'a souvent rendu trop timide et trop timoré. J'espérais toujours en la nature et j'intervenais trop tard. La temporisation, funeste d'un commun accord dans les cas traumatiques et dans les néoplasmes, peut l'être aussi dans les cas pathologiques, en dépit de cette opinion insoutenable et si longtemps acceptée que les amputations réussissent d'autant mieux que les sujets sont plus épuisés.

L'art consiste à porter le pronostic avec promptitude et précision, et à juger vite si la conservation est possible. Dans le cas contraire, il faut agir sans retard, avec d'autant moins d'hésitation que nous avons le moyen de guérir presque et à coup sûr les opérations faites en temps opportun.

La faute la plus grande que l'on puisse commettre est de laisser passer le moment, l'*occasio præceps*, et de ne plus agir que sur des organismes incapables de résister à l'ébranlement des grandes opérations ou de fournir les matériaux nécessaires à la guérison d'une grande blessure. C'est dans ces cas qu'on obtient parfois des succès opératoires, sorte de trêve plus ou moins longue, qui ne sont pas le prélude des vrais succès thérapeutiques.

Je regrette de n'avoir pas en ce moment le loisir d'écrire sur les contre-indications aux amputations un chapitre qui manque à nos traités de médecine opératoire. Cette lacune s'explique, parce que les contre-indications susdites reposent presque entièrement sur les états constitutionnels et que ces derniers n'ont pas été étudiés comme ils le méritent dans leurs rapports avec les opérations. C'est dans un tel chapitre qu'il faudrait rechercher s'il faut amputer ou non les alcooliques, les diabétiques, les phthisiques, les hépatiques; rechercher encore, au cas où l'opération est acceptée ou acceptable, s'il n'y aurait pas dans le manuel, le pansement, les médications antérieures et ultérieures, des mesures particulières à prendre, en rapport avec les différences notables que présente le processus traumatique chez ces différents sujets. *A priori* tout me porte à croire qu'il faut traiter autrement la plaie d'un scrofuleux et celle d'un arthritique. La réunion immédiate, ou le pansement ouaté, ou le pansement de Lister, pourront, par exemple, convenir très-bien à celui-ci et très-mal à celui-là.

Le grand chapitre des amputations, fort avancé j'en conviens, ne sera vraiment complet que lorsqu'on aura mieux catégorisé les sujets qui subissent pareille mutilation et pris en considération plus sérieuse la famille morbide à laquelle ces sujets appartiennent.

Il ne serait pas mauvais non plus de réviser quelques aphorismes déjà anciens, tel celui-ci : qu'il faut toujours s'éloigner le plus possible du cœur; ou cet autre : qu'il faut toujours dépasser avec le couteau les limites du mal et ne laisser dans le moignon que des tissus sains. Prises dans leur généralité, ces propositions sont certainement raisonnables, mais elles souffrent tant d'exceptions qu'elles finissent par perdre beaucoup de leur valeur; prises au pied de la lettre, elles conduiraient souvent à une pratique détestable. La première rendrait trop conservateur, comme nous le verrons plus loin, à propos de l'amputation de la jambe. La seconde conduirait à des sacrifices inutiles et qu'on ne juge point nécessaires dans le cas de résection.

Je n'ai jamais attaché beaucoup d'importance au manuel opératoire des amputations, et j'ai employé suivant le cas presque toutes les méthodes et tous les procédés. Cependant je préfère la méthode à lambeaux pour les amputations dans la continuité, et la méthode ovalaire pour les désarticulations.

Déjà au temps où j'exerçais les élèves comme aide d'anatomie et prosecteur (1848-1853), je faisais tailler les lambeaux et circonscrire les ovales de dehors en dedans avec la pointe du couteau ou du bistouri, jamais par transfixion. En

1857, je soutenais à la Société de chirurgie (1) les mêmes principes, aujourd'hui généralement adoptés, mais fort controversés à cette époque.

J'ai recommandé d'abord pour les amputations partielles du pied, puis pour la plupart des autres opérations du même genre, la résection des bouts nerveux faisant saillie à la surface de la plaie ou rampant à la face profonde des lambeaux. Je tiens plus que jamais à cette petite modification que plusieurs chirurgiens ont adoptée et qui ne saurait soulever d'objections sérieuses.

Sans être animé du désir d'inventer de nouveaux procédés en taillant la peau et les muscles, ou en divisant les téguments un peu autrement que mes prédécesseurs, j'ai été conduit à proposer une modification considérable au manuel opératoire ordinaire des amputations, modification qui consiste à enlever le membre comme s'il s'agissait d'extirper une tumeur, c'est-à-dire en supprimant l'hémostase préliminaire. Cette proposition a reçu de la part de mes collègues un accueil plus que froid. Je n'en suis point découragé, estimant que, pour certaines opérations au moins, ma manière de faire finira par se généraliser. Du reste, on verra plus loin (thèse de Pillet) les raisons que j'invoque à l'appui de mon innovation.

A force de réfléchir, de douter et de tenter, je crois être parvenu à améliorer progressivement mes résultats, de manière à sauver toujours un peu plus de malades, tout en opérant dans des cas plus déplorables, puisque je fais la part de plus en plus grande à la conservation des membres.

Malheureusement, je ne puis étayer ces affirmations sur des chiffres exacts, n'ayant de notes précises que sur un petit nombre de mes opérations, telles : les désarticulations de l'épaule, de la hanche et les amputations partielles du pied. Pour la jambe, la cuisse et le bras, c'est-à-dire pour les membres qu'on sacrifie bien plus souvent que tous les autres, je n'ai pas de relevé intégral et je le regrette infiniment.

Cependant, quand je fais appel à mes souvenirs, quand j'invoque en particulier mes revers, toujours plus présents à mon esprit que mes succès, j'en arrive à diviser ma pratique en plusieurs périodes.

A mes débuts, j'apportais, on peut m'en croire, un soin, une minutie, une attention extrêmes à toutes mes opérations. Mais je suivais les errements communs, je pratiquais le plus souvent la réunion immédiate qui, naturellement, échouait dans l'immense majorité des cas et laissait des moignons enflammés très-longs et très-difficiles à guérir, quand ils guérissaient. Je comptais pour peu l'insalubrité des hôpitaux, ayant souvent exercé à Saint-Louis, à Beaujon, à l'Hôtel-Dieu, qui passaient pour relativement bons.

A mon arrivée, en 1865, à Lariboisière, qui passait à cette époque pour le plus meurtrier de nos hôpitaux, j'eus de nombreuses occasions de pratiquer les amputations traumatiques ou pathologiques. Je perdis encore bon nombre de mes patients, cependant moins qu'auparavant, parce que j'avais renoncé à peu près complètement à la réunion immédiate, et proscrit le cérat, les épaisses couches de charpie, les tours de bandes multiples. Je faisais volontiers des pansements à l'eau fraîche, fort analogues au pansement ouvert, avec cette différence pourtant que je recouvrais le moignon de taffetas gommé et de quelques compresses maintenues par le bandage triangulaire de Mayor.

Un peu plus tard, quand les propriétés de l'alcool furent mises en lumière par les travaux de Batailhé, de Gaulejac et de Chédevergne, j'adoptai ce topique et m'en trouvai bien. C'était en quelque sorte le premier pas vers le pansement antiseptique ouvert que j'emploie aujourd'hui pour certains cas exceptionnels.

Tout cela alla jusqu'au siége (1870). Mais à cette époque, à partir du mois d'octobre dans les hôpitaux, et de novembre dans la plupart des ambulances de Paris, tous les modes de pansement devinrent mauvais à cause de l'intensité que prit l'épidémie de septicémie grave et de pyohémie.

Il était temps qu'un secours nous arrivât. M. Alph. Guérin nous l'apporta. Naturellement l'emploi du pansement ouaté changea du tout au tout ma pratique, et la rendit relativement excellente, mais j'avais encore çà et là divers accidents et quelques pyohémies.

Il me suffit, pour en diminuer considérablement le nombre, d'adjoindre à l'emploi du coton quelques précautions fondamentales de la méthode antiseptique, de ne plus appliquer le pansement nouveau dans les cas où il a peu de chance de réussir et de le remplacer par différents procédés de la méthode antiseptique.

J'arrivai de la sorte à sauver la presque totalité de mes amputés.

Je ne sais si je continuerai à être aussi heureux, mais, comme on le verra dans mon dernier relevé des amputations pratiquées en 1876, 1877 et partie de 1878, je n'ai plus observé un seul cas d'infection purulente, et mes cas de mort, fort peu nombreux d'ailleurs, ne paraissent plus devoir retomber sur les pansements.

Je crois donc être parvenu à mon apogée ou à peu près. Je l'attribue sans hésitation, d'une part, à l'adoption d'une série de mesures sévères, tendant à protéger la plaie contre les influences du dehors (germes atmosphériques ou contages, peu m'importe, jusqu'à nouvel ordre); d'autre part, à l'éclectisme dans les pansements, c'est-à-dire à l'application raisonnée, suivant la variété des cas, de procédés variés appartenant tous à la méthode antiseptique.

Je résume tout mon passé dans les lignes suivantes :

Première période : Réunion immédiate, pansements classiques, nulle précaution contre les agents septiques, résultats mauvais, mortalité très-forte.

Deuxième période : Abandon de la réunion, pansement ouvert, topiques très-simples, eau fraîche; résultats moins mauvais, dans un hôpital réputé détestable.

Troisième période : Dans le même hôpital, succès plus nombreux par la seule substitution à l'eau fraîche de l'alcool plus ou moins étendu; c'était un premier pas vers l'emploi des antiseptiques locaux.

Quatrième période : Même hôpital, pansement ouaté, transformation complète des résultats, proportion de succès inconnue jusqu'alors; cependant quelques revers encore.

Cinquième période : Idées théoriques plus nettes sur la septicité, ses causes et ses effets, d'où précautions raisonnées prises contre la septicémie et ses formes graves, et éclectisme dans le choix des pansements; comme résultat, suppression des accidents traumatiques imputables au milieu, disparition de la septicémie et de la pyohémie.

Épidémiologie.

Épidémie de fièvre rémittente a la Guyane, par le docteur Maurel.

En 1857, la France a créé sur la rive droite du Maroni une colonie pénitentiaire dont la population, rapidement croissante pendant les premières années, s'élevait en 1866 à 4000 habitants environ, répartis dans cinq ou six villages. Mais la transportation européenne à la Guyane ayant été supprimée à cette époque, l'essor donné à cet essai de colonisation s'était arrêté et, les maladies s'étant jointes au manque de nouveaux arrivants, le pénitencier ne comptait plus que 1200 personnes, lorsqu'en novembre 1875 j'y fus envoyé comme chef du service de santé.

Ces 1200 personnes, dont 400 appartenaient au personnel libre et 800 à la transportation, n'occupaient plus que deux

(1) *Bull.* 1re série, t. VIII, page 224.

villages : Saint-Laurent, chef-lieu de la colonie, et Saint-Maurice, qui était soutenu par la présence d'une usine à sucre. Quant aux autres centres de population, Saint-Jean et Saint-Louis avaient disparu et Saint-Pierre ne comptait qu'une douzaine d'habitants.

Ces différents villages avaient été distribués sur un terrain assez vaste, limité à l'ouest par le Maroni, sur lequel se trouve Saint-Laurent; au sud par un affluent, le Balété, non loin duquel est Saint-Maurice; au nord par un autre affluent, le Maïpouri qui arrose Saint-Pierre, et enfin à l'est par un immense marais qui donne probablement naissance à deux rivières.

Une partie de ce rectangle, celle qui borde le Maroni, est constituée surtout par des terres basses et quelques bas-fonds marécageux; l'autre, au contraire, accidentée, se compose d'une série de monticules à pentes assez douces, dont les sommets ne dépassent pas 40 mètres, et séparés par des vallées qui, n'ayant aucune direction bien déterminée, retiennent les eaux des pluies ou ne les conduisent aux rivières qu'après leur avoir fait parcourir les trajets les plus capricieux.

Des routes carrossables, bordées de part et d'autre par les habitations des transportés devenus colons, reliaient les différents villages. Mais, depuis l'abandon de quelques-uns d'entre eux, l'entretien des routes a été négligé, et, seules, celles qui desservent Saint-Maurice et Saint-Laurent sont encore praticables aux voitures; ce sont aussi les seules le long desquelles se dressent encore, avec leur monotone uniformité, les maisons de quelques colons.

Chaque habitation est entourée d'une étroite zone de terre cultivée, dite concession, ne s'étendant pas à plus de 100 mètres de la route. Ainsi, même au moment où la colonie était le plus prospère et avait 3000 hectares en culture, l'espace cultivé n'était rien à côté de celui occupé par les bois. Depuis, la forêt, momentanément dépossédée de ses terres, a commencé à reprendre ses droits et continue à s'étendre avec une désespérante opiniâtreté.

Aussi la population qui a survécu vit-elle pauvrement, ne cultivant que quelques légumes pour son usage, et pour l'exportation la canne à sucre et le manioc.

Quoique près de l'équateur, notre colonie du Maroni a une température qui ne dépasse pas 30 degrés, et son séjour paraît de prime abord d'autant plus supportable qu'elle est souvent traversée par les brises du nord-est qui rafraîchissent l'atmosphère. Mais, de même que dans les autres parties de la Guyane, même les plus salubres, ce qui fatigue, c'est la constance de la température, qui, réunie à la quantité considérable de vapeur d'eau contenue dans l'atmosphère, la transforme en une espèce d'étuve humide.

Les vents les plus fréquents sont ceux du nord et du nord-est, qui, venant de la mer, sont sains et entraînent une fraîcheur bienfaisante, et ceux du sud et du sud-ouest, qui, n'arrivant qu'après avoir traversé une large étendue de terres marécageuses, sont toujours chauds et amènent souvent les formes les plus graves des affections paludéennes.

Tels sont, en quelques mots, l'historique, la topographie médicale, et la situation de ce pénitencier. C'est là qu'après quelques mois d'immunité complète, j'ai vu naître et se développer l'épidémie dont je vais donner la description succincte.

Après beaucoup d'hésitations au début, j'ai cru devoir la considérer comme composée par des cas de fièvre typhoïde bilieuse et des cas de fièvre à rechute, opinion qui m'a paru pleinement justifiée plus tard par sa marche, son génie et son anatomie pathologique.

Cette épidémie a été de ma part l'objet de recherches et d'observations longues et pénibles, que j'ai consignées, soit dans des lettres de service, soit dans un mémoire adressé au Conseil supérieur de santé, et que, sur sa proposition, M. le ministre de la marine a bien voulu récompenser par un témoignage de satisfaction.

Je crois utile de laisser trace de cette épidémie dans la science : 1° parce qu'elle s'est montrée dans un pays souvent fréquenté par la fièvre jaune et constamment soumis à la fièvre rémittente bilieuse, avec lesquelles il est urgent de la différencier ; 2° parce que c'est la première fois que la fièvre à rechute est signalée à la Guyane ; 3° qu'enfin cette épidémie m'a permis de constater, mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, je crois, l'identité de nature de la fièvre typhoïde bilieuse avec la fièvre à rechute, qui ne seraient, d'après moi, que deux manifestations différentes du même genre épidémique.

Les limites d'un article de journal ne me permettant pas de donner une description complète de cette épidémie, je me contenterai de reproduire presque textuellement une lettre médicale adressée au chef du service de santé de la colonie au moment où elle venait de finir, et dans laquelle je la résumais.

Née spontanément sur le pénitencier dans le mois de janvier 1876, j'ai pu la suivre jusqu'au mois de juin, époque à laquelle je fus rappelé à Cayenne. Pendant mon séjour, elle avait sévi successivement sur les troupes d'infanterie de marine et les deux convois de transportés, hommes et femmes, qui à courts intervalles étaient venus s'exposer à ses coups. C'est sur ce même personnel que l'observa mon successeur pendant les trois mois qui suivirent mon départ ; puis elle diminua de fréquence et disparut pendant les mois de novembre et de décembre pour laisser place à des cas de rémittente bilieuse et de typhus amaril. Ces affections étaient elles-mêmes devenues moins nombreuses à mon retour au Maroni, le 20 décembre.

Quelques jours après mon arrivée, j'eus à constater dans le personnel officier plusieurs cas d'une gravité extrême et dont quelques caractères me jetèrent dans le doute. Mais peu après l'intensité des symptômes diminua, l'affection s'accentua, et je pus affirmer que je me trouvais en présence de la même affection que pendant mon précédent séjour.

Dans le mois de février, les cas ont diminué, et depuis le 20 mars, date du dernier décès, je n'ai rien observé qui puisse se rattacher à cette maladie.

Quoique l'épidémie que j'ai observée se soit présentée sous deux formes bien tranchées, la fièvre à rechute et la fièvre typhoïde bilieuse, je pense pouvoir les confondre dans une seule et même description, me contentant de signaler, au fur et à mesure que l'occasion s'en présentera, les particularités qui les distinguent.

La physionomie générale de ces deux affections a présenté un aspect tout spécial, unique dans la pathologie. Leur caractère le plus saillant est de procéder en deux temps. Sauf pour quelques cas légers et ceux d'une gravité extrême, qui, rapidement terminés par la mort, n'ont eu qu'une évolution incomplète, cette marche a été constante.

Chaque cas complet a été constitué par deux périodes fébriles bien marquées, ayant une durée moyenne de cinq à sept jours, et séparées l'une de l'autre par une période franchement apyrétique dans la fièvre à rechute, et d'une apyrexie incomplète, le thermomètre oscillant entre 38 degrés et 38°,5, dans la fièvre typhoïde bilieuse. Quant à la durée de cette période intermédiaire, quoique variable, elle peut être fixée entre cinq et sept jours pour la première forme, et deux jours pour la seconde.

Cette marche toute spéciale, et qui est le propre des affections que j'ai observées, est rendue saisissante par la courbe des températures; les deux types joints à ce travail la font nettement ressortir.

Chaque période fébrile est caractérisée par des phénomènes gastriques d'intensité variable, épigastralgie, dysphagie, nausées, vomissements de natures différentes, ne contenant de sang que pendant la seconde période, alors que des ulcérations hémorrhagiques étendues existent dans l'estomac

et dans l'œsophage. En outre de ces symptômes, on trouve d'abord ceux qui constituent le cortége habituel de tout mouvement fébrile, céphalalgie, constipation, etc., et ensuite quelques symptômes bilieux qui n'ont jamais dépassé la teinte ictérique et qui fréquemment ont été assez peu marqués pour être douteux. L'hépatalgie n'a jamais été très-intense et a toujours été effacée par d'autres symptômes douloureux, parmi lesquels, et comme fréquence et comme intensité, l'épigastralgie a occupé le premier rang et la sphénopathie le second. Quant aux douleurs lombaires, je ne les ai que rarement observées, et ne les ai jamais vues très-tenaces. De plus, je dois ajouter que, surtout dans la forme typhoïde bilieuse, la maladie peut dès les premiers jours se présenter avec un aspect typhoïde bien caractérisé : facies pâle, terreux, affaissement, stupeur, etc., aspect typhoïde qu'il est encore bien plus fréquent d'observer à la fin.

Ces deux périodes, qui, à un examen superficiel, paraissent identiques, peuvent cependant être distinguées l'une de l'autre par une série de symptômes dont les principaux sont : l'intensité plus grande des phénomènes bilieux dans la seconde que dans la première; la nature des vomissements et l'intolérance plus grande de l'estomac pendant la seconde période.

Enfin la courbe thermométrique, qui a pour caractère constant, pendant la première période, d'être interrompue par une descente brusque, est moins régulière dans la seconde et se rapproche du tracé d'une forme continue.

Quant à la période intermédiaire, dans la fièvre typhoïde bilieuse, elle est parfois de trop courte durée pour se prêter à une description propre, et, dans ce cas, ne se révèle que par l'abaissement de la température et l'apaisement des symptômes graves.

Dans la fièvre à rechute, au contraire, elle est bien marquée et se trouve caractérisée par une diarrhée constante, la rareté du pouls (40 à 50) et l'affaissement du malade.

La convalescence est facile dans les cas légers ; lente au contraire, et quelquefois traversée par des accès fébriles et de courte durée, lorsque la maladie a suivi son évolution complète.

Tels sont les principaux symptômes de cette affection qui s'est présentée à moi, groupés sous un type constant et avec une marche dont la régularité suffirait pour la caractériser.

Les deux lésions dominantes sont le volume exagéré de la rate et l'inflammation de la portion du tube digestif comprise entre le pylore et la cavité buccale.

La rate a présenté des volumes deux et trois fois supérieurs à la normale; elle a été souvent molle, peu résistante, quelquefois se déchirant à la moindre traction.

Les traces d'inflammation ont été constantes; elles se sont révélées, dans les cas promptement suivis de mort, par des arborisations très-riches ; et lorsque la mort a été plus tardive, par des ulcérations profondes, étendues, occupant chez un noir toute la superficie de la muqueuse gastrique et une partie de celle de l'œsophage, donnant à toute cette surface l'aspect d'une vaste plaie en suppuration.

De ces lésions, les plus marquées ont toujours été celles de l'estomac; en les observant avec soin, il semble que ce processus se soit d'abord fixé sur cet organe et que ce n'est que successivement qu'il a envahi les parties sus-diaphragmatiques des voies digestives.

En outre de ces lésions, je dois en signaler quelques autres.

Le foie n'a présenté qu'exceptionnellement des altérations, et encore, dans ces cas, je l'ai toujours vu assez riche en sang et avec une couleur s'écartant peu de la normale ; son volume a été souvent un peu exagéré.

Dans la grande majorité des autopsies, j'ai trouvé le poumon pâle, décoloré, exsangue ; la vessie a toujours contenu une quantité notable d'urine. Enfin, pour être complet, je dois mentionner des adhérences récentes et très-étendues occupant la plupart des cavités séreuses et les effaçant quelquefois ; leur siége de prédilection a été la cavité pleurale. Dans une autopsie où j'ai vu cette lésion aussi prononcée que possible, les deux plèvres étaient effacées, le foie adhérait au diaphragme, la rate aux organes environnants, les anses intestinales entre elles ; enfin, particularité plus surprenante, le grand épiploon était réuni à la paroi abdominale dans toute son étendue, et ce ne fut pas sans peine qu'il en fut détaché. Ces adhérences m'ont toujours d'autant plus étonné que l'intégrité des organes qu'elles fixaient a toujours été constatée.

Je n'ai pu encore compléter les études histologiques, et ne donne leurs résultats qu'avec quelques réserves. Cependant je crois pouvoir certifier les suivantes :

Liquides. — *Vomissements,* contiennent :

1° Des leucocytes en quantité considérable, le plus souvent bien conservés;

2° Dans quelques cas, les globules sanguins altérés ;

3° Des sporules de cryptocoque du ferment;

4° Des sarcines.

Urines. — Dans certaines périodes de la maladie, contiennent : des sédiments de carbonate de chaux qui, par l'acide azotique, les rendent effervescentes.

Organes. — *Estomac.* La celluleuse est le siége d'un processus inflammatoire manifeste et sur de nombreux points sa muqueuse offre les caractères d'une membrane pyogénique.

Foie. — Les deux foies que j'ai examinés au microscope n'ont présenté aucune modification des cellules hépatiques. Ils n'ont, entre autres, subi aucune transformation graisseuse, altération facile à observer. Mais, je le répète, je n'ai vu encore que deux foies et je ne saurais m'engager pour l'avenir.

Rein. — Normal à l'œil nu; offre des concrétions qui semblent accumulées sur certains points des tubes, et qui ne doivent pas être étrangères à la diminution de la sécrétion urinaire, que j'ai observée d'une manière constante.

Traitement. — Après quelques tâtonnements, je me suis arrêté à une méthode mixte. La nature franchement inflammatoire de l'affection, ainsi que le prouvent les autopsies, m'a conduit à employer les émissions sanguines. J'ai donné la préférence aux sangsues sur la saignée, parce qu'en même temps qu'elles agissaient sur l'état général, elles me permettaient de combattre certains symptômes locaux, tels que l'épigastralgie, la céphalalgie : aussi est-ce à l'épigastre et aux apophyses mastoïdes qu'elles ont été le plus souvent placées, et quelquefois à plusieurs reprises différentes. Elles n'ont été appliquées que deux fois sur d'autres points : la première fois à la nuque et la seconde à la région lombaire.

En outre, les purgatifs salins, et tout particulièrement le citrate de magnésie, ont fréquemment trouvé leur emploi contre la constipation qui accompagne les deux périodes fébriles, soit que je les aie donnés à dose purgative, soit, le plus souvent, à dose laxative.

Le sulfate de quinine a été fréquemment employé, mais seulement comme adjuvant et non comme base du traitement. A haute dose (2,50 à 3 grammes), j'ai constaté ses bons effets antipyrétiques, toutes les fois que l'estomac a pu le tolérer. Dans les cas contraires, je me suis parfois bien trouvé de l'alcool donné dans le même but.

A ces moyens, qui dans la dernière période de l'épidémie ont constitué la base du traitement, je dois ajouter, pour être complet, tous ceux qui se sont adressés à des symptômes particuliers, et dont l'indication naît si souvent dans le cours d'une affection longue et soumise à une certaine variabilité de caractères. Je me contenterai de citer : contre la céphalalgie, outre les sangsues, les compresses froides, vinaigrées, les tranches de citron ; contre les vomissements, les vésicatoires morphinés, les préparations gazeuses, et les antispas-

modiques; enfin, contre les suintements sanguins, l'ergotine et les tisanes sulfuriques, chlorhydriques, et au perchlorure de fer.

Tel est, à grands traits, le compte rendu de cette épidémie. Quoique incomplet, je le crois suffisant cependant pour en faire saisir les caractères les plus saillants, pour faire ressortir sa véritable nature, et pour justifier la diagnostic que j'ai porté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

EXISTE-T-IL, PARMI LES ÊTRES INFÉRIEURS DONT NOUS NOUS OCCUPONS, DES ESPÈCES EXCLUSIVEMENT AÉROBIES ET D'AUTRES EXCLUSIVEMENT ANAÉROBIES? TOUS CES ÊTRES DOIVENT-ILS ÊTRE RANGÉS DANS DEUX CLASSES, OU DANS TROIS, OU DANS UNE SEULE? Note de M. *Trécul*. — De nombreuses citations empruntées aux écrits de M. Pasteur l'auteur conclut : 1° que les ferments organisés ne sont que des états particuliers d'espèces plus ou moins compliquées, qui se modifient suivant les milieux dans lesquels elles se trouvent; 2° qu'au lieu d'établir trois classes d'êtres inférieurs, comme le veut aujourd'hui M. Pasteur, il en faut reconnaître une seule, chaque espèce pouvant présenter à la fois un ou plusieurs états *aérobiens* et un ou plusieurs états *anaérobiens*. On concevrait d'autant moins, ajoute M. Trécul, l'opposition de M. Pasteur à cette manière de voir, que d'autres travaux de lui appuient cette conclusion. N'a-t-il pas dit (*Comptes rendus*, t. LXXV, p. 785) : « On peut entrevoir... que tout être, tout organe, toute cellule qui vit ou qui continue sa vie sans mettre en œuvre l'oxygène de l'air atmosphérique, ou qui le met en œuvre d'une manière insuffisante pour l'ensemble des phénomènes de sa propre nutrition, doit posséder le *caractère ferment* pour la matière qui lui sert de source de chaleur totale ou complémentaire. » Cette phrase, qui ne fut publiée qu'en 1872, ainsi que les faits qui l'ont inspirée, ramène bien *quelque peu* M. Pasteur vers l'opinion de ses adversaires; aussi est-ce quelque temps après que notre confrère reconnut que la levûre de *Mucor* est une réalité. Il ne parla de celle-ci, à ma connaissance, qu'en 1876, dans ses *Etudes sur la bière*.

— M. *Pasteur* répondra dans la prochaine séance à l'argumentation de M. Trécul. Il répond aujourd'hui à l'argumentation de M. Berthelot (voy. le compte rendu de la précédente séance).

Lorsque, en 1861, dit-il, j'ai opposé, pour la première fois, l'existence et les propriétés de deux sortes d'êtres en les désignant par l'expression d'*aérobies* et d'*anaérobies*, ce n'est pas une théorie que j'ai faite. J'ai dit : Il existe des êtres qui ne peuvent vivre, qui ne peuvent se nourrir sans assimiler de l'oxygène libre; ce sont les aérobies; ils ne sont pas ferments. Il existe une autre classe d'êtres pouvant vivre, se nourrir en dehors de toute participation du gaz oxygène libre, par conséquent, en empruntant forcément tout l'oxygène de leurs principes immédiats à des combinaisons, notamment à la matière fermentescible qui est toujours oxygénée : dans ces conditions, ces êtres sont ferments. Mon travail sur ce sujet, son originalité, sont là tout entiers. « Etant admis, dit M. Berthelot, que la levûre est un végétal qui se nourrit et se développe aux dépens de l'oxygène du sucre pendant la fermentation, la levûre ainsi formée devrait être plus riche en oxygène que la levûre initiale... » Comment notre confrère ne s'est-il pas dit que la levûre, après avoir pris l'oxygène, pourrait bien le rendre aussitôt à l'état d'acide carbonique, qui est un produit constant des fermentations proprement dites? Et pourquoi M. Berthelot ne demande-t-il pas à la levûre vivant au contact de l'atmosphère, qui, dans ce cas, prend, à n'en pas douter, de l'oxygène à l'air et le porte sur ses aliments, pourquoi, dis-je, ne demande-t-il pas à cette levûre des produits plus oxygénés que les principes immédiats qui lui sont propres? Le raisonnement de M Berthelot est donc de tous points inacceptable...

J'arrive au deuxième point traité par M. Berthelot : « M. Pasteur, dit-il, continue à rester étranger à l'ordre d'idées qui nous a conduit à regarder comme utile la publication des derniers essais de notre cher et regretté confrère... Il ne s'agissait point d'ouvrir une polémique sur un travail interrompu par la mort de son auteur, mais d'en conserver la trace dans la science... Les personnes qui ne partageraient pas les opinions de notre illustre confrère étaient libres de ne pas s'en occuper ou tout au plus de marquer brièvement leur dissidence. »

Quoique M. Berthelot se défende « d'avoir la coutume de caractériser lui-même la méthode et la logique de ses contradicteurs », qu'il me permette de lui dire que c'est ce qu'il fait ici de la manière la plus directe. C'est son droit, comme c'était le mien vis-à-vis de Bernard et de lui-même; je ne l'en blâme donc aucunement, mais je dois faire observer qu'il en use dans des termes qui ne sont pas du tout conformes à la vérité de l'histoire, car c'est d'histoire qu'il s'agit. L'utilité, en effet, de la publication des derniers essais de Bernard m'a toujours paru parfaitement justifiée, et je suis le premier à remercier M. Berthelot de l'avoir faite. Il doit savoir pertinemment que je ne me suis pas associé aux regrets de ceux qui auraient désiré qu'il me donnât connaissance du manuscrit avant de le mettre au jour...

DE L'ACTION DE LA DIASTASE, DE LA SALIVE ET DU SUC PANCRÉATIQUE SUR L'AMIDON ET LE GLYCOGÈNE. Note de MM. *F Musculus* et *J. de Mering*. — *Conclusions.* Il résulte de nos expériences que :

1° La salive et le suc pancréatique fournissent avec l'amidon les mêmes produits de dédoublement que la diastase, à savoir : dextrines réductrices, maltose et glycose;

2° Le glycogène donne, comme l'amidon, des dextrines réductrices, de la maltose et de la glycose, sous l'influence de la salive et de la diastase;

3° Les dextrines du glycogène diffèrent de celles de l'amidon en ce qu'elles sont moins hygroscopiques et que leur pouvoir réducteur est moindre. De plus, il se produit, dans la saccharification du glycogène, une dextrine inattaquable par la diastase et la salive, quand le pouvoir réducteur est arrivé à 37, ce qui n'arrive avec l'amidon que quand le pouvoir réducteur est de 50. La diastase agit moins énergiquement sur le glycogène que la salive;

4° Il n'existe qu'un glycogène, soit que l'animal dont il provient ait été nourri exclusivement avec des hydrates de carbone, soit qu'il ait été nourri avec des substances albuminoïdes;

5° L'existence de dextrines réductrices et à pouvoir réducteur variable qui accompagnent la maltose et la glycose démontre la nécessité d'avoir recours à la fermentation pour la détermination du sucre dans les liquides de l'économie, et explique, à notre avis, les divergences qui existent entre les résultats obtenus par les différents expérimentateurs, suivant qu'ils ont employé la méthode de fermentation ou qu'ils se sont contentés de la réduction avec la liqueur bleue. L'un de nous (MERING, *Dubois Archiv*, 1877) a, en effet, constaté que le pouvoir réducteur de l'extrait alcoolique du sang de la veine porte, après une nourriture amylacée, augmente de 25 pour 100 quand on le chauffe avec de l'acide sulfurique dilué. Cette augmentation est-elle due à la présence de la maltose, ou d'une dextrine, ou aux deux à la fois?

C'est ce que nous espérons pouvoir déterminer à l'aide de la fermentation.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LES MÉTAMORPHOSES DES TÆNIAS. Note de M. *P. Mégnin*. — Il y a trente ans à peine que l'on sait que les vers vésiculaires sont des larves de Tænias. Le fait a été établi par les belles expériences de MM. Van Beneden, de Siebold, Leuckart, Küchenmeister, etc., dans lesquelles ces expérimentateurs, faisant avaler à des carnassiers des vers vésiculaires, ont vu ces vers se transformer en Tænias adultes dans les intestins de ces quadrupèdes. De ces expériences ces auteurs ont

conclu, non-seulement que les vers vésiculaires étaient des formes imparfaites de Tænias, et non des espèces déterminées ou des vers égarés, malades et hydropiques, comme on le croyait avant eux, mais encore qu'*il était indispensable* que ces vers vésiculaires fussent ingérés par un carnassier, un omnivore, un animal étranger enfin, pour pouvoir arriver à l'état parfait, c'est-à-dire à la forme rubanaire et sexuée.

Cette dernière hypothèse rendait bien compte de l'origine des Tænias des carnassiers et de certains des omnivores (des Tænias à crochets), mais elle était impuissante à expliquer l'origine des Tænias des herbivores (des Tænias inermes). En effet, le cheval, le bœuf, le mouton, le lapin, etc., présentent souvent des Tænias adultes, et cependant ils ne dévorent aucun être susceptible d'héberger les scolex de leurs Tænias.

Plusieurs autopsies de chevaux et celles de nombreux lapins de garenne m'ont donné, dans ces derniers temps, le mot de l'énigme. Chez ces animaux, leurs vers vésiculaires (un Echinocoque pour le cheval et le *Cysticercus pisiformis* pour le lapin), quand ils se développent dans des cavités adventives en communication immédiate avec l'intérieur de l'intestin, cavités résultant de l'agrandissement de follicules ou de glandules dans lesquels les embryons hexacanthes se sont introduits, ou même quand ces vers deviennent libres dans la cavité du péritoine (chez le lapin sauvage), ils continuent leurs métamorphoses sur place et arrivent à l'état adulte, c'est-à-dire rubanaire et sexué, sans quitter l'organisme dans lequel ils ont pénétré à l'état d'œuf microscopique (ayant de 0mm,030 à 0mm,070 de diamètre), soit avec l'eau des boissons, soit avec des aliments herbacés; seulement, dans ce cas, ils donnent un Tænia inerme, tandis que, si le même ver vésiculaire est ingurgité par un carnassier ou un omnivore, il devient, dans les intestins de ces derniers, un Tænia armé, c'est-à-dire qu'ici il conserve les crochets du scolex dont il provient et que dans le premier cas il les perd.

Certains Tænias inermes et certains Tænias armés sont donc deux formes adultes et parallèles du même ver, et les différences, souvent très-grandes, qu'ils présentent, comme, par exemple, le *Tænia perfoliata* du cheval et le *Tænia echinococcus* ou *Tænia nana* du chien, qui proviennent du même ver vésiculaire, sont dues exclusivement à la différence des terrains et des habitations dans lesquels se sont accomplies leurs dernières métamorphoses.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LES DANGERS DE L'EMPLOI DU BORAX EN POUDRE POUR LA CONSERVATION DE LA VIANDE, par M. *G. Le Bon*. — L'auteur maintient, contre ses contradicteurs, que la viande conservée par le borax en poudre a perdu ses propriétés nutritives et finit, après quelques semaines d'emploi, par déterminer des troubles intestinaux.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit : 1° Un travail manuscrit de M. *Aumignon*, intitulé : *Quelques observations au sujet du vaccin et des revaccinations*; — 2° Un travail manuscrit de MM. les docteurs *Planat* et *Hugues* (de Nice), intitulé : *Recherches sur les températures locales au moyen de l'appareil thermo-électrique*.

M. *Gosselin* offre en hommage un exemplaire de la troisième édition de son ouvrage intitulé : *Clinique de l'hôpital de la Charité*.

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur *Émile Duché* (de l'Yonne), une brochure intitulée : *Question des tours pour les enfants abandonnés dans le département de l'Yonne*.

M. *Bergeron* présente en outre, en son nom et au nom de ses collaborateurs, le premier numéro d'un recueil qu'ils viennent de faire paraître sous le nom de *Revue d'hygiène*.

M. le docteur *Delmas* (de Bordeaux) demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui dans la séance du 8 décembre 1877.

M. *le Secrétaire perpétuel* ouvre ce pli cacheté, qui contient cinq propositions « originales », relatives à l'action du froid et de la chaleur sur l'organisme.

M. le docteur *Bucquoy*, médecin de l'hôpital Cochin, lit un travail intitulé : *Anévrysme de l'aorte ascendante traité avec succès par la méthode électrolytique*.

NÉCROLOGIE. — Sur l'invitation de M. le président, M. *Henri Gueneau de Mussy* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Ambroise Tardieu. (Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.)

ANÉVRYSME DE L'AORTE. — M. *Bucquoy* donne lecture d'une observation d'anévrysme aortique traité avec succès par l'électrolyse, et présente à l'Académie la malade qui fait le sujet de son travail.

Il s'agit d'un anévrysme de l'aorte ascendante, développé spontanément chez une femme de cinquante-huit ans. Deux ans environ après son début, la tumeur, animée de battements intenses, faisait au côté droit du thorax un relief considérable; elle occupait les 2e, 3e et 4e espaces intercostaux, sur une étendue de 10 ou 12 centimètres en largeur et de 8 centimètres en hauteur, dans laquelle on ne trouvait plus vestige des côtes ni de leurs cartilages. Il n'y avait aucun signe de compression intra-thoracique, pas de différence entre les deux pouls, pas d'insuffisance aortique, ce qui permettait de diagnostiquer un anévrysme sacciforme, occupant la paroi droite de l'aorte. Les symptômes fonctionnels étaient graves : douleurs très-vives irradiées dans le bras, dyspnée et sensation indicible d'angoisse précordiale.

Dans ces circonstances, M. Bucquoy, enhardi par la situation latérale et excentrique de l'anévrysme, pressé d'ailleurs par l'imminence des accidents, s'est décidé à appliquer l'électrolyse, d'après la méthode de Ciniselli. La première séance eut lieu le 12 juin 1878, sous les yeux du docteur Dujardin-Beaumetz et suivant le procédé modifié dû à ce médecin : deux aiguilles furent enfoncées dans les parties les plus saillantes de la tumeur, à une profondeur de 2 centimètres et demi, et mises alternativement en contact pendant cinq minutes avec le pôle positif d'une pile de Gaiffe, dont le pôle négatif était appliqué sur la cuisse de la malade; la durée totale du passage du courant fut limitée à vingt minutes.

L'opération détermina une douleur très-vive, qui fut suivie d'une tension inflammatoire de la tumeur, avec sensibilité à la pression. Mais en même temps les troubles généraux et fonctionnels se calmaient rapidement, la dyspnée diminuait et le sommeil redevenait possible. Quinze jours après, une seconde séance d'électrolyse fut suivie des mêmes phénomènes, mais amena un affaissement marqué de la tumeur; après trois nouvelles opérations, celle-ci était en grande partie solidifiée, et la malade se trouvait assez bien pour quitter l'hôpital et reprendre son travail. Deux mois plus tard, elle revenait très-fatiguée, très-essoufflée; la poche anévrysmale était de nouveau plus développée, mais il s'en fallait de beaucoup qu'elle eût repris son volume primitif. Quatre nouvelles séances d'électrolyse firent cesser tous les désordres et amenèrent l'anévrysme à l'état où on peut le voir actuellement : la poche affaissée forme une plaque dure, peu dépressible, de consistance fibreuse; à l'extrémité supérieure, il persiste une saillie acuminée, du volume d'une petite noix, animée d'assez forts battements. La guérison n'est donc pas complète, mais rien n'autorise à penser qu'elle ne pourra pas être obtenue.

M. Bucquoy s'appuie sur ce fait et sur plusieurs autres pour établir que l'électrolyse peut rendre de grands services dans les cas d'anévrysme sacciforme, à orifice étroit, n'intéressant qu'un point de la paroi aortique.

Il pense aussi que, dans ces conditions, l'application du pôle négatif n'offrirait aucun danger et qu'on pourrait revenir à la méthode telle qu'elle a été inaugurée par Ciniselli.

SEPTICÉMIE. — M. *Perrin* continue la discussion ouverte à la suite de la communication de M. Panas. La première partie de son discours est consacrée à réfuter les arguments mis en avant par M. Colin.

Une des raisons les plus sérieuses invoquées par M. Colin contre la doctrine de M. Pasteur, c'est que, les germes existant partout dans l'air atmosphérique, tous les blessés sans distinction devraient succomber à la septicémie; il ne devrait

pas, suivant lui, exister une si grande différence entre les résultats des opérations, suivant qu'elles sont faites dans les hôpitaux ou en dehors des hôpitaux, entre les résultats des accouchements, suivant qu'ils ont lieu à la campagne ou dans les maternités.

Cependant la raison logique de ces différences serait, suivant M. Perrin, bien facile à démontrer. Que faut-il, en effet, pour que la septicémie prenne naissance? Il faut: 1° la présence de germes, condition qui, d'après M. Pasteur, ne saurait manquer jamais; 2° un terrain bien préparé, c'est-à-dire l'existence, dans l'organisme, de liquides putrescibles capables de fermenter et de multiplier les germes; 3° enfin des produits développés sur place, comme dans un milieu de culture, et pouvant pénétrer dans l'organisme par voie d'absorption.

Or les plaies des parties molles ne sont pas souvent suivies de septicémie. Dans les plaies contuses, les tissus restent vivants, les liquides aussi, particulièrement la lymphe plastique susceptible de s'organiser rapidement et d'échapper ainsi à l'influence de la putréfaction. Il n'y a que le sang et le pus qui soient exposés à cette influence, et encore seulement dans les cas où il y a stagnation de ces liquides exposés au contact de l'air.

Combien différentes sont les conditions dans lesquelles se trouvent les blessés atteints de plaies du système vasculaire ou du système osseux! Ce sont ces deux catégories de plaies qui donnent le plus souvent naissance à la septicémie. D'une part, en effet, leur puissance réparatrice est moindre, et, d'autre part, les vaisseaux restant béants au fond de la plaie constituent des voies toujours activement ouvertes à la résorption.....

En face de cette septicémie de cause *externe*, démontrée par les expériences de M. Pasteur, n'y a-t-il point de place pour une septicémie de cause *interne*, qui serait due à la présence, dans l'organisme, d'éléments septiques non venus du dehors, mais ayant pris naissance au sein de l'organisme lui-même? Certains faits sembleraient conduire à l'admission de cette nouvelle forme d'empoisonnement. M. Gosselin et d'autres chirurgiens ont trouvé des bactéries dans le pus des parties profondes de l'organisme non exposées à l'air; on en a trouvé également dans des collections purulentes survenues à la suite de fièvres graves, de la fièvre typhoïde, de la variole, etc.; M. Perrin a ponctionné un kyste hydatique dont le liquide a été trouvé plein de vibrions.

Il est donc admissible que, sans l'intervention de l'air, des éléments putrides existent dans l'organisme, susceptibles, par leur multiplication, de déterminer des accidents analogues ou identiques à la septicémie de cause externe.

Ces deux ordres de faits sont, suivant M. Perrin, de nature différente et méritent d'être distingués l'un de l'autre. De là le nom de septicémie *interne* qu'il propose de donner aux faits du deuxième ordre. Cette catégorie est, sans doute, encore mal connue, l'explication de ces faits est encore insuffisante; mais ce sera l'œuvre de l'avenir d'en donner l'explication logique, et de compléter ainsi la grande découverte de M. Pasteur.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre le rapport de M. Laboulbène sur les titres des candidats aux places de correspondants.

Société de biologie.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Hémianesthésie et contracture hystériques traitées par les courants électriques : M. Leloir. — Action purgative du sulfométhylate de sodium : M. Rabuteau. — Changements de coloration chez les seiches pendant l'accouplement; étude des spermatophores : M. Pouchet. — Athétose limitée aux orteils : M. Tison. — Présentation d'un cerveau d'aphasique : M. Magnan. — Thermométrie cérébrale : M. Bert

M. *Leloir* donne le résumé de trois observations d'hystériques. Deux femmes atteintes d'hémianesthésie complète ont été guéries, en une seule séance de cinq minutes, par l'application des courants faradiques. Une d'elles a cependant conservé quelques troubles sensoriels. Une troisième a été débarrassée de contractures déjà anciennes par l'application, pendant douze jours, de courants galvaniques; chaque séance durait dix heures. Dans aucun cas il n'y a eu de phénomènes de transfert.

— M. *Rabuteau* présente des échantillons d'un sel dont il vient d'étudier les propriétés purgatives. C'est le sulfométhylate de sodium : $C^2H^3NaSO^4$, dérivé de l'acide sulfométhylique, lequel s'obtient en traitant l'acide sulfurique par l'alcool méthylique : $H^2SO^4 + (C^2H^3)HO = (C^2H^3)HSO^4$ (acide sulfo-méthylique) $+ H^2O$. Ce sel, difficilement cristallisable, facilement altérable à l'air, injecté à la dose de 10 grammes dans les veines d'un chien, a produit chez cet animal de la constipation. M. Rabuteau a conclu de ce fait que le même sel ingéré dans les voies digestives devait être purgatif; et l'expérience tentée sur deux malades a justifié cette hypothèse. C'est un purgatif qui n'a pas de saveur désagréable et provoque sans coliques des selles rapides. Il agit à la dose de 15 à 18 grammes; pris en quantité plus faible, il est absorbé, décomposé et éliminé avec les urines sous forme de sulfate.

M. *Bert* fait observer que les purgatifs salins, absorbés lorsqu'on les administre à petites doses, doivent, dans ce cas, agir comme constipants. M. Leven rapproche cette action de celle de l'opium, qui donné en petite quantité détermine l'anémie de la muqueuse gastro-intestinale et arrête la diarrhée, et qui trop longtemps continué ou pris en trop forte quantité produit les phénomènes opposés. M. Rabuteau persiste à croire que les purgatifs salins, auxquels seuls il applique cette considération, agissent uniquement en modifiant les phénomènes d'osmose qui se passent à la surface de l'intestin. Injectés dans les veines, ils constipent : M. Moreau et M. Jolyet ont reconnu ce fait qu'avait contesté Cl. Bernard; introduits dans l'intestin, ils purgent, mais sans déterminer aucune congestion de la muqueuse.

— M. *Pouchet*, en son nom et au nom de M. *Barrois*, fait part à la Société de divers phénomènes qu'ils ont observés chez les seiches à Concarneau. Deux animaux de stature inégale mis en présence l'un de l'autre ont aussitôt offert sur les parties dorsales et latérales du corps une série de lignes alternativement brunes et blanches, tigrage très-élégant qui a disparu pendant une lutte à laquelle ils se sont livrés. Bien que les deux sujets fussent mâles, M. Pouchet a regardé leur enlacement comme une tentative d'accouplement, car il a trouvé sur le long bras de l'un d'entre eux des spermatophores. Ceux-ci ont été recueillis et examinés au microscope : outre les spermatozoïdes rangés en séries parallèles à l'une de leurs extrémités, les spermatophores contiennent une substance agglutinative qui se dégage par l'autre extrémité au moment où le spermatophore est projeté, et qui le fixe au point sur lequel il tombe. Enfin la paroi interne de l'enveloppe commune du spermatophore est doublée d'une couche de matière hygroscopique, dont le gonflement explique l'expulsion successive de cette sorte de glu et à sa suite des spermatozoïdes eux-mêmes.

— M. *Tison* lit une observation d'athétose. M. L..., âgé de trente-trois ans, atteint à vingt ans d'une simple hémiplégie faciale droite qui disparut rapidement, présente depuis l'âge de vingt-cinq ans des mouvements involontaires continus limités aux trois derniers orteils du pied gauche, et depuis une date plus récente quelques oscillations analogues, mais très-faibles, dans les derniers orteils droits. Il n'existe aucun autre trouble d'innervation motrice; aucun trouble de sensibilité, sauf un peu d'engourdissement de la jambe gauche. M. Tison porte le diagnostic d'athétose, rattache cette affection à l'hémiplégie faciale antérieure, malgré la faible intensité de celle-ci; il fait remarquer le long intervalle qui a séparé l'hémiplégie de l'athétose, le croisement au point de vue du siége des deux ordres de phénomènes, et la limitation tout à fait rare des mouvements athétosiques aux orteils.

— M. *Magnan* présente le cerveau d'un aphasique. Pendant sa vie, le sujet avait présenté cette variété d'aphasie où le *langage intérieur* est conservé, c'est-à-dire que, sans pouvoir nommer les objets, le malade savait très-bien les désigner du geste lorsqu'il en entendait prononcer le nom. A l'autopsie, on constate la présence d'un gliosarcome qui, disséquant, pour ainsi dire, le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale gauche, se portait en dedans de celle-ci et l'isolait de l'insula. Cette disposition des lésions, rapprochée des phénomènes observés avant la mort, semble favorable à l'opinion des physiologistes qui établissent une distinction entre les centres destinés à l'idéation et les appareils de transmission destinés à la production même de la parole.

Comme fait accessoire, M. Magnan signale l'usure, sans aucune trace de suppuration, des points les plus saillants des bords supérieurs des deux rochers, et, malgré les soupçons de syphilis que fait naître l'autopsie, demande s'il ne s'agit pas là d'une absorption interstitielle due à la compression de la base crânienne par le cerveau, que la tumeur de la voûte refoulait en bas d'une façon continue. M. Malassez approuve cette manière de voir, et rappelle à ce sujet l'usure des os par les anévrysmes.

— M. *Bert*, laissant le fauteuil à M. Malassez, indique les premiers résultats d'observations qu'il entreprend sur la thermométrie cérébrale, au moyen d'appareils thermo-électriques. Les rhéophores sont appliqués sur le front, toujours d'une façon symétrique; les régions du cuir chevelu ne peuvent convenir à ces recherches, en raison même des causes d'erreur qu'implique la présence des cheveux par leur abondance variable, par la façon dont ils retiennent la chaleur, etc. A l'état de repos intellectuel, les deux côtés semblent présenter la même température; quelquefois pourtant elle est un peu supérieure à gauche; elle le devient au moment du travail (déclamation, effort de mémoire pour réciter des vers); parfois aussi elle est restée stationnaire. Dans aucun cas elle n'a été inférieure.

X. ARNOZAN.

REVUE DES JOURNAUX

Les institutions de police sanitaire internationale et les maladies pestilentielles exotiques, par M. le docteur A. FAUVEL.

Dans le nouveau journal (*Revue d'hygiène*), dont M. le docteur Vallin vient de prendre la direction, et qui se présente sous les meilleurs auspices, M. le docteur Fauvel aborde avec une grande compétence, une question qui a soulevé dans ces dernières années des discussions ardentes et souvent passionnées, celle de l'efficacité des quarantaines maritimes et par conséquent de leur maintien ou de leur suppression. Il pose comme règle que : « le seul critérium de l'utilité de ces mesures est que la somme des garanties qu'elles donnent à la santé publique soit supérieure à celle des inconvénients qu'elles présentent. » Or, d'après lui (et il cite l'exemple de Marseille préservée en 1873, tandis que le choléra avait envahi Gênes et Naples d'une part, Rouen et Paris de l'autre), ces garanties sont souvent très-réelles; du reste, elles sont subordonnées à mille circonstances et aux intérêts qui sont en jeu.

Mais les quarantaines maritimes, comme toutes les mesures du même genre, pour pouvoir donner de bons résultats, ont besoin d'être appliquées avec discernement et d'une manière complète; c'est pour ce motif que M. Fauvel est l'ennemi d'une législation trop rigoureuse, qui n'est jamais complétement respectée, parce que tous ont intérêt à s'y soustraire. Il concède cependant que pour le choléra, qui tient le premier rang sous le rapport des maladies pestilentielles dont l'invasion est redoutable en Europe, les mesures sanitaires soient bien plus rigoureuses dans les ports méridionaux, et surtout dans ceux de la Méditerranée, que dans les Etats du Nord; c'est ainsi, du reste, que les quarantaines sont bien plus sévères en Italie, en Portugal, en Espagne et surtout à Gibraltar que dans les autres pays.

M. Fauvel fait de plus observer que la provenance ordinaire des navires que reçoivent certains ports, par exemple nos ports de l'Océan et de la Manche, peut modifier les règlements qui les concerne, et il cite comme exemple la différence des quarantaines à Bordeaux, Nantes ou le Havre d'une part, et à Marseille et Toulon de l'autre. Les mesures prises à l'intérieur du pays, pour éviter la propagation, peuvent également modifier la législation des quarantaines, et c'est ainsi que l'Angleterre, si sévère pour les quarantaines maritimes à Gibraltar, à Malte, à Aden, est au contraire chez elle, où l'hygiène est bien surveillée, d'une excessive douceur.

En somme, c'est seulement contre le choléra, la fièvre jaune et la peste que, dans l'état actuel, on peut prendre des mesures de prophylaxie générale.

Pour ce qui est du choléra, par exemple, quand il suit la voie de terre et qu'il arrive en Europe par la Perse et la Russie, les quarantaines maritimes n'ont qu'une importance secondaire, et peuvent seulement retarder l'invasion du mal et préserver certains pays. Que si, au contraire, il nous est importé par la mer Rouge, Suez et la Méditerranée, il est évident que les quarantaines acquièrent une énorme influence, et que bien observées, réglementées, en se basant sur une connaissance exacte de l'incubation et de la contagion du mal, elles peuvent en arrêter la marche, et dans ce dernier cas l'Egypte sera la véritable barrière à lui opposer; et M. Fauvel fait remarquer que deux fois déjà, en 1872 et 1878, des mesures sanitaires sagement observées en Egypte ont préservé l'Europe de l'invasion du choléra.

Pour ce qui est de la fièvre jaune, il est important de prendre quelques mesures, mais beaucoup moins que pour le choléra.

Est-il nécessaire de prendre des mesures prophylactiques contre la peste bubonique? Cette question se représente après avoir été fermée pendant un quart de siècle, où la peste était éteinte, même en Orient; mais depuis vingt ans on l'a vue reparaître à diverses reprises, soit dans la province de Tripoli, soit, bien plus fréquemment, dans son berceau originel, dans le bassin du Tigre et de l'Euphrate. Cette apparition à grande distance nous expose à des invasions. Voyons maintenant quel est l'ensemble des mesures proposées. Ici, comme pour le choléra, le point le plus important est d'éviter l'invasion de l'Egypte, car l'Egypte envahie, c'est, à cause du grand commerce qui se fait par Alexandrie et Suez, tout le bassin de la Méditerranée menacé, c'est tout le commerce de l'Inde compromis; il est donc, dans ce cas, nécessaire que le commerce comprenne qu'il a tout intérêt, par des quarantaines bien observées dans le golfe Persique et sur la côte d'Egypte, à éviter à tout prix l'envahissement de ce dernier pays.

La conclusion générale est donc que l'ensemble des mesures à prendre contre le choléra et la peste consiste à protéger hors de l'Europe l'Egypte et les côtes de la mer Cas-

pienne; mais cela n'enlève pas l'intérêt des quarantaines locales, qui peuvent éviter l'invasion par des navires ou caravanes ayant forcé la barrière, ou encore circonscrire l'épidémie.

M. Fauvel termine le plaidoyer en faveur du maintien des mesures prophylactiques, en faisant remarquer que, vu la grande importance du mouvement maritime, le nombre des navires atteints est très-restreint.

Nous avons voulu résumer pour nos lecteurs les principaux traits de cette étude, car en France l'hygiène publique est souvent trop négligée. C'est un point important de la médecine, à une époque où les relations internationales se multiplient si vite, que d'étudier ce qui se passe chez nos voisins et de nous garantir des épidémies dont ils souffrent. Ce but est un de ceux que se propose d'atteindre la *Revue d'hygiène*, dont nous extrayons cet article; elle mettra ainsi la médecine française à même d'appliquer les règles reconnues salutaires. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1re année, n° 1, p. 8. — G. Masson.)

De l'emploi de la belladone dans le traitement de l'obstruction intestinale, par le docteur NORMAN KERR (de Londres).

L'auteur rapporte 5 observations d'obstruction intestinale guérie par la belladone à haute dose. Voici comment le traitement fut appliqué : 1 ou 2 grains d'extrait de belladone toutes les heures (6 à 12 centigrammes), fomentations opiacées sur le ventre, lavements chauds. Presque tous les malades étaient dans une situation désespérée. Or, ils guérirent complétement, et cette guérison fut obtenue dans un laps de temps qui varia de six à neuf heures. L'un prit jusqu'à 16 grains d'extrait, près de 1 gramme. L'auteur ne donne aucun renseignement précis sur la nature de l'obstruction. (*Archives médicales belges*, novembre 1878.)

Du traitement chirurgical de la dysménorrhée, par le docteur MARION SIMS.

Dans ce mémoire, l'auteur donne une description détaillée des deux opérations connues sous les noms de Simpson et de Sims. Ces deux opérations diffèrent complétement l'une de l'autre. Dans la première, il s'agit d'une incision bilatérale pratiquée dans le but de guérir la sténose du col utérin; dans l'opération de Sims, l'incision est antéro-postérieure. Bien plus, les deux opérations ne s'appliquent pas aux mêmes affections. Celle de Simpson convient aux cas où il existe une sténose de la portion vaginale d'un col régulièrement développé; celle de Sims ne s'applique qu'aux cas où le col est irrégulièrement développé, c'est-à-dire lorsque le segment postérieur est plus long que l'antérieur, et qu'il existe en même temps de l'antéflexion.

Le but de ce mémoire est d'établir la distinction qui existe entre ces deux opérations, qui ont chacune une origine différente et des applications diverses. A Simpson revient sans contredit le mérite d'avoir proposé et pratiqué une opération chirurgicale pour le traitement de la dysménorrhée; à Sims revient la priorité d'avoir proposé plus tard une opération différente pour le traitement de la sténose du col et de la stérilité. (*New-York med. Record*, 18 octobre 1878.)

De l'emploi du lait comme dissolvant et comme véhicule de la quinine, par le docteur BATTERBURY.

L'auteur appelle l'attention des médecins sur ce fait que le lait est non-seulement un bon dissolvant de la quinine, mais encore dissimule l'amertume de ce médicament. Il affirme que 5 centigrammes de sulfate de quinine dissous dans 30 grammes de lait donnent une solution dont l'amertume est à peine perceptible, et que 10 centigrammes dissous dans la même quantité de lait ne lui communiquent pas une amertume marquée. Une dose de 25 centigrammes peut être administrée dans 60 grammes de lait sans le rendre désagréable, et, si on met cette quantité dans un verre de lait, toute amertume disparaît.

Cette méthode paraît présenter des avantages spéciaux pour l'administration de la quinine aux enfants.

M. Palmer, médecin de Birmingham, a confirmé ces observations et recommandé l'usage d'une solution de quinine dans la glycérine à la dose de 5 centigrammes pour 5 grammes. Le remède est donné dans un verre de lait. (*Archives médicales belges*, novembre 1878.)

Nouveau procédé pour la recherche des spermatozoïdes dans l'urine, par M. ROUVIER.

Voici le procédé préconisé par l'auteur :

On laisse reposer l'urine pendant douze heures, après addition d'un peu de benzine, en été, pour empêcher la putréfaction; on décante et l'on recueille le précipité floconneux. Ce précipité est introduit dans un tube à essai. On l'additionne d'un peu d'éther, et l'on agite vivement le mélange.

Au bout de quelques minutes l'éther se réunit à la surface du liquide sous forme gélatineuse. Cet éther, retiré avec une pipette, est versé dans un verre conique et additionné d'une petite quantité d'eau distillée. Tous les spermatozoaires de l'urine à essayer se trouvent ainsi réunis dans un très-faible volume, et chaque préparation microscopique en contiendra au moins cinq ou six en moyenne par champ. (*Lyon médical*, 1er décembre 1878.)

Observation de rupture périnéale chez une multipare sans lésion de la vulve, par le docteur REEVES.

Il s'agit d'un cas de déchirure du périnée sans implication de la vulve, la délivrance ayant été effectuée par le rectum. L'auteur rapporte cette observation : 1° à cause de sa rareté : il n'a pu trouver dans les annales de la science que deux cas de ce genre; 2° à cause de sa rareté chez les multipares : il n'a pu trouver aucun cas de rupture centrale du périnée observé chez une multipare. (*New-York medical Record*, 12 octobre 1878.)

De la dégénérescence amyloïde du rein, par le docteur LITTEN.

L'albuminurie a toujours été regardée comme un symptôme des plus importants de la dégénérescence amyloïde des reins. Litten conteste cette opinion d'après quelques cas qu'il a observés. Dans le premier, il s'agissait d'un jeune homme de dix sept ans, chez lequel on avait diagnostiqué une phthisie pulmonaire et intestinale avec coïncidence de dégénérescence amyloïde du foie, de la rate et de la muqueuse intestinale. L'examen des urines fut fait chaque jour et jamais on n'y constata la présence d'albumine, jamais non plus le microscope n'y montra des éléments anormaux. Ces caractères négatifs avaient fait admettre que les reins ne participaient pas à la dégénérescence. L'autopsie, faite avec soin, confirma le diagnostic sur tous les points, sauf le dernier; les deux reins étaient altérés, et le microscope y démontra, avec une entière évidence, la dégénérescence amyloïde.

Dans le deuxième cas, il s'agissait aussi d'un phthisique; dans le troisième, c'était un syphilitique. Dans ces deux cas encore, l'examen journalier de l'urine n'y décela jamais l'al-

bumine, et à l'autopsie on trouva l'altération amyloïde des reins.

Litten insiste surtout sur le premier cas, où l'on a pu vérifier pendant trois mois l'absence d'albuminurie. Dans tous les trois, le résultat de l'examen microscopique est donné avec beaucoup de détails.

Après une étude attentive de ces cas et d'autres de Pleich et Klob, dans lesquels il s'agit de syphilides viscérales graves, avec dégénérescence amyloïde de divers organes et des reins, et dans lesquels aussi l'albuminurie a fait défaut, s'appuyant encore sur les divers auteurs qui assignent des dates différentes à l'apparition de l'albuminurie dans la dégénérescence amyloïde des reins, il conclut : Ce qu'on peut dire avec quelque certitude, c'est que, dans la dégénérescence amyloïde limitée aux anses capillaires des glomérules, il y a albuminurie, et c'est le cas le plus fréquent; mais dans la dégénérescence amyloïde limitée aux capillaires interstitiels, avec faible altération de ceux des glomérules, l'albuminurie peut manquer. (*Berlin. klin. Wochensch.* juin 1878; et *Lyon médical*, 1er décembre 1878.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies vénériennes, par M. le docteur Louis Jullien. 1 vol. in-8 de 1120 pages, avec 127 fig. intercalées dans le texte. — Paris, 1879, chez J.-B. Baillière et fils.

Si ce sujet n'a pas encore été traité magistralement, c'est, on peut le dire sans viser au paradoxe, c'est parce que, jusqu'ici, il n'avait été traité que par des maîtres. Chacun d'eux, chacun de nous, — qu'on me souffre ce mouvement d'orgueil qui va vite recevoir son châtiment, — chacun de nous a, sinon sa doctrine générale, au moins sa conception préférée, son point spécial dans la spécialité. Aussi, qu'arrive-t-il? Tous les ouvrages *ex professo*, ou sont dès leur apparition incomplets, ou le deviennent par le fait même de leur mérite (témoin l'excellent livre de M. Rollet, le seul en faveur duquel je voudrais faire une exception, et où tant de pages, jadis indispensables pour une démonstration alors contestée, doivent aujourd'hui au triomphe de ces idées l'honneur d'être devenues inutiles). Ailleurs, dans nos divers classiques, ici prédomine le culte de l'érudition, là celui des formules toutes faites. L'un s'attache à l'étude des lésions d'un seul appareil organique, l'autre à l'impossible réhabilitation d'un passé qui n'appartient même plus à la discussion. A côté de celui-ci, lestement bâclé en vue d'un concours académique, apercevez-vous celui-là, rédigé en vue de la postérité qui en suit avec plus d'impatience que d'espoir la trop consciencieuse élaboration? Tel in-12 paraît s'adresser exclusivement aux clients; tel in-8, admirablement rempli cependant, ne se préoccupe que d'un sexe ; attrayant spécimen dont l'embonpoint ne laisse pas que de nous inspirer quelque perplexité sur ce que pourra bien être le *frère*, s'il doit naître digne d'une telle *sœur !*

L'œuvre de M. Jullien a une origine, un caractère et, nous le croyons, une portée tout à fait dissemblables. Connu jusqu'ici par une seule monographie qui révéla un talent hors ligne de dialecticien et d'écrivain, M. Jullien a trouvé dans son obscurité primitive les conditions de son succès. Elève de la première école syphiligraphique française (1), puis, poursuivant ses études à Paris, partout il s'est fait aussi sympathique aux personnes qu'indépendant des doctrines : partout, conséquemment, il a pu puiser aux sources mêmes, que sa notoriété de futur classique faisait ouvrir devant lui avec une libéralité sans réserve. Grâce à ces premières relations, il a pu établir à l'étranger la correspondance la plus fructueuse avec les sommités enseignantes ou militantes de notre monde spécial.

Le voyez-vous, dès lors, le jeune agrégé, libre d'ambition, plus libre encore de clientèle, tout entier au travail qui le passionne ; collationnant les textes ; contrôlant la tradition, voire l'assertion magistrale, par la clinique et le microscope ; aux heures de doute, ranimant son ardeur aux éloquentes leçons et aux colloques familiers des chercheurs de vérités ; voyant jaillir sous sa plume les solutions inattendues qu'engendre à coup sûr l'incubation assidue d'un sujet exploré, d'une cause instruite à fond ! Ah ! je ne saurais, sans enthousiasme, retracer ce tableau où tant d'entre nous vont retrouver leurs plus chers souvenirs; mais je ne saurais non plus m'y reporter sans quelque jalousie, car à bien peu de nous les conditions de toute nature ont souri aussi propices.

De ce tête-à-tête non interrompu avec la plus austère des muses, le résultat est sous nos yeux. Et vraiment, ce n'est pas sans fierté qu'un syphili-philographe voit sur sa table ce magnifique volume de onze cent vingt pages de texte serré, et où se devine à chaque instant la nécessité qui s'est imposée à l'auteur d'abréger, de condenser, pour y faire facilement figurer rien que les notions réellement constituantes d'une spécialité dont le baptême scientifique date à peine d'un demi-siècle.

Le but que s'est proposé M. Jullien peut, ce nous semble, s'énoncer en deux mots : rassembler des informations en quantité et qualité telles que, sur chaque question, tantôt elles permettent à l'auteur d'asseoir dès à présent un jugement conforme aux lois de la méthode expérimentale, et que tantôt, au contraire, elles l'obligent à ajourner ce jugement en se contentant jusque-là d'un *modus vivendi* capable de satisfaire aux exigences de la pratique.

L'analyse de M. Jullien aboutit, le plus souvent, à une solution positive. Mais il a bien soin, dans ce cas, de ne présenter la conclusion qu'accompagnée des prémisses qui la suggèrent et l'appuient, car procéder par simple affirmation, fût-ce même au nom d'une expérience étendue et consciencieuse, ne saurait suffire à fonder une loi.

J'en puis, à mes dépens, citer un bon exemple. Dès que j'eus âge de spécialiste, j'ai dit, écrit, professé sans relâche, que les plaques muqueuses résistent obstinément au traitement spécifique interne, si on ne lui associe pas une médication locale, astringente ou caustique. Or, qu'est-il advenu de ma prédication? Simplement ceci : à ce que je disais avoir observé, on a constamment opposé une dénégation aussi nette, aussi absolue et se réclamant, disait-on, d'une pratique non moins vaste, non moins éclairée ; si bien que j'en étais à douter presque de moi-même, à me demander si ce que je voyais depuis trente-cinq ans, je l'avais bien réellement vu !

Sur ces entrefaites, intervient M. Jullien. Lui aussi, il opine dans mon sens; lui aussi, il argue de l'observation. Mais, de plus, il explique le fait clinique par l'examen histologique. Mettant à profit les recherches récentes, il scrute, il décompose la texture élémentaire de la lésion dite plaque muqueuse, et finalement établit, avec autant de certitude dans la preuve que de précision dans les termes, que, en ce qui regarde cette lésion anatomique, « l'hyperplasie des papilles ne représente que le produit d'un processus vulgaire évoluant sur un sol infecté », lumineux aperçu qui, faisant entrer le fait empirique parmi les faits explicables, lui donnera enfin sa place au nombre des acquisitions définitives de la science. Cette conquête, d'ailleurs, n'est point stérile. Elle paye immédiatement, si l'on peut ainsi parler, ses frais de culture, en confirmant dogmatiquement la prééminence du traitement local dont M. Jullien expose avec un soin extrême non-seulement les règles générales, mais ce qu'il y a de particulier dans leurs procédés d'application selon l'espèce des lésions et selon le siége qu'elles affectent.

(1) Je crois pouvoir qualifier ainsi celle où a vu le jour, à côté de la théorie qui règne (Rollet), la thérapeutique qui régnera.

Nous avons laissé entrevoir que l'auteur n'est pas moins instructif quand il croit devoir suspendre son jugement que lorsqu'il est immédiatement en mesure de le prononcer. Il faut aussi donner une idée de sa manière dans ce second cas beaucoup plus commun que ne le pensent les satisfaits de l'état actuel, ceux que Vidal appelait les syphiligraphes *arrêtés*.

Ce droit de douter, précieuse sauvegarde de la vérité scientifique, est, — suivant la manière dont on l'exerce, et surtout dont on le justifie, — soit le refuge d'un esprit justement exigeant en fait de preuves, soit au contraire l'expédient d'un arbitre qui n'a pas pris le temps d'instruire suffisamment l'affaire. Quoique M. Jullien use incomparablement plus souvent de la première, nous ne serons point embarrassé néanmoins pour trouver dans son livre un frappant exemple de l'une et de l'autre de ces deux manières, et nous lui devons de les exposer l'un et l'autre avec la même franchise.

Il en est des systèmes scientifiques comme des partis politiques. Quand ils ont fait leur temps, quand ils deviennent bons à remplacer, ne comptez point pour atteindre ce but sur une charge à fond de train, sur un adversaire exclusif, passionné, se proposant de faire table rase. Ce qui en vient sûrement à bout, c'est une opposition modérée, impartiale, signalant les prétentions injustifiables, les lacunes évidentes, sans se refuser à tenir compte des services rendus et des mérites réels, enlevant ainsi à l'accusé la ressource d'alléguer qu'on l'a jugé sans l'entendre et de parti pris. Eh bien ! c'est précisément là l'excellente position que M. Jullien prend dans la grave et litigieuse question des indications du mercure comme agent curatif de la diathèse syphilitique. Dans l'impossibilité de reproduire ici ses considérants presque tous empruntés à la statistique, donnons en quelques lignes le dispositif de ce jugment, bien fait pour rallier les suffrages de quiconque a vu à l'œuvre, en mutuel conflit, la maladie et son *spécifique*. « Quant au chancre, dit-il, la lésion est-elle grave, le sujet paraît-il, en raison de sa constitution ou de ses antécédents, mal défendu contre l'intoxication virulente, nous ne nous croirions pas en droit de lui refuser l'appui d'un allié aussi efficace que le traitement mercuriel. Telle serait également notre conduite en présence d'un malade insouciant, rebelle aux soins de l'hygiène et susceptible de répandre la contagion. Tout autre serait notre manière de traiter un chancre absolument bénin, développé sur un sujet résistant, soumis à une hygiène irréprochable ; à celui-ci nous conseillerions l'abstention du mercure comme une chance à courir, du moins tant que la syphilis serait bénigne. » — Pendant la période secondaire, « les nombreux faits de vérole naturelle que nous avons recueillis, dit M. Jullien, et ceux qu'offre chaque jour la pratique prouvent sans contestation possible la curabilité spontanée des syphilides. D'autre part, l'observation n'est pas moins affirmative en ce qui concerne l'influence réelle du mercure sur leur disparition. Par conséquent, si la syphilis est très-légère, le malade, pour le moment, ne gagnera pas grand'chose à user des spécifiques ; il est même probable qu'il bénéficiera de l'abstention mercurielle, abstention qui, du reste, pourra et devra n'être prolongée qu'autant que les accidents resteront bénins. Sont-ils graves, au contraire, il faut sans hésiter prescrire l'hydrargyre, car livrés à eux-mêmes, l'expérience nous a appris qu'ils guérissent très-lentement ou même subissent une incessante aggravation. Pour les premiers donc, hygiène et toniques ; pour les derniers, spécifiques. » — Enfin, quant à la réalité de l'action du mercure pour éteindre la diathèse : « En dépit des traitements les plus opiniâtres, dit l'auteur, on voit chaque jour des malades en butte à de désespérantes récidives, et la statistique nous apprend que, s'ils sont souvent retardés, les maux de la phase ultime ne sont point évités par l'absorption d'une grande quantité de mercure. Dès lors, la logique conseille de ne demander au spécifique suspect que la part d'action strictement nécessaire à la cure des lésions existantes. Guérissez donc l'accident, mais ne croyez pas qu'en centuplant la quantité d'hydrargyre nécessaire pour blanchir le sujet, vous atteindrez la cause du mal. »

Après cette question si impartialement et si profondément creusée, il nous faut, pour remplir la dernière partie de notre programme, en rappeler une où la critique ne nous paraît pas empreinte au même degré de ces qualités essentielles. Quelques auteurs — parmi lesquels je réclame une bonne place — professent que le fœtus né d'un père syphilitique peut, durant la gestation, transmettre l'infection à sa mère. Plus de trente faits venus de diverses sources, et plusieurs d'entre eux publiés avec tous les détails nécessaires, ont été rassemblés à l'appui de cette opinion. M. Jullien était admirablement en mesure de discuter ces observations dont quelques-unes, il faut le reconnaître, sont fort discutables. Mais, soit par un sentiment de déférence — dont on ne lui saura aucun gré, — soit faute d'espace (ce problème n'est abordé qu'à la page 999), il se borne à dire que « la lecture des observations ne lui semble pas de nature à entraîner une conviction absolue. » Nous déplorons d'autant plus ce sommaire déni d'examen, chez l'ingénieux auteur du *Traité pratique des maladies vénériennes*, que nous avions plus espéré de son intervention dans un débat qui, en dehors de la médecine proprement dite, touche à tant de mystères, physiologiques et conjugaux (1).

D'autres problèmes plus en rapport avec les tendances actuelles de la science sollicitaient l'ardeur investigatrice de M. Jullien. Ils ne l'ont pas sollicitée en vain. Toutefois, nous demandons instamment à n'être point, à cet égard, cru sur parole, mais bien et seulement sur preuve, que nous fournissons en résumant la description, tracée de main d'histologiste et de clinicien, de *l'état général pendant la période secondaire*.

Avant de faire connaître les éruptions qui caractérisent plus spécialement la phase secondaire de la syphilis, l'auteur consacre de longs développements à l'étude des troubles généraux inséparables de cette période. La plupart se rattacheraient, selon M. Jullien, à la lésion primordiale du système lymphatique. C'est l'hyperplasie ganglionnaire, locale d'abord, puis généralisée ; c'est la lymphite avec ses cordons noueux le long des membres, ce sont ces abcès, peu fréquents à la vérité, auxquels on a donné le nom d'*écrouelles secondaires*. Et, poursuivant jusque dans ses moindres diverticulums les ramifications de ce vaste système, l'auteur, dans une généralisation hardie, nous fait assister comme à une sorte d'imprégnation spécifique des tissus lymphoïdes. La rate se gonfle entravant la circulation des vaisseaux courts et produisant alternativement soit l'anorexie, soit la boulimie ; dans les glandes de Peyer, dans les follicules intestinaux, le même processus, qui peut être suivi d'ulcérations graves, amène souvent l'entérite. Dans l'arrière-bouche et dans le revêtement de l'isthme du gosier, les amygdales et les glandes vasculaires sanguines de la muqueuse subissent un gonflement antérieur au développement des altérations superficielles. Enfin il ne serait point irrationnel, selon lui, d'attribuer l'hyperchromie cutanée qui constitue la syphilide pigmentaire a _ trouble fonctionnel que subissent vraisemblablement les cap

(1) Un de ces jours derniers, amicalement pressé par moi de justifier le doute qu'il maintient sur la réalité de la *syphilis par conception*, M. Jullien me dit : « Puisque toute mère d'un enfant héréditairement syphilitique peut allaiter cet enfant sans prendre de lui la syphilis (loi de Colles), c'est parce qu'elle était déjà syphilitique. Or, si elle l'était, pourquoi serait-ce son enfant, et pourquoi ne serait-ce pas son mari qui l'a infectée ? » — A quoi je répondis immédiatement : « Assurément le mari peut infecter sa femme ; mais quand cela a lieu, c'est toujours sous une seule et même forme, savoir : un chancre initial, suivi, dans le délai ordinaire, de lésions secondaires. Or, il existe, on a observé deux autres formes d'infection maternelle : 1° celle qui ne consiste qu'en l'irréceptivité au contact des lésions de son nourrisson infecté ; 2° celle (répondant à ma *syphilis par conception*) où les lésions secondaires apparaissent d'emblée sans qu'il y ait eu d'accident primitif. Eh bien ! puisque ni l'une ni l'autre de ces deux formes ne rappelle celle qui résulte d'une contagion venant du mari, que reste-t-il pour en rendre logiquement compte, sinon la transmission s'étant opérée du fœtus à la mère ? »

sules surrénales. Mais ce n'est pas tout : s'emparant des données récentes, mais peut-être contestables de l'histologie, l'auteur ne voit dans une certaine catégorie d'ostéopathie que la conséquence de phénomènes similaires se passant au sein du squelette. Étant admis que les cellules médullaires sont des cellules lymphatiques, « quoi de plus rationnel, dit-il, en effet, que d'attribuer le soulèvement du périoste à la tuméfaction de la couche médullaire qui le tapisse, et qui, fatalement, comme la rate, comme les amygdales, ou tout organe lymphoïde, subit l'influence du virus? Et ces douleurs dont l'os devient le siége vers la même époque, ne dénotent elles pas qu'un semblable phénomène, se passant au sein de la moelle, met en jeu la sensibilité de cet organe, si vive, on le sait, à l'état normal? »

Vient ensuite l'interprétation étiologique des désordres cérébraux hépatiques et rénaux : l'épilepsie, l'ictère, le diabète, l'albuminurie, la phosphaturie transitoire, sont successivement mentionnés à ce point de vue. Sur ces symptômes, non plus que sur les arthropathies et l'ensemble des lésions qui constituent le pseudo-rhumatisme syphilitique, je n'insisterai pas ; mais je tiens à signaler le paragraphe relatif aux troubles des fonctions utérines, à cause de la comparaison établie par l'auteur entre les effets du virus syphilitique et ceux de l'intoxication saturnine. Rien de plus démonstratif que les faits relatés dans ce parallèle saisissant qui permet à l'auteur de se prononcer entre les diverses théories émises jusqu'ici pour expliquer la stérilité.

Le chapitre se termine par l'examen de l'influence que l'état général syphilitique peut exercer sur les maladies intercurrentes traumatiques ou spontanées. Sur cette question très-fort à l'ordre du jour actuellement, je dirais presque à la mode, M. Jullien s'est appliqué à ne produire que des faits précis. Aussi a-t-il su se garder de l'exagération que nous serions bien tenté de reprocher à plus d'un auteur contemporain.

Ces extraits pris aux bons endroits, il est vrai, mais assez nombreux, assez étendus pour disculper l'analyste du reproche de partialité, nous dispensent de tirer plus explicitement de semblables prémisses la conséquence qu'elles font si clairement pressentir. Mieux qu'une appréciation personnelle, en effet, ils permettent au lecteur de juger quelles ressources il trouvera dans une œuvre où l'abondance et la sûreté des informations, la judicieuse réserve de la critique, la justesse des aperçus originaux, s'allient à une élégante sobriété de style et — qualité, dans notre spécialité, trop peu en usage pour ne pas y être tenue en honneur — à une courtoisie de polémique dont la science a certes plus encore à se féliciter que les savants.

P. Diday.

Index bibliographique.

Hospice de Marseus. Rapport général administratif et relevé statistique du service médical pour les années 1875, 1876 et 1877, par M. le docteur Girard de Cailleux, médecin-directeur de l'asile. Deux broch. in-8. — Fribourg, 1877-1878. Imprimerie Fraguière.

M. Girard de Cailleux a entrepris la difficile tâche de créer et d'organiser un asile d'aliénés, destiné à recevoir les malades du canton de Fribourg, en Suisse. Cet établissement, situé à Marseus, a été ouvert le 20 novembre 1875, et depuis cette époque, grâce aux qualités d'administrateur de son médecin en chef, il n'a fait que progresser et gagner en importance. On sait qu'en France les directeurs sont obligés de présenter chaque année un rapport médico-administratif, qui doit être soumis au conseil général du département sur lequel est situé leur asile. M. Girard de Cailleux a suivi, pour l'hospice de Marseus, cette excellente obligation, et les deux rapports qu'il a déjà publiés nous donnent des renseignements, non sans intérêt, sur les diverses parties de son service.

Tout ce qui concerne la situation financière, les frais d'exploitation du domaine qui entoure l'hospice, les coupes des forêts, l'entretien des bâtiments, le chauffage, l'éclairage, etc., tout cela constitue des questions de ménage qui ne peuvent nécessairement intéresser nos lecteurs. Il y a heureusement une bonne partie des rapports qui est consacrée à l'exposition des résultats médicaux. Nous y apprenons que l'établissement, qui a commencé avec 22 malades, en possédait déjà 89 au 31 décembre 1877, dont 49 hommes et 40 femmes. L'auteur indique successivement les professions exercées par ses malades, leur état civil, leur culte, etc. Puis il énumère les formes de délire dont ils sont atteints; ici nous ne pouvons nous empêcher de faire quelques objections à la nomenclature qu'il a adoptée et qui nous semble à tous égards vicieuse et inacceptable. M. Girard de Cailleux a une tendance — tendance fâcheuse, à notre avis — de multiplier à l'infini les espèces morbides. Ainsi, pourquoi ces distinctions subtiles qu'il cherche à établir entre ce qu'il appelle le *délire mélancolique avec convictions délirantes de persécutions et penchant au suicide* et le *délire mélancolique avec idées imaginaires de persécutions;* puis, plus bas, et dans le même tableau, il admet encore le *délire de persécution avec réactions et double penchant au suicide et à l'homicide* et le *délire de persécutions avec mélancolie.* Que deviendrait la nomenclature si M. Girard de Cailleux, au lieu de 89 malades, en avait 300 ou 400? Elle serait interminable, à voir la tendance qu'il a de créer autant de distinctions morbides que de phénomènes incidents que présentent les aliénés. C'est là une exagération contre laquelle on ne saurait assez réagir.

A. R.

Électricité statique. — Traitement des maladies nerveuses, des affections rhumatismales et des maladies chroniques, par M. le docteur A. Arthuis. 2e éd. 1 vol. in-8. — Paris, 1878, V. A. Delahaye et Cie.

Non-seulement on n'est pas encore fixé sur le mode d'action de l'électricité statique, mais on sait combien est difficile l'emploi de cette électricité trop soumise aux variations atmosphériques. M. Arthuis aurait, paraît-il, apporté aux procédés connus jusqu'ici des modifications heureuses, puisqu'il dit n'avoir eu que des succès dans les affections les plus variées, paraplégie, ataxie loco motrice, chorée, épilepsie, surdité, phthisie pulmonaire et vieillesse; nous n'avons rien à ajouter sur un ouvrage qui, malgré sa forme médicale, doit être renvoyé au public étonné.

Étude sur la pression intra-labyrinthique, par M. le docteur Martial Morisset, ancien interne provisoire. Thèse de Paris, 1878. 1 vol. in-8 de 100 pages. — V. A. Delahaye et Cie.

On sait depuis les travaux de de Trœltsch, de Duplay et de Gelli, que l'augmentation ou mieux l'exagération de la pression intra-labyrinthique a une importance considérable dans les modifications de l'audition. M. Morisset a voulu étudier le rôle physiologique du liquide labyrinthique. On sait qu'à l'une des extrémités du canal osseux recourbé, constituant le labyrinthe, la platine de l'étrier comprime le liquide de Cotugno, qui étant incompressible, trouve un lieu de dégagement dans l'orifice du canal obturé par une membrane flexible, véritable régulateur de la tension intra-labyrinthique: la fenêtre ronde. La tension normale intra-labyrinthique, égale à la pression atmosphérique, varie dans certaines limites physiologiques et pathologiques. Pendant la déglutition et pendant l'accommodation de l'appareil auditif, la tension intra-labyrinthique résulte de l'antagonisme des agents compresseurs ou dépresseurs des liquides de l'oreille entière. Au moment de la déglutition, la tension intra-labyrinthique, d'abord augmentée par l'aspiration du tympan vers la partie interne de la caisse, redevient ensuite normale par le redressement secondaire de la cloison tympanique. Dans le phénomène de l'accommodation de l'appareil auditif, la prédominance du muscle interne du marteau, tenseur du tympan et du liquide labyrinthique, est combattue par l'action opposée du muscle de l'étrier. On peut dire que pendant les deux phénomènes physiologiques précédents deux puissances musculaires, muscles apériteurs de la trompe d'Eustache et muscle interne du marteau, augmentent par leur contraction la tension intra-labyrinthique, tandis que le muscle de l'étrier et deux membranes fibreuses élastiques luttent contre l'action excessive des deux premiers agents de compression du liquide labyrinthique. Or, la rupture de l'équilibre entre ces deux forces opposées amène fatalement une modification dans la pression intra-labyrinthique.

Le rapport existant à l'état physiologique entre la tension des vaisseaux de l'oreille interne, et celle du liquide de Cotugno peut

être détruit soit par un trouble circulatoire général, soit par une lésion du grand sympathique ou du trijumeau produisant, dans la cavité close du labyrinthe, une congestion ou des troubles trophiques susceptibles d'exagérer la pression intra-labyrinthique. Or, l'excès de la tension intra-labyrinthique, produit des troubles auditifs : bourdonnements, surdité; ou des troubles réflexes, vertige, titubation, etc.

M. Morisset établit une comparaison entre le glaucome de l'œil et ce qu'il appelle le glaucome auriculaire. De même, dit-il, que le glaucome simple peut dégénérer en glaucome hémorrhagique, de même l'exagération de la pression intra-labyrinthique produite lentement par un refoulement de la platine de l'étrier, ou par toute autre cause, peut-être accrue par un épanchement sanguin qui transforme le glaucome auriculaire simple en glaucome auriculaire aigu ou mal de Menière.

Le traitement du glaucome auriculaire est basé sur la pathogénie de cette affection. Nous renvoyons à l'excellente thèse de M. Morisset pour tout ce qui concerne cette partie d'une étude qui a demandé à l'auteur des recherches d'autant plus longues et plus délicates que la question n'avait pas encore fait le sujet d'aucune monographie.

De l'action thérapeutique et physiologique de l'ergot de seigle, étude expérimentale et clinique, par M. le docteur J.-H. Peton. In-8 de 100 pages. — Paris, 1878. V. Adrien Delahaye et Cie.

Dans une première partie, l'auteur a fait l'étude expérimentale de l'ergot de seigle; il a cherché à établir par des expériences positives le mode d'action de l'ergot de seigle sur la circulation locale et générale, ainsi que sur la tunique musculaire de l'utérus gravide; il arrive à cette conclusion que l'action de l'ergot se localise sur la fibre musculaire lisse, et que, par conséquent, plus vite on parvient à mettre en contact l'agent actif avec la fibre lisse, plus vite l'action est produite; par conséquent l'injection hypodermique est le meilleur moyen.

La seconde partie est consacrée à une étude comparative entre l'intensité d'action des diverses préparations d'ergot. Il donne la préférence aux solutions toujours identiques préparées par M. Yvon.

Enfin, dans une troisième partie, consacrée à l'étude clinique et renfermant de nombreuses observations, M. Peton montre les résultats obtenus dans différentes hémorrhagies : métrorrhagies, hémorrhagies du tube digestif, hémoptysies, épistaxis. Il donne toujours la préférence à la méthode hypodermique,

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Berthelot, inspecteur général de l'enseignement supérieur, professeur au Collége de France.

Au grade d'officier : M. Michel Moring, directeur de l'Assistance publique.

Au grade de chevalier : MM. Fieuzal; Arthuis; Liétard, inspecteur adjoint des eaux de Plombières; Gailleton (de Lyon); Bergier, Lorne et Baldy (de Paris); L'Hermitte; Le Roy des Barres, chirurgien de la maison d'éducation de Saint-Denis.

Nécrologie. — M. Mathieu père, le fondateur de l'importante fabrique d'instruments de chirurgie, aujourd'hui dirigée par ses fils, vient de succomber. Un grand nombre de nos confrères ont eu souvent l'occasion d'apprécier le talent et l'aménité de M. Mathieu, qui, parti d'une modeste situation, était arrivé à occuper un rang élevé dans l'industrie à laquelle il s'était voué.

— On annonce la mort de M. le docteur Halleguen, président de la Société médicale du Finistère.

— M. le docteur Mollien, député de la première circonscription de Péronne, vient de succomber aux atteintes d'une maladie de cœur dont il souffrait depuis longtemps.

La secte des sangsues. — Aurait-on jamais imaginé qu'il existât une *secte des sangsues?* Voici cependant les curieux détails que nous trouvons sur cette étrange communion dans le *Sonntagsruhe*, de Vienne : Par le fait de l'intolérance en matière religieuse, le nombre des sectes les plus extraordinaires augmente de jour en jour en Russie. Suivant des données statistiques, publiées par le Saint-Synode, l'année dernière a donné le jour à cent trente-sept sectes nouvelles, dont la plus remarquable est, sans contredit, celle des « sangsues ». Les adeptes de cette secte religieuse se recrutent parmi les paysans du district de Gasasowetz, gouvernement de Wologda. La doctrine de cette secte veut que les nouveau-nés, ainsi que les personnes adultes qui désirent en faire partie, au lieu d'être baptisés dans l'eau, le soient dans le sang humain provenant de la saignée opérée sur des sujets du sexe féminin. A la suite des pratiques abominables consacrées par ce rite insensé, la mortalité parmi les personnes du sexe a de beaucoup augmenté dans le gouvernement de Wologda. Il faut encore ajouter qu'au lieu du sein de la mère, *c'est du sang humain tout chaud* qu'on donne à boire aux nourrissons. (*Union médicale.*)

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 10 au 16 janvier 1879, on a constaté 1039 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 21. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 0. Variole, 11. — Croup, 20. — Angine couenneuse, 14. — Bronchite, 14. — Pneumonie, 95. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 6. — Erysipèle, 6. — Autres affections aiguës, 269. — Affections chroniques, 465. — Affections chirurgicales, 54. — Causes accidentelles, 26.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La syphilis du cerveau, par Alfred Fournier, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Leçons cliniques recueillies par E. Brissaud. 1 volume in-8 de 654 pages. Paris, G. Masson. 10 fr.

Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparées de l'homme et des animaux, faites à la Faculté des sciences de Paris, par H. Milne Edwards. Tome XIIIe, première partie. Fonctions de relations (suite). — Actions nerveuses excito-motrices. Paris, G. Masson. 7 fr.

Essai de physiologie générale appliquée à l'étude de la vie et de la mort, par le docteur Elie Goubert. Paris, G. Masson. 4 fr.

Cri d'alarme. Du tabac au point de vue médical, ses effets désastreux sur l'homme fait, sur l'enfant à l'école primaire, au lycée, etc., par le docteur Blanchet. 1 vol. in-18. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

Le Cuaco, ses propriétés médicales, son application. Traitement des affections cancéreuses, etc., par le docteur G. Von Schmitt. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr.

De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement, par le docteur A. Bulteau. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

De l'état de nos connaissances sur l'affection ourlienne ou oreillons, par le docteur Pinet. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

De la pneumonie du sommet, par le docteur Saint-Ange. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

De l'amputation utéro-ovarique, comme complément de l'opération césarienne, par le docteur Imbert de la Touche. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

Du rôle de la contagion dans l'étiologie de la fièvre puerpérale, par le docteur Pollasson. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur l'audition, la respiration et la phonation, leur traitement, par le docteur Lœwenberg. In-8, avec 2 fig. dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON. 2

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

Emploi de la pancréatine dans les dyspepsies et en particulier dans les dyspepsies gastro-intestinales et les diarrhées chroniques (1),

Par le docteur Mario Huchard.

Les bons effets obtenus par la pancréatine, dans certaines affections intestinales, s'expliquent par les propriétés suivantes : 1 gramme de cette substance suffit à émulsionner 15 grammes de matières grasses, à digérer 50 grammes de fibrine, 20 grammes de syntonine, 33 grammes d'albumine cuite, et à changer en glycose 8,89 d'amidon. Par conséquent, il suffit de cinq pilules à 20 centigrammes chacune pour produire toutes ces transformations, que l'on obtiendra encore plus sûrement si l'on se conforme au sage conseil donné par M. le professeur Gubler, c'est-à-dire si l'on fait recouvrir ces pilules de cire, afin qu'elles puissent passer dans l'estomac sans être attaquées par le suc gastrique et arriver intactes dans la cavité duodénale.

Nous revenons sur cette question, que nous avons déjà traitée dans ce même recueil (voyez *Union médicale*, année 1874, tome XVIII, pages 493 et 766), à propos d'un travail intéressant que vient de faire paraître un médecin de marine, *Sur l'emploi de la pancréatine dans la diarrhée chronique de Cochinchine*. (*Archives de médecine navale*, mai 1878, p. 352.)

Le docteur Bertrand, s'appuyant sur l'action physiologique du suc pancréatique, vient en effet, à son tour, de démontrer tout le parti que l'on peut tirer de l'emploi de cette substance dans la diarrhée chronique de Cochinchine, et nous pensons utile de résumer succinctement les faits contenus dans ce travail, parce qu'ils confirment les recherch que nous avons faites depuis plusieurs années pour des cas à peu près semblables. Il a remarqué que, dans ces cas, soit qu'il s'agisse de la diarrhée chronique d'emblée ou de la diarrhée dysentérique, l'examen des selles démontre que les aliments sont mal digérés, à ce point qu'on les retrouve presque intacts. Or, ce défaut de digestion intestinale est dû à la disparition de la couche glanduleuse de la muqueuse intestinale, à la destruction des glandes de Lieberkühn, ou encore à la production exagérée du tissu embryonnaire qui étouffe et comprime les éléments sécréteurs. De plus, à l'autopsie de plusieurs malades morts de diarrhée chronique de Cochinchine, l'auteur a trouvé souvent l'atrophie et un certain état de sclérose du pancréas coïncidant parfois avec de pareilles altérations du côté du foie et de la rate. Cette diminution de volume, avec augmentation de consistance du tissu pancréatique, a été signalée du reste par M. Barrallier. (*Arch. de méd. navale*, 1875.)

On conçoit qu'après avoir constaté une telle lésion, M. Bertrand ait eu l'idée d'employer la pancréatine pour suppléer à la diminution de sécrétion pancréatique. Sous l'influence de cette médication, les résultats suivants ont été assez promptement obtenus :

1° L'aspect des déjections s'est heureusement modifié ; elles sont devenues plus homogènes, mieux liées ;

2° Les aliments prescrits ont été mieux digérés, puisque, chez trois malades attentivement observés, l'examen microscopique a montré que, dans leurs déjections, la caséine, abondante au début, tendait à disparaître ; que la quantité de globules graisseux diminuait ; que les fibres striées devenaient de plus en plus rares, et que les grains de fécule s'y montraient à peine. Le lait, la viande, le riz avaient donc plus complétement qu'autrefois subi la digestion intestinale ;

3° Sous l'influence de cette amélioration, les forces sont revenues assez vite, le poids des malades a augmenté (de 3 kilogrammes en 19 jours pour le premier malade, de 2kg,700 en 12 jours pour le second). Sans aucun doute, le régime lacté reste toujours la médication par excellence dans ces cas de diarrhée chronique ; mais, dans certaines conditions, le lait se digère mal, et il paraît formellement indiqué de recourir aux préparations pancréatiques jusqu'à la complète réparation des lésions intestinales.

Tels sont les résultats remarquables obtenus par l'honorable médecin de la marine ; nous avons tenu à les rapporter, parce qu'ils confirment ceux que nous avons également constatés depuis plusieurs années. On sait combien certaines diarrhées chroniques sont rebelles, même dans nos climats, à tout traitement; le régime lacté est parfois mal supporté, les digestions sont toujours pénibles, laborieuses ; l'amaigrissement et la perte des forces font des progrès lents et certains; les eaux minérales, et parmi elles celles de Plombières, ne conjurent les accidents que pour un temps ordinairement assez court. — A ce sujet, je me rappellerai toujours le fait d'une femme, âgée de soixante ans, qui souffrait depuis plus de dix ans de troubles intestinaux caractérisés par de la constipation coïncidant avec de véritables débâcles, diarrhées profuses qui contribuaient puissamment à affaiblir la malade. Tous les eupeptiques avaient été employés : la pepsine, l'extrait de malt, les préparations de noix vomique, de colombo, etc. L'hygiène alimentaire de la malade était sévèrement et sagement observée ; malheureusement le lait était mal digéré et contribuait même pour sa part à augmenter les accidents gastro-intestinaux : deux saisons à Plombières avaient seules réussi à calmer les accidents pendant quelques mois, mais bientôt ils prirent une nouvelle intensité. Le traitement devenait d'autant plus difficile que la guérison de la diarrhée, sous l'influence du sous-nitrate de bismuth, des opiacés, du diascordium, etc., donnait lieu rapidement à une constipation opiniâtre, et que celle-ci devenait à son tour la cause de débâcles diarrhéiques très-abondantes. C'est alors que j'eus recours à l'emploi de la pancréatine (40 centigr. en

(1) *Union médicale*, août 1878, p. 181.

deux pilules de 20 centigr. au milieu de chaque repas). Sous l'influence de ce traitement, qui fut continué pendant six mois, les digestions devinrent régulières, normales; les alternatives de constipation et de diarrhée disparurent, et je pus, après quelques mois, ordonner avec le plus grand succès le régime lacté, qui fut alors très-bien toléré. Les garde-robes, qui étaient souvent lientériques, un peu graisseuses, devinrent plus liées, plus normales, avec une moindre quantité d'aliments mal digérés. Depuis un an, la guérison ne s'est pas démentie, à la condition cependant, pour cette malade, de revenir de temps en temps à l'usage de ses pilules pancréatiques.

J'aurais encore plusieurs observations à peu près semblables à présenter; mais, pour ne pas m'exposer à des redites, je me borne à les signaler. Elles concernent plusieurs dyspeptiques qui, en outre des troubles gastriques (perte d'appétit, digestions laborieuses, flatulenses stomacales, etc.), présentaient souvent des accidents intestinaux caractérisés surtout par de l constipation et de la diarrhée. La médication par la pancréatine a toujours réussi dans ces cas, mais à une condition : c'est que cette médication fût continuée pendant un temps assez long, et qu'elle fût même reprise de temps en temps.

Dans certaines entérites de l'enfance, la pancréatine, donnée sous forme d'élixir à la dose d'une cuillerée à café ou d'une cuillerée à dessert, produit les meilleurs effets.

Enfin il est permis de se demander si ce médicament ne pourrait pas trouver aussi son emploi dans ces cas de diabète qui s'accompagnent d'une altération plus ou moins profonde du pancréas, et qui ont été signalés dernièrement par M. Lancereaux. C'est là une question que nous nous bornons à poser, en chargeant l'avenir de la résoudre.

Dans tous les cas, il résulte de tout ce qui précède que la pancréatine est un médicament très-utile, très-actif dans toutes les dyspepsies et surtout dans les dyspepsies gastro-intestinales, dans les diarrhées chroniques, dans les dysentéries chroniques, l'entérite de l'enfance et de la vieillesse, dans tous les cas de dégénérescence du pancréas, dans tous es cas où la sécrétion et l'excrétion de la bile étant entravées, mettent obstacle pour une bonne part à la digestion ou plutôt à l'émulsion des matières grasses, et, par conséquent, dans tous les ictères chroniques.

(*Union médicale.*)

Fer et manganèse; nouvelles recherches sur leur emploi thérapeutique.

« Les préparations de manganèse, dit M. le professeur » Pétrequin, de Lyon, commencent à juste titre à fixer l'at» tention médicale. Le rôle important qu'elles me paraissent » appelées à jouer en thérapeutique me fait une obligation » de revenir sur cette intéressante étude. »

Si, dans l'espèce, obligation il y a pour le savant professeur de l'École de médecine de Lyon, une même obligation nous incombe de le suivre dans ses recherches, puisqu'il affirme qu'il s'est efforcé d'approfondir certains points de la question qu'il n'avait d'abord fait qu'indiquer; qu'il apporte des faits nouveaux, des indications et des vues particulières, une expérience plus étendue et un ensemble de préparations nouvelles aujourd'hui sanctionnées par la pratique.

On sait, depuis des années déjà, que le manganèse, comme le fer, existe dans le sang, ce qui a été péremptoirement démontré par des analyses faites par les plus savants chimistes: Scheele, Gahn, Budach, Millon, Marchessaux, Wurzer, Fourcroy, Vauquelin, Gmelin, etc. Un de nos compatriotes même, le docteur Hannon, de Bruxelles, a confirmé ce fait par de nombreuses expériences.

Il y a plus : MM. Pétrequin et Burin du Buisson, faisant des analyses du pus pour un mémoire sur la *Pyogénie et la suppuration bleue*, reconnurent que le plus louable, exempt de tout mélange de sang et d'impureté, renferme du fer et du manganèse. Donc, que ces deux produits fassent simultanément partie intégrante de notre organisme, c'est un fait irrévocablement acquis à la science, qui ne comporte plus aucune espèce de contestation.

Ainsi, le manganèse doit se trouver en certaines proportions dans l'organisme humain pour constituer l'état de santé. Dès qu'il diminue outre mesure, comme pour le fer, la maladie commence et elle s'aggrave comme la perte de ce métal augmente. Il devient alors urgent, pour le praticien, d'en ramener les proportions à l'état normal.

Que l'on guérisse parfois l'insuffisance du fer dans le sang et les maladies qui en résultent, sans le secours du manganèse, M. Pétrequin l'explique par la présence parfaitement établie de ce dernier métal dans l'alimentation animale et végétale; mais, en général, les proportions en sont si minimes qu'elles restent impuissantes à achever une cure radicale et exempte de récidive. Aussi, comme l'ont observé la plupart des praticiens, entre autres Trousseau, Pidoux, Bouchut, Hannon, Cazin, Guersant, Blaud, Wahu, etc., les affections chlorotiques cèdent-elles difficilement à la médication martiale pure.

« Ce sont des maladies, dit Trousseau, dont les femmes » se souviennent toute leur vie, en ce qu'elles sont sujettes » à récidives ou qu'elles conservent, avec les apparences » de la santé, la plupart des troubles fonctionnels qui » forment leur apanage. »

Cela étant établi, on comprend que dans toutes ces affections il ne suffise pas d'administrer le fer seul.

Pétrequin, avec Trousseau et Pidoux dans leur *Traité de thérapeutique*, ont pratiquement reconnu que si dans ces cas le fer amène plus ou moins promptement une amélioration marquée, en général il est impuissant à compléter la cure. Il se présente donc ici une indication complémentaire à remplir, et cette indication, c'est de donner au fer son adjuvant naturel, le manganèse.

« Si le fer, disait Hannon, ne produit pas de bons effets » après un mois, il faut administrer le métal qui manque (le » manganèse), sans cela, il y a danger; car, lorsque les ferru» gineux ne guérissent pas le malade, ils empirent sa position. »

« C'est surtout dans les maladies du sang, dit Pétrequin, » que les préparations ferro-manganiques m'ont rendu de » notables services. Elles ont une action spéciale sur l'appa» reil vasculaire, sur l'hématose et sur le liquide sanguin » lui-même. Elles m'ont été d'un admirable secours dans la » chlorose que détermine la puberté chez les jeunes per» sonnes, maladie, selon Blaud et Wahu, beaucoup plus » commune qu'on ne le pense chez les adolescents, même

» chez les adultes du sexe masculin et chez les femmes à l'âge » critique, où il s'opère dans l'organisme une révolution » inverse à celle de la puberté. »

L'aménorrhée, la dysménorrhée, les métrorrhagies, les cachexies anémiques qui succèdent aux fièvres intermittentes; les chloro-anémies dont se compliquent certaines opérations; les suppurations prolongées ; les affections strumeuses, syphilitiques, cancéreuses; la phthisie, etc., tout cela est justiciable des préparations ferro-manganiques ou d'iodure ferro-manganique. Ces préparations, dit M. Pétrequin, agissent comme toniques analeptiques et régénérateurs, qui exercent une action vivifiante sur l'estomac et le système nerveux, et qui portent au sang les éléments nécessaires à la formation de l'hématosine et à la production de nouveaux globules, de manière à reconstituer l'état normal du liquide sanguin.

La chloro-anémie provoque du côté du cœur des désordres fonctionnels plus ou moins intenses, qu'il importe de ne pas négliger. Il en est de même pour les poumons : souvent la gêne de la respiration et de l'hématose est telle que l'on croirait à une lésion organique; certaines chloroses même simulent la phthisie à cause de la dyspnée, de la toux, des douleurs vagues de la poitrine et du dépérissement.

Il faut couper court à cet état morbide, car plus d'une fois des tubercules ont pu se développer sous l'influence chlorotique; tandis que la maladie prise à point, cède heureusement aux formules ferro-manganiques.

Enfin, les maladies nerveuses se trouvent intimement liées aux maladies du sang; elles réagissent les unes sur les autres. C'est ainsi que les névroses et les névralgies de l'appareil digestif sont souvent des complications ou des conséquences de la chlorose. Or là où les stomachiques et le quinquina avaient échoué, l'auteur s'est très-bien trouvé des préparations ferro-manganiques. Il en a été de même dans diverses névropathies, suites d'épuisement de causes diverses.

Le savant professeur de Lyon ne s'est pas seulement borné à rechercher les indications générales et particulières de l'emploi des préparations ferro-manganiques, il a voulu aborder également la question des formules pharmaceutiques, pour en faire un choix restreint, afin de mieux en apprécier les effets.

Voici les préparations auxquelles il s'est arrêté et qu'il a fait préparer par M. Burin du Buisson, pharmacien distingué de Lyon.

1° Pilules de carbonate ferro-manganeux;

2° Pilules ou dragées d'iodure ferro-manganeux;

3° Dragées de lactate ferro-manganeux;

4° Eau gazeuse ferro-manganique que l'on emploie à la dose d'une cuillerée à café de poudre pour chaque verre d'eau ou de vin que l'on boit aux repas et qui se prend de préférence aux eaux ferrugineuses.

(*Tribune médicale.*)

Séve de pin maritime de Lagasse; son emploi dans la bronchite aiguë et chronique.

Le goudron, depuis quelques années, a obtenu une vogue considérable. Il a été l'objet d'études sérieuses de la part de savants distingués : c'est à qui trouverait la meilleure manière de l'approprier aux formes pharmaceutiques. Mais le goudron subissant l'action du feu pour sa préparation, et cette action portant une certaine atteinte à ses vertus médicatrices, un pharmacien de Bordeaux, M. Lagasse, a imaginé de faire des préparations pharmaceutiques, tout directement avec la séve de pin maritime au moment même où elle découle de l'arbre. Dans cet état naturel, ces préparations se rapprochent des toniques par les résines, des sédatifs et des analeptiques émollients par les principes gommeux, pectinés et sucrés qu'elles contiennent, ce qui rend leur action à la fois fortifiante, sédative et, dans certains cas, antispasmodique.

Pourquoi envoie-t-on les personnes atteintes d'affections chroniques des voies respiratoires à Arcachon? C'est parce que l'on connaît aujourd'hui parfaitement l'efficacité des térébenthacées, résultant de leurs propriétés excitantes, qui diminuent les sécrétions des membranes muqueuses pulmonaires aussi bien que des membranes muqueuses vésicales.

« Il est facile, dit le docteur Amédée Keredan, de Bordeaux, » dans la *Revue médicale*, de constater les propriétés très- » prononcées de ces nouveaux agents thérapeutiques dans » les catarrhes, les bronchites, les hémoptysies et autres » états morbides de la membrane muqueuse pulmonaire, et » leur vertu puissante dans les diverses périodes de la » phthisie.

» Sous leur influence, on voit cesser les expectorations » sanguinolentes, se dissiper les toux les plus opiniâtres; de » même l'oppression, les douleurs de poitrine, l'altération de » la voix, les fièvres disparaissent peu à peu, l'appétit revient » plus vif, la digestion plus facile, les malades, en un mot, » éprouvent un changement notable et semblent renaître à la » vie. »

Les médicaments préparés par M. Lagasse, avec la séve de pin maritime, sont offerts sous la forme de *sirop* et de *pâte*. Ils jouissent de propriétés sédatives très-prononcées, contre les accès nocturnes des asthmatiques, et ils calment les paroxysmes de dyspnée et les quintes de toux si accablantes dans ces affections. Ces préparations, d'un goût agréable, sont tolérées par les estomacs les plus délicats. Pour obtenir un effet durable, il faut les donner assez longtemps pour modifier l'organisme tout entier.

« Le sirop et la pâte de séve de pin, dit le docteur Keredan, » peuvent être conseillés alternativement ou même simulta- » nément, selon les circonstances. Nous ordonnons ces médi- » caments trois fois par jour à dose progressive, en rapprochant » ou en éloignant les doses, selon les progrès de la lésion or- » ganique. Elles varieront avec l'âge, la force du sujet et les » conditions individuelles particulières à chaque malade.

» En moyenne, nous conseillons aux adultes le sirop de » séve depuis quatre cuillerées à bouche jusqu'à six par jour; » pour les enfants, deux à trois cuillerés suffisent le plus » souvent. La pâte s'emploie à la dose de huit à dix morceaux « par jour. »

(*Le Scalpel.*)

Goutte, rhumatisme et diathèse urique ; traitement.

Le rhumatisme, la goutte et la diathèse urique sont de même famille. Ces affections, procédant du même principe morbide, comportent à peu près les mêmes moyens curatifs. On connaît suffisamment l'étiologie de la goutte ; elle consiste dans la rétention, dans l'intimité des tissus, des matières destinées à être éliminées, telles que l'acide urique, les urates, les phosphates, etc., considérés par Forber, Parkinson, Wollaston, Petit, Garrod, etc., comme étant la cause prochaine et l'essence même de la goutte et de ses congénères.

Ce fait étant admis, il en est résulté la conséquence toute simple qu'il fallait rechercher les médicaments capables d'éliminer ces produits morbides de l'économie. Ce n'était pas bien difficile à trouver, s'il s'agissait de tenir compte de l'action chimique seulement. En effet, par l'emploi des alcalins, on pouvait espérer d'arriver à la dissolution plus ou moins prompte et complète des sels dont il est ici question. Mais, ainsi que l'ont prouvé les expériences physiologiques et cliniques, les sels de soude activent d'une façon toute spéciale le travail de désassimilation et, par ce fait même, ils placent l'organisme dans des conditions d'imminence morbide qu'il ne faut pas perdre de vue.

« Donner des alcalins, soit dans l'état de santé ou de maladie, disent Trousseau et Pidoux, ne peut jamais être chose indifférente. Pris sans indication durant peu de temps, ils ne causent en somme qu'un trouble momentané ; pris en grande quantité et longtemps, ils causent une cachexie, un amaigrissement déplorable.

» Déjà les anciens avaient admirablement indiqué l'influence des alcalins sur la composition du sang. Ils avaient vu que ce liquide nourricier devenait plus fluide, qu'il se décolorait et que, à la fin, il s'établissait une cachexie alcaline, caractérisée par la pâleur, la bouffissure générale et des hémorrhagies passives. En outre, il survenait un amaigrissement irréparable. Depuis quelques années, l'usage excessif que l'on a fait des eaux de Vichy, de Carlsbad et de Pougues, dans le traitement de la goutte, a permis de juger cette grave question, et nous ne craignons pas de dire que l'abus des alcalins a causé plus de mal que l'abus de l'iode et du mercure. »

Aujourd'hui, Trousseau et Pidoux ne sont pas seuls à penser de cette façon. Les expériences physiologiques faites en France, en Allemagne, en Angleterre, etc., ont suffisamment établi que les alcalins, non-seulement ne méritent guère la faveur spéciale dont ils ont joui pendant longtemps, mais qu'ils doivent être administrés avec une grande prudence si l'on ne veut voir éclore la cachexie alcaline, l'anémie et toutes ses conséquences.

Si les alcalins, à cause des dangers auxquels ils exposent, ne peuvent être employés, à quelle autre médication devrait-on avoir recours pour arriver à prévenir ou à combattre la diathèse uro-rhumatismo-goutteuse? Il semblerait que l'on trouve réunis dans un seul et même produit pharmaceutique, dans l'huile de genévrier, tous les éléments nécessaires pour atteindre ce but avec succès.

L'huile de genévrier, résultant de la combustion et de la distillation réunies des baies et du bois de genévrier, participe tout à la fois des propriétés du goudron par ses produits résineux et balsamiques et de celles de la térébenthine par son huile essentielle. Or, voici ce que dit Bouchardat à ce sujet :

« Introduits dans l'appareil de la circulation, les principes actifs des balsamiques y produisent des effets dignes d'être notés. C'est d'abord une stimulation générale, qui se manifeste plusieurs heures après leur administration par une élévation du pouls, une agitation fébrile insolite, etc.; mais ce qui est surtout remarquable, c'est de la pesanteur dans la région des reins, c'est la modification que l'urine éprouve dans son odeur et souvent aussi dans sa composition. »

L'huile de genévrier a une action très-bienfaisante sur l'appétit, les digestions et la circulation. Il en résulte un mouvement plus rapide du sang, une élaboration plus complète des éléments fournis par l'absorption intestinale, et, de là, une augmentation de l'urée, une diminution de l'acide urique et la sécrétion d'une quantité plus considérable d'urine.

« L'infusion des baies de genévrier et leur extrait, disent Trousseau et Pidoux, sont plus spécialement appropriés à faciliter la sécrétion de l'urine dans les hydropisies et à fortifier l'estomac. »

« Leur spécialité d'action ou la prédominance de leurs effets du côté de l'appareil urinaire, dit M. le professeur Gubler, a fait réserver leur emploi pour les cas où il convient d'augmenter la diurèse. »

L'huile de genévrier possède encore la propriété d'insensibiliser les surfaces au contact desquelles elle est amenée et de soulager promptement les coliques néphrétiques, comme elle a celle de guérir le catarrhe vésical, de ramener la contraction des parois musculaires de l'organe qui se vide plus complétement ; elle prévient ainsi la fermentation des urines et les prédispositions à l'hématurie.

De tout ce qui précède, il faut conclure que :

1° L'huile de genévrier remplace avantageusement les sels alcalins dans toutes les affections goutteuses, arthritiques, dans la gravelle, etc., en un mot, dans toutes celles qui sont caractérisées par la présence, en excès, d'acide urique et autres sels de nos sécrétions ;

2° Excitant de digestion, elle relève les forces en activant les fonctions digestives au lieu de produire l'anémie, comme tous les alcalins ;

3° Excitant de combustion, elle provoque l'oxydation complète des corps azotés et assure leur transformation en urée ;

4° Puissamment diurétique, elle opère la dissolution ou l'élimination de tous les sels qui auraient de la tendance à séjourner dans les reins ;

5° Balsamique, elle arrête les fermentations ammoniacales de l'urine dans la vessie, guérit les catarrhes de sa muqueuse, ramène sa contractilité, prévient et guérit les hématuries ;

6° Anesthésique, elle enlève rapidement les accès de coliques néphrétiques.

(*Tribune médicale.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

ÉTUDES CLINIQUES

Des formes frustes du mal de Bright.

Le mot de *fruste*, primitivement appliqué par Trousseau à la scarlatine, a fait fortune. « Les maladies peuvent être frustes, c'est-à-dire que souvent le médecin n'y lira qu'un mot de la phrase symptomatique, et avec ce mot il devra reconstruire la phrase tout entière, comme l'archéologue et le numismate retrouvent l'inscription effacée sous les lettres qui restent; et, de même que l'archéologue, dans un mot, dans une lettre, déchiffrera une inscription perdue, de même le médecin expérimenté devinera, dans une seule manifestation de la maladie, la maladie tout entière (1) ».

La maladie fruste n'est pas la maladie *latente* (2), car la maladie latente est celle qui poursuit sournoisement son œuvre sans se révéler par aucun symptôme. L'artérite diffuse cérébrale est une maladie latente par excellence, elle prépare lentement les anévrysmes miliaires, et pendant bien des années la lésion ne se traduit par aucun symptôme jusqu'au jour où brusquement éclate l'hémorrhagie cérébrale.

La maladie fruste n'est pas davantage la maladie *larvée*. La maladie larvée se dépouille de ses symptômes les plus habituels pour revêtir le masque (*induit larvam*) d'une autre maladie. Ainsi la névralgie faciale, d'origine palustre, qui remplace l'accès fébrile intermittent, est un type de maladie larvée.

La désignation de fruste n'est point synonyme de la désignation d'*anomale*. Cette qualification d'anomale doit être réservée aux maladies qui s'écartent du type et de l'évolution qui leur sont presque fatalement assignés. Les fièvres éruptives sont dans ce cas, la variole surtout. Pour prendre un exemple, la succession des symptômes dans la variole, modifiée ou non, présente une telle régularité, que si cette régularité est notablement altérée dans l'une de ses périodes, la maladie est dite anomale (Van Swieten, Borsieri), et par conséquent fort grave.

Ce serait encore un tort de remplacer la désignation de fruste par la désignation de rare, car telle forme de maladie, qui paraissait rare quand on la connaissait mal, devient plus fréquente quand on apprend à la mieux connaître.

Nous appliquerons donc l'épithète de fruste à la maladie de Bright en lui réservant la signification qu'on lui a toujours donnée depuis Trousseau. On dit de la scarlatine qu'elle est fruste, quand, au lieu de se présenter avec ses symptômes habituels et son éruption, elle ne se manifeste que par un symptôme isolé ou secondaire, tel que l'angine ou l'anasarque. On dit de l'*ataxie locomotrice* qu'elle est fruste (Charcot), quand, au lieu de se présenter avec ses symptômes habituels, douleurs fulgurantes, troubles céphaliques, incoordination des mouvements, anesthésie, elle ne se manifeste pendant des mois ou des années que par des symptômes isolés ou secondaires, tels que l'amaurose, les crises gastriques, etc. On dira donc de la maladie de Bright qu'elle est fruste, quand, au lieu de se présenter avec ses symptômes les plus habituels, œdèmes et urines albumineuses, elle ne se manifeste pendant un temps variable que par des symptômes isolés ou secondaires, tels que hémorrhagies, lésions cardiaques, troubles auditifs, etc. (1).

Il est entendu que sous la dénomination de mal de Bright nous réunissons toutes les néphrites chroniques, à l'exemple du grand clinicien qui avait établi, du premier coup, que les différentes formes de la néphrite chronique ne constituent pas des espèces morbides distinctes, mais seulement des variétés. Je ne reviens pas sur cette question que j'ai longuement traitée ailleurs (2), et je me contente de dire que les formes frustes du mal de Bright sont plus fréquentes quand la néphrite est interstitielle ou mixte que lorsqu'elle est parenchymateuse.

On va voir dans les observations suivantes que les hémoptysies peuvent être, en dehors de toute tuberculose, le seul symptôme initial d'une néphrite chronique.

OBSERVATION I. — Au mois de mars 1876, un jeune garçon de vingt ans, d'un tempérament lymphatique, mais d'une santé régulière, fut pris d'une hémoptysie qui apparut brusquement et qui dura deux jours. La quantité de sang perdu avait été assez considérable, et, bien qu'il n'y eût pas dans la famille d'antécédents tuberculeux, bien que ce garçon n'eût aucun signe de tuberculose pulmonaire, on eut néanmoins quelque crainte, et on ne put s'empêcher de penser à ces hémoptysies qui parfois précèdent comme signe avant-coureur les autres symptômes de la tuberculisation. Pendant six mois, le jeune malade n'eut à signaler aucun nouveau symptôme, et ce n'est qu'au mois d'août qu'il éprouva une polyurie si accusée qu'il était obligé de se lever cinq et six fois pendant la nuit pour uriner.

Au mois de novembre, une nouvelle hémoptysie apparut, accompagnée cette fois de quelques épistaxis, et trois mois après cette hémoptysie, un an par conséquent après le premier crachement de sang, la face devint bouffie. A cette époque les urines furent examinées, et on trouva une notable proportion d'albumine. Alors apparurent d'autres symptômes, la dyspnée, les palpitations, les bourdonnements d'oreille, l'amblyopie, et il devint évident que le malade était atteint de néphrite chronique.

(1) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 121.
(2) Huchard, *Des néphrites latentes* (*Union médicale*, 1874). — Guépin, *Débuts insidieux dus à l'albuminurie* (*Bulletin de thérap.*, 1860).

(1) Redon, *Des formes frustes du mal de Bright*. Thèse de Paris, 1879.
(2) Voyez *Gazette hebdomadaire*.

Je vis ce garçon au mois de septembre 1877, et je constatai les signes et les symptômes que je viens d'énumérer. La face était pâle et bouffie, la respiration était gênée et on entendait à l'auscultation de la poitrine des râles sous-crépitants d'œdème pulmonaire, plus nombreux aux deux bases des poumons. A l'auscultation du cœur on percevait ce bruit de galop sur lequel M. le professeur Potain a si bien appelé l'attention. Les urines étaient fréquentes, mais peu abondantes; elles contenaient 1gr,25 d'albumine par litre.

A ce moment se déclara une épistaxis dont les caractères étaient alarmants; l'hémorrhagie nasale ne survenait pas par intervalles, mais le suintement de sang se faisait continuellement jour et nuit par les deux narines et dans l'arrière-gorge. Cette épistaxis n'était que le prélude d'hémorrhagies multiples que rien ne pouvait arrêter. Le malade eut des crachements de sang, puis des hémorrhagies intestinales, et le melæna, prenant les mêmes caractères que l'épistaxis, se faisait sous forme de suintement continu.

J'appelai M. le professeur Peter en consultation, mais, en dépit de différents traitements vigoureusement institués, la faiblesse augmenta rapidement, l'œdème se généralisa, le refroidissement survint et le malade mourut dans le coma.

Observation II. — Il y a deux ans, Mme X., âgée de trente-huit ans, fut prise, au milieu d'une excellente santé, d'hémoptysies fort abondantes qui persistèrent pendant huit jours. On ne savait à quoi attribuer ces hémoptysies. Mme X. était bien réglée, et il n'y avait pas lieu de songer à une hémorrhagie supplémentaire; quant à l'hypothèse d'une tuberculose commençante, elle n'était pas plus admissible, faute de signes suffisants. La malade conserva pendant deux mois après son hémoptysie une certaine faiblesse, puis la santé revint, complète en apparence, et, durant une année, aucun nouveau symptôme ne parut.

Un an plus tard, Mme X. se plaignit de bourdonnements d'oreille; elle racontait dans sa famille qu'elle devenait sourde de l'oreille gauche, et elle était prise d'envies si fréquentes d'uriner qu'elle devait se lever cinq et six fois par nuit. Sur ces entrefaites, une nouvelle hémoptysie se déclara, moins abondante que la première, et cette hémoptysie fut accompagnée d'une légère bouffissure des paupières. Ces symptômes disparurent et furent remplacés six mois après par des accès d'oppression beaucoup plus violents la nuit que le jour, et accompagnés de quintes de toux et de battements de cœur.

Quand je vis la malade, je constatai un léger œdème palpébral et un œdème malléolaire. Il existait également un œdème étendu aux deux bases des poumons. A l'auscultation du cœur on percevait un bruit de galop très-net. Les envies d'uriner étaient telles que la malade se levait jusqu'à sept et huit fois par nuit. Les urines furent examinées par M. Yvon, qui trouva 30 centigrammes d'albumine par litre. Le diagnostic n'était pas douteux, il s'agissait d'une néphrite interstitielle qui pendant une année ne s'était révélée que par un seul symptôme, l'hémoptysie. J'ajoute que la tuberculose n'existe pas dans la famille de madame X..., et qu'elle n'a jamais, elle-même, soit avant son hémoptysie, soit depuis cette époque, présenté le moindre signe de tuberculisation pulmonaire.

La malade a été soumise à un régime lacté exclusif; elle prend des préparations d'acide gallique et de ratania; actuellement sa santé est en apparence excellente, mais le bruit de galop persiste et les urines contiennent toujours quelques centigrammes d'albumine, qui augmentent rapidement dès qu'il y a infraction au régime lacté.

Discussion des faits cliniques. — Chez les deux malades dont je viens de rapporter sommairement l'histoire, il est évident que l'hémoptysie a été pendant longtemps le seul symptôme par lequel s'est révélée la néphrite chronique. D'une façon générale, on sait combien les hémorrhagies sont fréquentes dans le cours des néphrites chroniques, je parle principalement de la néphrite interstitielle. Les épistaxis constituent certainement l'hémorrhagie la plus fréquente. Après elle vient l'hémorrhagie cérébrale, et Grainger-Stewart affirme que sur 100 cas d'hémorrhagie cérébrale on retrouve 15 fois la néphrite interstitielle (1).

Signalons encore comme assez fréquentes, les hémorrhagies méningées et rétiniennes, et les hémorrhagies intestinales. J'ai actuellement dans mon service, à l'hôpital Ménilmontant, une malade atteinte de néphrite interstitielle, et chez laquelle une hémorrhagie de l'oreille n'a pas cessé depuis huit jours.

Eh bien, ces différentes hémorrhagies apparaissent généralement dans le cours de la néphrite interstitielle, elles se montrent à une époque plus ou moins avancée de la maladie : c'est un fait tellement connu qu'il me paraît inutile d'y insister. Mais ce qui est moins connu, ce qui est plus rare, c'est que ces hémorrhagies peuvent marquer le début de la néphrite, elles en sont parfois le premier et le seul symptôme, si bien que pendant longtemps la néphrite est à l'état fruste et représentée seulement par le symptôme hémorrhagie.

Dans plusieurs cas d'hémorrhagie cérébrale observés par Bence Jones, l'hémorrhagie cérébrale fut la seule manifestation appréciable, et la néphrite interstitielle était arrivée à sa période terminale ou atrophique sans que son existence eût été autrement soupçonnée (2).

Les hémorrhagies pulmonaires et la bronchorrhagie sont fréquentes dans le cours de la néphrite interstitielle; elles ont été signalées par Bright, par Pellegrino Levi, par Rayer, etc. J'en ai recueilli, pour ma part, onze observations; et dans la thèse de M. Deckherr (3), faite sous l'inspiration de M. Lasègue, on trouve deux observations où les hemoptysies ont joué un rôle important. Dans la très-grande majorité des cas, les autopsies ont démontré qu'il ne s'agissait pas là de tuberculose, et il ne faut pas confondre ces hémorrhagies pulmonaires, associées au mal de Bright, avec les hémorrhagies pulmonaires des phthisiques atteints d'albuminurie. Ces deux états morbides sont fort différents; dans le dernier, l'albuminurie n'est qu'un épisode, et le malade crache le sang parce qu'il est tuberculeux; dans le premier, au contraire, la tuberculose n'a rien à voir avec l'hémorrhagie pulmonaire, elle est directement associée au mal de Bright.

Mais comment lui est-elle associée, et comment une maladie chronique des reins peut-elle donner naissance aux hémorrhagies du poumon? Faut-il accuser la composition vicieuse du sang et sa richesse moindre en principes albuminoïdes? Évidemment non, puisque les hémorrhagies surviennent principalement dans les cas de néphrite interstitielle, alors que le malade ne perd que quelques centigrammes d'albumine et à une époque parfois si rapprochée du début que l'hémorrhagie n'a aucun caractère des hémorrhagies cachectiques.

(1) Lécorché, *Traité des maladies des reins*, p. 400. — Rendu. *Étude comparative des néphrites chroniques*, p. 154.
(2) Lécorché, *loc. cit.*, p. 400.
(3) *Hémorrhagie pulmonaire dans le mal de Bright*, thèse de Paris, 1872.

Faut-il accuser la lésion cardiaque, et l'hypertrophie du ventricule gauche, si fréquente et si considérable (Traube) dans les cas de néphrite interstitielle? Je suis loin de nier l'influence morbide de la lésion cardiaque sur le développement des hémorrhagies, mais je pense que la véritable cause doit en être recherchée ailleurs, car les hémorrhagies se voient assez souvent en dehors de l'hypertrophie ventriculaire, et les épistaxis, par exemple, devancent parfois de bien longtemps toute lésion cardiaque.

Faut-il alors rechercher les causes des hémorrhagies dans une altération des vaisseaux? Pour ce qui est de l'hémorrhagie cérébrale, la question paraît jugée, car on retrouve en pareil cas la lésion le plus habituellement cause de l'hémorrhagie, l'anévrysme miliaire. Mais en ce qui concerne les autres organes, les altérations vasculaires sont peu connues, de sorte qu'on peut dire avec Bartels qu'il n'y a pour le moment aucune théorie qui explique d'une façon satisfaisante la pathogénie de ces hémorrhagies.

Ce qu'il faut savoir et ce qu'il faut retenir, au point de vue clinique, c'est qu'il est des hémorrhagies, entre autres les hémorrhagies pulmonaires, qui sont relativement fréquentes dans le cours du mal de Bright; dans quelques cas, même, les hémoptysies peuvent apparaître comme un symptôme isolé, donner le change pour une hémorrhagie supplémentaire, ou faire soupçonner une tuberculose qui n'existe pas, alors qu'il s'agit d'une néphrite chronique en voie d'évolution.

Observation III. — Les formes frustes du mal de Bright sont multiples, et il est des cas où le premier symptôme révélateur de la maladie est constitué par une lésion cardiaque. Ces faits ont été bien mis en lumière par M. le professeur Potain, qui s'est occupé avec un soin tout particulier des altérations du cœur liées aux altérations du rein. Il est même des cas où les deux lésions semblent marcher parallèlement, au point qu'on se demande si on a affaire à une lésion des reins avec accidents cardiaques ou à une lésion du cœur avec retentissement sur le rein.

Il y a deux ans, je voyais une dame qui venait me demander conseil pour sa maladie de cœur; elle éprouvait depuis plusieurs mois des palpitations auxquelles se joignait une sensation continuelle d'étouffement et d'angoisse. « Il me semble, disait-elle, que mon cœur est énorme, » et elle ne se trompait pas, car elle avait une hypertrophie cardiaque assez considérable. En dehors de ces troubles elle n'éprouvait aucun autre malaise; à l'auscultation du cœur je ne trouvai pas de lésion d'orifice, les valvules mitrale et aortique étaient saines, mais on percevait un bruit de galop. Cette hypertrophie cardiaque survenue chez une femme jeune encore, en dehors de toute diathèse rhumatismale, sans lésion d'orifice, sans altération de l'aorte, sans athérome artériel, me parut devoir être mise sur le compte d'une néphrite interstitielle. Je dois dire qu'il n'existait aucun symptôme de mal de Bright: la polyurie, les épistaxis, la dyspnée nocturne, l'œdème palpébral, les troubles visuels, les troubles auditifs, tout faisait défaut. Je fis examiner les urines par M. Yvon, qui me renvoya l'analyse avec ces mots : « Albumine, traces indosables ». Il y avait si peu d'albumine qu'il n'était point possible de la doser, mais il y en avait néanmoins. Or, l'absence d'albumine n'est pas une raison suffisante pour abandonner le diagnostic d'une néphrite interstitielle, car il n'est pas rare dans le courant de la maladie de voir l'albumine paraître ou disparaître à plusieurs reprises.

Je m'arrêtai donc à l'idée d'une hypertrophie cardiaque d'origine rénale et la malade fut mise exclusivement au régime lacté. Sous l'influence de ce régime, les palpitations diminuèrent puis disparurent et la sensation d'étouffement cessa complétement.

Après avoir perdu de vue cette malade, je la revis quatorze mois plus tard, mais, cette fois, envahie par un œdème de la face, avec œdème pulmonaire et anasarque; elle avait à ce moment 10 grammes d'albumine par litre; et il est probable qu'une néphrite parenchymateuse s'était jointe à la néphrite interstitielle, formant ainsi le type mixte le plus fréquent.

Ce cas m'a paru intéressant à signaler. Certes, les troubles cardiaques survenant dans le cours du mal de Bright sont bien connus, mais il est bon d'avoir l'attention appelée sur ce fait, que parfois ces troubles cardiaques apparaissent d'une façon plus ou moins isolés comme s'ils constituaient à eux seuls toute la maladie, alors qu'ils ne sont qu'un symptôme révélateur de l'une des formes frustes du mal de Bright.

Les accidents qui viennent d'être décrits récemment par M. le professeur Lasègue, sous la dénomination de « bronchites albuminuriques » (1), peuvent eux aussi constituer une des formes frustes du mal de Bright. « La localisation pulmonaire, dit M. Lasègue, peut être le *symptôme initial qui éveille l'attention*. Pour la saisir au passage et la rattacher à sa cause diathésique, il est indispensable de connaître ses caractères distinctifs. » Et après avoir étudié les caractères distinctifs de ces bronchites, les accès terribles de dyspnée, l'apparition le plus souvent nocturne de ces accès, l'absence presque complète de toux et d'expectoration, M. Lasègue ajoute : « Il se peut que ces phénomènes soient le premier indice de l'albuminurie commençante ou latente. Je me rappelle, étant jeune médecin, avoir été très-frappé d'un diagnostic de Trousseau, mon maître et ami. Je l'avais appelé auprès d'un malade atteint de suffocations intermittentes dans les conditions que je viens de résumer. Son premier mot fut : C'est un albuminurique, » et il avait raison.

Je voyais il y a deux ans, avec M. Potain, un malade chez lequel l'albuminurie éclata dans des conditions analogues. Pendant plusieurs semaines il n'eut rien autre chose que des accès de suffocation plus violents la nuit que le jour, accompagnés d'une toux et d'une expectoration insignifiante. A l'auscultation on percevait des deux côtés de la poitrine des foyers de râles sous-crépitants fins, plus abondants à gauche qu'à droite et d'une ténacité telle que j'avais eu un moment la crainte de lésions pulmonaires chroniques à forme caséeuse. Le malade eut plus tard toute la série des accidents, crachats sanglants, anasarque, hydrothorax, ascite, hypertrophie cardiaque, hypertrophie du foie. Aujourd'hui il est à peu près guéri.

Je pourrais encore énumérer d'autres formes frustes du mal de Bright; j'ai vu plusieurs fois des troubles auditifs, les bourdonnements d'oreille et la surdité apparaître et disparaître à plusieurs reprises avant toute autre manifestation de la néphrite chronique et j'ai signalé dans une autre circonstance (2) la fréquence de ce symptôme.

En résumé, à côté des formes latentes, rares ou anormales de la maladie de Bright, il y a aussi des formes qui méritent d'être appelées frustes, à l'égal de la scarlatine, de l'ataxie locomotrice, etc.

Dans ces formes frustes du mal de Bright, les symptômes

(1) *Archives générales de médecine*, janvier 1879.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1877, n° 11. — Tissot, thèse de Paris 1878. *Des troubles auditifs dans le mal de Bright.*

les plus habituels font défaut, et pendant un temps, la maladie ne se révèle que par un signe ou par un symptôme en apparence secondaire ou étranger.

Les hémorrhagies, les hémoptysies, l'hypertrophie cardiaque, les bronchites à allure dyspnéique, les troubles auditifs ou visuels, me paraissent constituer les formes frustes les plus habituelles de la maladie de Bright.

DIEULAFOY.

TRAVAUX ORIGINAUX

Démographie.

DES DÉFORMATIONS CÉPHALIQUES EN FRANCE, par Gustave LAGNEAU.

Le singulier usage de soumettre la tête à des déformations artificielles non-seulement a existé chez de nombreux peuples d'Amérique, mais aussi a existé chez certains anciens peuples des bords de la mer Noire et des rives du Danube, et voire même existe encore, quoique à un moindre degré, chez certains habitants de diverses régions de la France. En Amérique, les Nootka-Colombiens, Chenooks, les Chactas ou Têtes-Plates, les Insulaires de Sacrificios, les Péruviens d'Ancon, de Tiahuanaco, les Huancas, les Chinchas, les Aymaras, ont présenté les déformations les plus extrêmes, soit que, portant principalement sur le frontal, comme chez ces derniers, le crâne soit refoulé en arrière; soit que, portant également sur l'occipital, comme chez les anciens habitants de Sacrificios, le crâne ait acquis une largeur extraordinaire. En France, les déformations crâniennes artificielles, moins extrêmes, mais néanmoins parfois fort considérables, ont été observées sur certains habitants actuels des environs de Toulouse, du département des Deux-Sèvres et de quelques autres régions.

Dans l'antiquité, Hippocrate, Pline, Pomponius Méla et Diodore de Sicile ont signalé la présence de macrocéphales, Μακροκεφάλος, *Macrocephali*, et de Macrônes sur les côtes orientales du Pont-Euxin, au nord du Pont et de la Cappadoce, auprès du Phase, non loin de Cerasus et de Trapezus, c'est-à-dire sur les côtes de la mer Noire, au nord de Trébizonde, dans les contrées asiatiques situées au sud du Caucase (1). Selon Hippocrate, cet usage de se déformer ainsi la tête, « cette coutume, provient de l'idée de noblesse qu'ils attachent aux longues têtes. Voici la description de leur pratique : dès que l'enfant vient de naître et pendant que dans ce corps si tendre la tête conserve encore sa mollesse, on la façonne avec les mains et on la force à s'allonger à l'aide de bandages ou liens, δεσμά, et de machines convenables, τεχνήματα ἐπιτήδεια, qui en altèrent la forme sphérique et en augmentent la hauteur, μῆκος αὔξεται. » (Hippocrate, *Des airs, des eaux et des lieux*, § 14, t. II, p. 58, etc., texte et trad. de Littré.)

Strabon, en parlant des peuples habitant entre le Taurus et le Caucase, auprès des Debrics et des Tapyriens, après avoir donné quelques détails sur les coutumes des Siginnes, Σίγιννοι, ajoute : « On dit que quelques-uns s'étudient à rendre leur tête très-longue, de telle sorte que leur front dépasse en avant leur menton, ... μακροκεφαλώτατοι φανοῦνται, καὶ προπεπτωκότες τοῖς μετώποις, ὥσθ'υπερκύπτειν τῶν γενείων. » (Strabon, l. XI, cap. XI, § 8, p. 446, texte et trad. de Muller et Dubner, coll. Didot.)

Cette bizarre déformation, plus singulière encore que celle des anciens crânes américains de Sacrificios, semblerait n'avoir pu être obtenue que par une compression occipitale extrêmement forte, refoulant le crâne en avant et déterminant une saillie considérable de la région frontale.

A propos des Siginnes, voisins du Caucase, il est bon de remarquer que d'autres Siginnes, Σιγύνναι, selon Hérodote, auraient habité sur les bords de l'Ister, le Danube (1), région où l'on trouve d'anciens crânes déformés, mais d'une manière moins extraordinaire.

Dans la région caucasienne, en Asie, où Hippocrate, Pline, Strabon, etc., mentionnaient des macrocéphales, MM. Bayern, de Smirnow et Sciépoura ont recueilli en Géorgie, dans l'ancienne nécropole de l'âge de bronze, de Sansthavro, près de Mtzcheta, plusieurs crânes déformés ou macrocéphales qu'ils ont pu étudier (2). Les trois crânes que M. de Smirnow a envoyés à M. Broca, les six décrits par M. Sciépoura, présenteraient deux sortes de déformations paraissant avoir été déterminées par des liens diversement placés. L'une, horizontale, porterait principalement sur le frontal, contournerait les tempes et aboutirait sous la protubérance occipitale, déprimant fortement le front et l'occiput. L'autre, transversale, croisant la première dépression, partirait du bregma pour se continuer sur la partie antérieure des pariétaux et cesser au niveau des tempes.

Pareillement, en Crimée, des crânes originairement brachycéphales, également déformés, ont été trouvés à Kertsch par M. le comte Boris Alexejewitsh Pérowski, à Iénikalé, dans la presqu'île de Taman. Ils ont été étudiés et décrits par MM. de Baer, de Saint-Pétersbourg, Van der Hœven, de Leyde et Pruner-Bey (3), par M. Antoine Achyk (4).

Plus à l'ouest, sur les bords du Danube, saint Sidoine Apollinaire, gendre de l'empereur Avitus et évêque d'Augustonemetum, actuellement Clermont-Ferrand, signale une horde barbare venue des bords du Tanaïs, le Don, ayant également l'usage de se déformer le crâne, voire même la face. Au cinquième siècle après J.-C., ces guerriers, non moins menaçants par leur force musculaire et leur courage que par leur visage, venaient de traverser le Danube sur la glace pour envahir la Dacie méridionale sous la conduite d'Hormidac. Leur tête formait une masse arrondie s'élevant en cône; leurs yeux disparaissaient dans leurs orbites excavées. Pour faciliter le port du casque, dès leur enfance, afin qu'entre les joues les orifices du nez ne puissent se développer, une bande placée circulairement aplatissait leurs molles narines.

« *Gens animis membrisque minax, ita vultibus ipsis,*
» *Infantum suus horror inest; consurgit in arctum*
» *Massa rotunda caput, gemmis sub fronte cavernis*
» *Visus adest oculis absentibus...*
» *Tunc, ne per malas excrescat fistula duplex*
» *Obtundit teneras circumdata fascia nares,*
» *Ut galeis cedant. Sic propter prælia natos*
» *Maternus deformat amor, quia tensa genarum*
» *Non interjecto fit latior area naso.* »

(Sidoine Apollinaire, *Panegyricus Anthemii*, vers. 244, etc., t. III du texte et traduction de Grégoire et Colombet, 1836.)

De nos jours, dans cette même région du bassin du Danube, on a également recueilli d'anciens crânes déformés. Dans les États autrichiens, à Krems, auprès des fortifications circulaires ou *rings* des Avares, près de l'embouchure de la Kamp dans le Danube, à Graffeneg, à Atzgersdorf, non loin de Vienne, dans la Basse-Autriche, on a trouvé de ces crânes macrocéphales qui ont été étudiés par M. le comte de Breuner et

(1) Pline, lib. VI, cap. IV, p. 239, texte et trad. de Littré. — Pomp. Méla, lib. I, cap. XIX, p. 619, coll. Nisard. — Diodore de Sicile, liv. XIV, § XXIX, t. I, p. 569.

(1) Hérodote, *Hist.*, liv. V, § IX, p. 241, texte et trad. de Muller, coll. Didot.

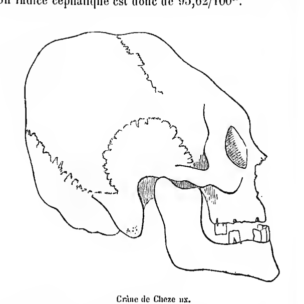
(2) De Smirnow et Broca, *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 2e série, t. VIII, p. 572, 1872. — Sciépoura, *Bull. de la Soc. de méd. du Caucase*. Tiflis, 1874-1875. — Chudzinski, *Revue d'anthrop.*, t. IV, p. 755, 1875.

(3) De Baer, *Les macrocéphales de la Crimée et de l'Autriche* (*Mém. de l'Acad. de Saint-Pétersbourg*), 7e série, t. II, n° 6. — Van der Hœven, *Messager universel*, 1861, n° 8. — Pruner-Bey, *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, t. II, p. 449-457, 6 janvier 1861.

(4) Ant. Achyk, *Le royaume du Bosphore*, 1849.

M. Fitzinger (1). Plus récemment, au congrès de Pesth, en 1876, M de Lenhossek a présenté un crâne macrocéphale recueilli à Csongrad, au bord de la Tisza. Sa région antérieure était très-déprimée; le point culminant du crâne se trouvait vers la région occipito-pariétale (2).

Dans une région plus occidentale, au voisinage du Jura, soit en Suisse, soit en France, on a également trouvé plusieurs crânes remarquablement déformés, paraissant se rapporter à l'époque helvéto-burgunde, c'est-à-dire à l'époque qui suivit les grandes invasions des Barbares dans l'Empire Romain d'Occident, au cinquième siècle. Les objets archéologiques trouvés avec ces ossements permettent de déterminer cette époque d'ailleurs assez étendue. Tel est le crâne très-incomplet recueilli dans le Faucigny par L.-A. Gosse le père, et par lui donné au Muséum de Paris. Tels sont les deux crânes étudiés par M. H. Gosse fils, l'un trouvé à Villy, près Regnier, l'autre à Bel-Air, près Chezeaux, non loin de Lausanne, par M. Troyon (3). Mais de tous ces crânes artificiellement déformés de la région du Jura, le plus remarquable, le plus étrange par son extrême déformation est celui recueilli en 1863 par M. le docteur Gindre, au lieu dit *en Aiche*, à Voiteur, dans l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, département du Jura, au milieu d'autres sépultures ne renfermant que des squelettes aux crânes normalement conformés. Ce crâne, présenté à la Société d'anthropologie par M. le docteur Moretin (4), a la forme d'un cône à sommet répondant au milieu de la suture sagittale. La constriction exercée par des bandes, des courroies circulaires fronto-occipitales a été tellement énergique que ce crâne en pain de sucre, offrant à son maximum la déformation cunéiforme relevée décrite par M. L.-A. Gosse (5), d'après les mensurations prises par M. Broca, présente un diamètre vertical de 169 millimètres, son diamètre antéro-postérieur n'étant que de 137 et son diamètre bilatéral de 131. Son indice céphalique est donc de 95,62/100es.



Crâne de Chezeaux.

Les déformations céphaliques artificielles ont été assez fréquemment signalées dans notre Europe occidentale chez des habitants, soit aux siècles derniers, soit à notre époque. Au seizième siècle, Jean Bodin rappelait qu'anciennement les Belges avaient le singulier usage de déformer artificiellement la tête de leurs enfants nouveau-nés (1).

Après avoir dit que de son temps les Moscovites avaient des têtes larges parce qu'ils aplatissaient la face des enfants, très-apte, durant le premier âge, à se plier à toute modification, Adrien Spigel, de Bruxelles, ajoute : « Presque tous les Génois et les Belges ont la tête haute et pointue, parce que, pareillement, dès l'enfance, ils l'étreignent fortement par des bandes. Les Germains ont presque tous une tête courte, parce qu'ils reposent sur le dos dans leurs berceaux.

Lata hodie.... habetur Moscovitæ, quod infantibus arte faciem explanent, ad omnia flecti in tenera ætate aptissimam... Alta capita, et acuminata habent Genuenses ferè, et Belgæ, a fasciis similiter, quibus infantes nimium stringunt. Germani ferè breve caput obtinent, quod dorso semper in cunis incumbant. (Adr. Spigelii Bruxellensis : *De Humani corporis fabrica.* Venetii, 1727, cap. VIII, p. 17.)

Sans nullement confondre les déformations crâniennes artificielles, volontaires, intentionnelles, avec celles déterminées par un décubitus prolongé, on voit que Spigel remarquait que la constriction exercée par des bandes sur la tête des enfants belges et génois la rendait haute et pointue.

Telle est également l'opinion d'Andry, qui insiste aussi sur les inconvénients de certains bonnets. « La plupart des Flamands... et des Parisiens, dit-il, ont la tête longue à cause de la coutume observée parmi eux de laisser dormir leurs enfants sur les tempes, et de les brider avec certains bonnets nommés béguins, qui leur pressent les deux côtés de la tête. » (Andry, *L'orthopédie, ou l'art de prévenir et de corriger dans les enfants les difformités du corps*, t. II, p. 3, liv. IV, 1741.)

Comme ces médecins, André Vésale attribuait au décubitus dorsal habituel des enfants la conformation aplatie postérieurement et élargie latéralement de la tête de certains Allemands. En rappelant l'opinion de cet anatomiste, Blumenbach ajoute que « les Belges, accoutumés, au contraire, à mettre les enfants à dormir sur le côté, se faisaient remarquer par la longueur de la tête ». Signalant l'usage « de ramener la tête des nouveau-nés à une forme nationale au moyen de liens, d'instruments différents ou de la simple pression des mains », Blumenbach remarque que « cette habitude eut lieu jadis ou se retrouve encore aujourd'hui chez les habitants de plusieurs parties de la Germanie, chez les Belges, les Français... » (F. Blumenbach, *De l'unité du genre humain*, p. 222-224, Paris, an XIII, 1804.)

Au commencement de ce siècle, Virey disait : « A l'égard des compressions exercées sur le crâne encore mou, il est certain qu'on peut changer sa forme, et nous en connaissons des exemples. Ainsi des béguins trop serrés par des rubans ont allongé la tête en pain de sucre à quelques individus; ainsi la tête fixée sur des oreillers durs pendant longtemps peut s'aplatir, jusqu'à certain point, à l'occiput... Ces compressions peuvent être extrêmement fatales au développement des facultés intellectuelles... Nous avons remarqué une sorte d'idiotisme chez un individu à tête (prolongée en cône), et dont la forme est due à la seule compression de la coiffure dans l'enfance. » (Virey, Enfant, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XII, p. 230, 1815.)

M. Blanchard, en signalant les formes céphaliques des habitants actuels du Limousin, et en attribuant la conformation allongée en arrière, principalement observée chez les campagnards, à l'usage de malaxer la tête du nouveau-né et à l'emploi d'un bonnet fortement serré (2), rappelle les prescriptions des anteurs anciens du pays, en particulier du R. P. Josset, qui faisait à la matrone les recommandations suivantes : « Que la tête de notre enfant soit donc un peu

(1) Fitzinger, *Mém. de l'Acad. des sciences de Vienne*, 1853-1857. — Moule du crâne de Graffeneg envoyé à l'Exposition de 1878, par Luschan.

(2) Congrès d'archéologie et d'anthropologie de Buda-Pesth en 1876.

(3) H. Gosse, *Anciens cimetières trouvés en Savoie dans le canton de Genève* (*Mém. de la Soc. d'hist. et d'archéol. de Genève*, t. XI, pl. I, 1855, Genève, 1857).

(4) *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, t. V, p. 383, 388.

(5) Gosse, *Essai sur les déformations artificielles du crâne*. Paris, 1855, in-8.

(1) J. Bodin, *Methodus ad facilem historiarum cognitionem*, 1650, cap. V, p. 147, in-8.

(2) Blanchard, *Sur la conformation particulière de la tête observée dans le Limousin* (*Congrès scientif. de France, tenu à Limoges*, t. II, p. 1, etc.).

longue; que par derrière elle aille s'étendant légèrement en pointe, et comme le bout d'une courge; il y aura alors un vaste champ, un lieu spacieux pour loger la mémoire. »

Sed non ampla sinu memore est : sit longior ergo ;
Inque cucurbitulæ sese producat acumen
Postica de parte, equidem tunc magna patescit
Aula locusque capax, ubi vis memor ampla quiescit.

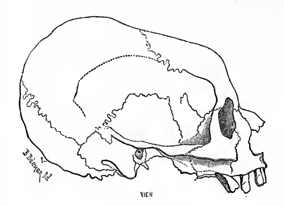
Dans le département de la Creuse, dans l'ancienne Marche, dit également M. Blanchard, les femmes serrent sous le cou « les liens de leur bonnet, de manière à allonger la figure en déprimant les tissus, et à former un sillon d'une profondeur extraordinaire, bordé de deux énormes bourrelets ».

Les régions de notre pays où actuellement l'on observe surtout des déformations crâniennes artificielles sont la Normandie, le département des Deux-Sèvres et les environs de Toulouse, c'est-à-dire les départements de la Haute-Garonne, du Tarn et quelques autres circonvoisins.

En 1833, M. Achille Foville (1), médecin de l'asile d'aliénés du département de la Seine-Inférieure, y fit la remarque que les déformations céphaliques étaient beaucoup plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes, les filles et femmes conservant les bandeaux constrictifs bien plus longtemps que les petits garçons. Ces déformations consistaient en un enfoncement circulaire, surtout prononcé au sommet du frontal et sur ses côtés. Suivant cet aliéniste, non-seulement les conformations vicieuses du crâne seraient bien plus fréquentes chez les aliénés que chez les autres habitants du pays, mais ces déformations seraient d'autant plus fréquentes et accusées que les aliénés seraient plus profondément atteints.

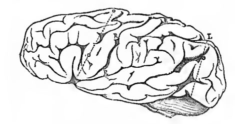
Dans le département des Deux-Sèvres, ainsi que dans les départements voisins, mais en moindre proportion, M. Lunier a pareillement constaté sur un certain nombre d'habitants, principalement du sexe féminin, une déformation crânienne artificielle qui consisterait dans une dépression en arc plus ou moins semi-circulaire, se montrant surtout au niveau de la fontanelle fronto-pariétale, et s'étendant sur les côtés au-dessus des pavillons des oreilles. Cette déformation s'observerait surtout chez les Pelleboises, femmes de la partie boisée des arrondissements de Melle et de Niort; mais aussi chez quelques femmes des environs de Bressuire, entre l'Argentan et la Sèvre nantaise; elle paraîtrait parfois déterminer l'idiotie et l'épilepsie. Un *arcelet*, sorte de gros fil de fer entrant dans la confection d'un bandeau mis aux jeunes enfants et d'une calotte de carton appelée *colbach*, portée par les jeunes filles et les femmes, serait la cause de cette déformation crânienne (2).

Quant à la déformation crânienne toulousaine, étudiée successivement par de nombreux médecins, en particulier par M. L.-A. Gosse le père, par MM. Delaye et Achille Foville, par M. Bérenguier (3), et plus récemment par M. Broca, au double point de vue anatomique du crâne et de l'encéphale (4), elle consiste dans l'aplatissement de la région coronale et l'allongement de la moitié postérieure de la tête fortement reportée en arrière et en haut. Cette déformation, due à la constriction exercée par une coiffure composée de deux serre-tête et d'un bandeau fortement serré par de longs rubans faisant trois fois le tour de la tête, ainsi que la plupart des autres déformations crâniennes artificielles de notre Europe occidentale, est beaucoup plus prononcée chez les femmes que chez les hommes, les filles portant cette coiffure bien plus longtemps que les garçons. Par suite de cette déformation crânienne, M. Broca a fait voir que les lobes frontaux



Crâne d'une Toulousaine.

sont fortement refoulés en arrière, et que la considérable diminution de capacité de la loge coronale amène une sorte d'atrophie ou plutôt de défaut de développement de l'encéphale, à tel point que la capacité crânienne d'une femme présentant cette déformation toulousaine n'était que de 1043 centimètres cubes, et que le poids de l'encéphale n'atteignait que 1079 grammes. Chez cette femme, l'action mécanique exercée sur la région antérieure de la tête avait déterminé l'adhérence de la dure-mère dans « toute la région frontale et le tiers antérieur de la région pariétale, c'est-à-dire dans toute la partie du crâne qui avait été comprimée dans le jeune âge », bien que le tissu osseux ne fût pas altéré. Sur cette tête dolichocéphale à indice de 74,70 pour 100, la compression avait diminué toute la partie antérieure du crâne, voire même transversalement, dans son diamètre biauriculaire, et les condyles du maxillaire inférieur, normalement développé, débordaient de plus de 1 centimètre les cavités glénoïdes, d'où résultait une sorte de désharmonie entre la partie supérieure et la partie inférieure de la face, très-notablement prognathe.


Hémisphère gauche d'une Toulousaine.

Bien que, avec M. Broca on s'accorde à reconnaître que « la déformation dite toulousaine tend à diminuer, grâce aux conseils des médecins, qui ont remarqué qu'elle amenait des cas trop nombreux d'aliénation mentale » (1), cette déformation est encore très-répandue. On l'observe fréquemment dans les départements de la Haute-Garonne, du Tarn, de l'Aude et de l'Hérault. Souvent elle est tellement prononcée qu'au milieu des habitants d'une ville plus ou moins distante de cette région méridionale, on reconnaît à première vue certains natifs de ces départements. Un confrère me disait avoir également observé la déformation toulousaine chez quelques habitants du département du Gers. Une déformation sem-

(1) Achille Foville, *Déformation du crâne résultant de la méthode la plus générale de couvrir la tête des enfants.* Paris, 1834.

(2) L. Lunier, *Rech. sur quelques difformités, observées dans le département des Deux-Sèvres* (*Annales médico-psychologiques*, Paris, 1852).— *Déformations artificielles du crâne* (*Dict. de méd. et de chir.* de Jaccoud, t. X.

(3) Bérenguier, *Topographie physique, statistique et médicale du canton de Rabastens (Tarn)*, p. 95. Toulouse, 1850.

(4) Broca, *Sur la déformation toulousaine, et anciens crânes déformés macrocéphales* (*Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 2e série, t. VI, p. 100, 1871; t. VIII, p. 577, 1873.)

(1) *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 2e série, t. X, p. 504, 1875.

blable, mais se montrant seulement chez les hommes, par suite de la constriction exercée par des mouchoirs fortement serrés autour de la tête (1), s'observerait aussi aux îles Baléares et dans la province de Carthagène, en Espagne.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

OBSERVATIONS SUR LA DEUXIÈME RÉPONSE DE M. PASTEUR, par M. *Berthelot*.

... Je me suis déjà expliqué très-nettement sur les théories chimiques de M. Pasteur. Sa dernière Note montre une fois de plus et il reconnaît lui-même qu'elles ne reposent point sur des faits positifs...

Notre savant confrère déclarait naguère que la levûre de bière est un être anaérobie, capable d'enlever au sucre de l'oxygène combiné, à défaut d'oxygène libre. Il reconnaît aujourd'hui que cette propriété n'est point démontrée. Aujourd'hui, sans produire aucun fait positif, il suppose que la levûre *pourrait* prendre de l oxygène au sucre, pour le rendre aussitôt à l'état d'acide carbonique.

C'est encore là une simple hypothèse, dont la démonstration, je ne cesserai de le répéter, incombe à celui qui la produit dans la science. S'il est vrai que la levûre soumise à l'action de l'oxygène libre fournisse de l'acide carbonique, rien ne prouve et même rien ne rend vraisemblable qu'elle doive en dégager encore, en l'absence de l'oxygène libre; les changements profonds qui surviennent alors dans son mode d'existence rendent cette supposition fort douteuse. Fût-il même établi que la levûre dégage de l'acide carbonique dans ces conditions, il n'en résulterait nullement qu'elle prît au sucre de l'oxygène, *de préférence aux autres éléments*.

Cette démonstration ne pourrait résulter que de la connaissance précise de l'équation chimique en vertu de laquelle l'acide carbonique serait formé, équation que M. Pasteur ne nous a point fait connaître; cependant elle peut être telle que le sucre cède à la fois tous ses éléments, ou même qu'il cède à la levûre de l'hydrogène de préférence. Quant à présent, tout ce qu'il est permis de dire, c'est que les faits connus ne sont pas favorables à la supposition de M. Pasteur.

En effet, les relations chimiques qui existent et que j'ai rappelées précédemment, entre le sucre et les principes immédiats constitutifs d'une levûre qui se multiplie, montrent qu'aucun de ces principes ne résulte d'une oxydation, mais que plusieurs sont plus riches en hydrogène que le sucre : il semble donc que la levûre enlève au sucre, aux dépens duquel elle se développe, *non de l'oxygène, mais, au contraire, de l'hydrogène combiné*, de préférence aux autres éléments; ce qui est, d'ailleurs, plus conforme à ce que nous savons en général de la physiologie des végétaux.

Il ne me paraît pas non plus établi que « les fermentations proprement dites aient pour condition absolue la présence d'êtres microscopiques. » Mes doutes à cet égard ne sont pas fondés sur des vues *à priori*, mais sur les faits acquis à la science par l'étude expérimentale des fermentations glycosique, amygdalique, uréique, acétique, etc., etc. L'expérience a prouvé que la condition déterminante de chacune de ces fermentations est chimique, loin d'être essentiellement vitale ou physiologique. On ne saurait échapper à cette conclusion, à moins de définir les fermentations proprement dites par les organismes microscopiques eux-mêmes : ce qui est un pur cercle vicieux.

Réciproquement, la coïncidence entre la vie des organismes, qui se développent en dehors de la présence de l'oxygène libre, et les actes de fermentation, qu'ils sont censés produire, ne me paraît pas davantage ni démontrée d'une manière générale, ni nécessaire; à moins de définir fermentation toute « action chimique accomplie hors du contact de l'oxygène » dans les êtres vivants : ce qui est encore un pur cercle vicieux.

(1) *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 2e série, t. VIII, p. 585, 1873.

En fait, la plupart des liquides contenus dans l'épaisseur des tissus végétaux sont exempts d'oxygène libre, parce qu'ils renferment des principes immédiats très-oxydables, lesquels absorbent rapidement l'oxygène de l'air dissous dans les régions superficielles ou dans les lacunes, soit en vertu de leur action propre, soit avec le concours des conditions complexes réalisées par les cellules vivantes. Tel est notamment le cas du jus de raisin, du jus de betterave et de presque tous les jus sucrés contenus dans les cellules végétales. La vie de la plupart des cellules végétales, et même animales, s'accomplit donc dans des milieux privés d'oxygène libre. Cependant le sucre n'y fermente point, par le simple fait de la vie des cellules accomplie en dehors du contact de l'oxygène; il n'y fermente point, tant que des conditions chimiques toutes spéciales ne viennent pas à être réalisées.

Inversement, la transformation du sucre en alcool (ou en acide lactique) s'effectue également, soit dans un milieu exempt d'oxygène libre, soit dans un milieu qui en renferme. Le fait est bien connu depuis longtemps, et M. Pasteur en a fourni lui-même de nouvelles preuves. Sans examiner si les milieux non oxygénés seraient plus favorables à la multiplication de la levûre, comme M. Pasteur a cherché à l'établir, mais ce qui est une question toute différente, il n'en est pas moins vrai que ce milieu n'est nullement indispensable pour l'accomplissement de l'acte chimique de la fermentation elle-même. Si cet acte résultait de l'absorption par la levûre d'une certaine dose d'oxygène combiné, pris au sucre à défaut de l'oxygène libre indispensable à la vie des cellules de levûre, on ne comprendrait pas pourquoi les cellules qui trouvent autour d'elles de l'oxygène libre iraient provoquer la fermentation alcoolique, en s'emparant de l'oxygène combiné. Ce n'est donc pas là la condition déterminante de la fermentation.

D'après ces faits acquis à la science, et quelle que soit la difficulté que présente, dans une discussion, la vague et élastique généralité des assertions relatives à la vie sans air et à ses relations avec la fermentation, il me paraît cependant permis d'affirmer qu'en général la vie sans air n'est pas la fermentation, pas plus que la fermentation en général n'est la vie sans air. Il n'existe point de corrélation chimique nécessaire entre ces deux ordres de phénomènes. Cl. Bernard le déclarait, et je partage son opinion.

FERMENTATION. — Une discussion s'établit entre M. *Trécul* et M. *Pasteur*, portant sur des textes où ce dernier a exprimé ses opinions sur les *aérobies* et les *anaérobies*.

RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ŒUFS ET DE L'OVAIRE CHEZ LES MAMMIFÈRES, APRÈS LA NAISSANCE. Note de M. *Ch. Rouget*. — L'ovaire entier et frais de chattes, de chiennes, de lapines nouveau-nées, de même que celui de très-jeunes embryons, examiné à de faibles grossissements (de 20 à 30 diamètres), se montre formé à sa surface par un réseau sous-épithélial de cordons ovulaires, contournés, anastomosés, pressés les uns contre les autres. Depuis plus de dix ans, l'auteur montre dans ses cours des coupes d'ovaires de chiennes et chattes nouveau-nées, d'embryons de porcs, de fœtus humains, qui prouvent que la région médullaire est, comme la région corticale, formée de cordons ramifiés et anastomosés. Le présent travail est destiné à mettre les faits en lumière. Après quoi l'auteur ajoute :

A l'époque où je constatai que les ovules des cordons corticaux n'apparaissent entourés de petites cellules (tubes de Valentin) que lorsqu'ils s'engagent dans l'épaisseur des cordons médullaires, je ne connaissais pas encore un travail de Kölliker qui mentionne des observations semblables faites sur l'ovaire de chiennes nouveau-nées. Mes recherches, qui ont été accomplies sans aucune opinion préconçue, m'ayant conduit à des conclusions qui concordent avec celles de Kölliker, contribueront peut-être à faire accepter ces données nouvelles, qui jusqu'à présent paraissent jouir de peu de crédit auprès des embryologistes les plus autorisés.

Je suis, du reste, en mesure d'apporter, à l'appui de la démonstration de l'existence dans l'ovaire d'un appareil représentant les cordons séminifères du testicule et du rôle important qu'il joue dans le développement des ovules avant et après la naissance, des preuves bien plus nombreuses et plus décisives, je l'espère, que celles qui ont été fournies antérieurement. Ces preuves sont tirées d'observations poursuivies depuis près d'une année sur le développement parallèle des glandes sexuelles mâles et femelles, et sur l'hermaphrodisme primordial. Je pourrai très-prochainement communiquer ce travail à l'Académie, ainsi que mes observations

sur les transformations que subit l'appareil testiculaire de l'ovaire chez les femelles adultes et sur le rôle que joue le stroma contractile de l'ovaire dans la migration des ovules chez les mammifères.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. *Caradec* (de Brest), accompagnant l'envoi, à l'appui de sa candidature, d'un mémoire intitulé : *Quelques considérations sur les rapports qui existent entre l'éléphantiasis des Arabes, les scrofules et les scrofulates de vérole* (?). — 2° Une lettre de M. le docteur *Manouvrier* (de Valenciennes), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant : 1° Deux observations de malformation congénitale du membre supérieur ; brachy-dactylie, hepta-dactylie ; 2° Un mémoire intitulé : *Troubles digestifs et respiratoires des garçons de caisse* (manieurs d'argent à la Banque de France).

M. *Delpech* présente : 1° au nom de M. le docteur *Homo*, médecin des épidémies de Château-Gonthier (Mayenne), un mémoire intitulé : *Etudes médicales sur l'arrondissement de Château-Gonthier* ; — 2° au nom de M. le docteur *Henry Bennett*, un exemplaire de la troisième édition de son *Traité de la consomption pulmonaire et de son traitement*.

M. *Ricord* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Alfred Fournier*, un volume intitulé : *La syphilis du cerveau*.

M. *Henri Bouley* présente : 1° au nom de M. *Menier*, député de Seine-et-Oise, un ouvrage intitulé : *Atlas de la production de la richesse en Europe* ; — 2° au nom de M. *Saint-Cyr*, un volume de *Médecine vétérinaire*.

M. *Lasègue* présente, au nom de M. le docteur *Galezowski*, une brochure intitulée : *Des amblyopies et des amauroses toxiques*.

M. *Chauffard* présente, au nom de M. le docteur *Raymondaud*, une brochure intitulée : *Considérations suivies d'observations sur la prothèse mécanique*.

Lésions osseuses du crane. — M. *Broca* communique à l'Académie une pièce pathologique très-intéressante, constituée par un énorme séquestre comprenant les deux pariétaux, une partie du frontal et de l'occipital. Cette pièce a été détachée du crâne d'un enfant des montagnes de la Drôme, à la suite d'une brûlure, et adressée à M. le docteur Mary Durand, par M. le pasteur Muston.

L'enfant a supporté cette énorme lésion sans manifester aucune douleur, et sans cesser un seul instant de faire son travail de berger. Le séquestre est tombé spontanément trois mois après l'accident, a donné lieu à une plaie étendue sur laquelle on observait des battements et qui est maintenant en voie de cicatrisation. La pièce anatomique présentée à l'Académie comprend presque les trois quarts de la voûte crânienne. Vers la partie moyenne du pariétal droit, la nécrose a été évidemment pénétrante, et c'est sur ce point que M. Muston a constaté des battements dont il parle dans son observation.

M. *Colin* demande à M. Broca si les battements étaient des battements artériels ou bien des battements produits par le liquide céphalo-rachidien.

M. *Broca* répond qu'il s'agissait évidemment de battements cardiaques.

Nécrologie. — M. *le Président* annonce la mort d'un membre correspondant, M. le docteur Mirault (d'Angers).

Élections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national.

Les six candidats étaient présentés dans l'ordre suivant : 1° M. Levieux ; 2° M. Mignot ; 3° M. Bourgade ; 4° *ex æquo*, MM. Baraillier, Caradec, Mordret.

M. *Levieux* est élu par 47 voix sur 64 votants.

Embryogénie du cœur, par M. *Cadiat*. — Les recherches auxquelles l'auteur s'est livré sur les dispositions des valvules veineuses, sur la structure de l'endocarde, sur les altérations de cette membrane, lui permettent de considérer le cœur comme appartenant au système veineux. — Dans un travail publié en 1876 dans la *Gazette médicale*, l'auteur émettait déjà cette opinion que les dispositions des valvules du cœur et celles des valvules veineuses étaient identiques, et que le cœur pouvait être regardé comme un renflement veineux. — L'année suivante, dans un travail fait en collaboration avec M. le professeur Robin, il avait considéré l'endocarde comme un prolongement de la tunique de Bichat des veines. Les rapports de cette membrane qui n'est pas vasculaire avec une couche riche en vaisseaux, éloignait tout rapprochement avec la tunique interne des artères.

Enfin les dernières recherches faites par M. Cadiat sur l'endocarde lui ont montré que cette membrane à laquelle la plupart des auteurs, surtout depuis les recherches de Luschker et ds Beluzeff, décrivent des vaisseaux sanguins et lymphatiques, en est absolument dépourvue. Les valvules ne sont pas non plus vasculaires. Il résulte de ces considérations anatomiques que la nutrition de l'endocarde se fait indirectement, et que, par conséquent, s'il ne s'enflamme pas lui-même, il s'altère dès que la circulation de la couche musculaire cardiaque est troublée. Les parties les plus altérables seront, par conséquent, les plus épaisses et les plus éloignées des vaisseaux.

Septicémie, ostéomyélite. — M. *Alph. Guérin* prend la parole à l'occasion de la communication de M. Lannelongue sur l'ostéomyélite. Convaincu que le périoste joue un rôle plus important que la moelle dans la genèse de cette maladie M. Guérin ne peut adopter, avec M. Gosselin, le nom de périostite phlegmoneuse. Tout se passe dans l'ostéomyélite comme dans le phlegmon diffus ; il y a du pus partout, aussi bien dans le canal médullaire que sous le périoste. C'est pour cette raison que M. Guérin a été amené à pratiquer de très-bonne heure, non-seulement le débridement de la peau, mais celui du périoste.

Dans la forme d'ostéite justement désignée par M. Gosselin sous le nom d'*ostéite épiphysaire des adolescents*, l'orateur fait remarquer qu'il existe un ramollissement notable du tissu de l'os, disposition dont il tire parti pour opérer le débridement des cellules osseuses inflammées.

M. Alph. Guérin panse ensuite avec son pansement ouaté, et il obtient ainsi des guérisons qui lui auraient paru impossibles par une autre méthode.

Il n'a pas seulement recours à ce mode de traitement pour l'inflammation des épiphyses, il l'emploiera aussi dans certains cas d'ostéite suppurée de la main et du pied avec ramollissement du tissu osseux, pour arriver plus facilement à enrayer la maladie et à la guérir aussi sûrement que dans les cas d'ostéite épiphysaire.

Enfin, dans les cas de suppuration de l'oreille, qui sont sous la dépendance d'une ostéite de nature strumeuse, le débridement des cellules osseuses a donné à M. Alph. Guérin les résultats les plus satisfaisants. Il cherche à la surface de l'apophyse mastoïde un point qui lui semble moins résistant que dans le reste de l'os et qui soit manifestement douloureux à la pression. Il y plonge hardiment le scalpel à une profondeur de 1 ou 2 centimètres. Quelquefois du pus s'en écoule, mais parfois aussi on ne donne issue qu'à du sang. Mais le débridement suffit pour arrêter l'inflammation de l'os et tarir l'écoulement du pus par l'oreille.

Le résultat est surtout saisissant dans les cas d'ostéite extrêmement douloureuse de l'apophyse mastoïde. M. Guérin a vu des malades qui avaient été privés de sommeil pendant plusieurs semaines successives par la violence de la douleur, être instantanément et définitivement calmés. La trépanation, qui est conseillée pour ces cas, peut être avantageusement remplacée par la ponction et le débridement avec le scalpel, opération bénigne, peu douloureuse, et souvent réclamée par les malades eux-mêmes, qui en ont constaté l'efficacité une première fois.

M. *Gosselin* demande à M. Alph. Guérin si, dans les cas où il a fait le débridement, il a toujours trouvé du pus, et s'il

a cru nécessaire de faire en même temps l'incision de l'os et la section du tissu spongieux.

M. *A. Guérin* dit qu'il a recours au débridement du péroné et du tissu spongieux dans des cas différents :

1° Lorsqu'il existe des phlegmons sous-périostés, il incise seulement le périoste, mais il n'intervient pas lorsque le pus n'est pas encore formé.

2° Dans l'ostéite épiphysaire, il incise et débride le tissu spongieux. Il n'a pratiqué ces incisions que depuis qu'il a reconnu les avantages du pansement ouaté dans le pansement des plaies.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Peter sur l'élection qui doit avoir lieu dans la prochaine séance dans la section de pathologie médicale.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. GUYON.

Corrsspondancs. — Blessure incomplète du nerf médian. — Redressement de la hanche ; craqusments articulaires. — Ulcères des tégumsnts dans la paralysie atrophique de l'enfance. — Traitement des corps étrangers du rectum. — Présentation de pièces : vessie à poche contenant des calculs. — Kyste de la prostate.

La correspondance comprend une observation de M. *G. Mannoury* (de Chartres) : *Tumeur maligne de l'arrière-gorge chez un homme jeune; mort rapide.*

— M. *Farabeuf* fait un rapport sur un cas de blessure incomplète du nerf médian, par M. Richelot.

En 1875, M. Richelot a fait une étude anatomique complète des nerfs des doigts. Il établit que les nerfs collatéraux dorsaux des doigts indicateur, médius et annulaire, viennent exclusivement des collatéraux palmaires, et ne sont pas fournis par les nerfs du dos de la main.

Sur l'index, le médius et l'annulaire, le collatéral palmaire fournit, à la partie supérieure de la première phalange, un rameau qui longe de chaque côté la face dorsale du doigt jusqu'à son extrémité. Rien de semblable pour le pouce et le petit doigt.

Les nerfs du dos de la main, radial et cubital, fournissent deux collatéraux dorsaux au pouce et deux à l'auriculaire; mais, arrivés à la racine de l'index, du médins et de l'annulaire, ils s'épanouissent en ramuscules grêles sans atteindre la seconde phalange.

Deux observations de M. Richelot confirment ces données anatomiques. Dans le premier cas, section du nerf médian; anesthésie complète dans le centre du domaine du nerf; l'anesthésie décroît du centre à la périphérie, et tend à disparaître peu à peu. Les nerfs voisins suppléent à la sensibilité disparue.

— M. *Marc Sée* fut appelé en octobre dernier près d'un malade retiré de la gouttière de Bonnet, où il avait séjourné plusieurs mois pour une arthrite coxo-fémorale. Raideur absolue dans la jointure, la cuisse étant un peu fléchie sur le bassin. Les bains, les frictions, le massage, n'amenèrent aucune amélioration.

Le 6 novembre, le malade fut endormi : M. Sée exagéra la flexion de la cuisse, pour rompre les adhérences, on entendit un bruit sec, éclatant, au niveau de l'articulation. On crut à une fracture du col du fémur. Cependant la flexion avait été faite sans brutalité. Pareille chose était arrivée à M. Tillaux. M. Sée imprima à la cuisse divers mouvements sans reproduire les craquements; le malade se réveilla; on ne mit point d'appareil; il n'y avait pas de fracture. Les deux membres avaient la même longueur, et le malade aurait pu marcher au bout de quinze jours si on le lui avait demandé.

Le sujet n'était ni rhumatisant, ni syphilitique; un mois avant le début de son arthrite, il avait contracté une blennorrhagie ; cette affection peut donc être considérée comme la cause de l'arthrite coxo-fémorale. M. Sée conseille, en pareil cas, d'imprimer de bonne heure des mouvements au membre pour éviter l'ankylose.

M. *Després* a essayé de produire une fracture et une fausse articulation chez une malade qui avait une luxation intra-coracoïdienne complète datant de trois mois; il n'a pas réussi. On entendit un craquement et on put entendre la crépitation des fragments; il y avait donc fracture. Le bras fut mis en écharpe, et M. Després imprima chaque jour des mouvements au membre; le cal se forma cependant, et on ne put obtenir une fausse articulation.

M. *Verneuil* a cassé trois fois le col du fémur; une première fois dans un cas de coxalgie strumeuse avec attitude vicieuse; la tête resta dans la fosse iliaque; le malade marche assez bien. Une autre fois, chez un adulte qui guérit avec 2 centimètres de raccourcissement.

Dans d'autres cas, où il ne s'agissait que de brides, avec attitude vicieuse, M. Verneuil a entendu un craquement bruyant comme dans la fracture, et le membre a repris une bonne position.

En ce moment, il y a dans le service de M. Verneuil un malade atteint de coxalgie blennorrhagique; raideur articulaire. Les mouvements artificiels prématurés, qui sont cependant recommandés, sont funestes quand la jointure est encore malade, enflammée.

M. *Le Dentu* a vérifié la grande ressemblance qui existe entre le bruit produit par la rupture d'une fausse ankylose et le bruit de la fracture. Voulant redresser la cuisse d'un enfant atteint de coxalgie, il produisit un craquement bruyant ; mais il constata qu'il n'y avait pas de fracture.

Chez un autre malade, M. Le Dentu brisa l'humérus. Cet os, atteint d'ostéite de l'extrémité supérieure, était très-rapproché du tronc. Le malade était en voie de guérison, il s'agissait de rompre les adhérences articulaires. On entendit un bruit caractéristique de fracture ; l'os était rompu, comme le prouva la crépitation. Le malade guérit sans accident et put se servir de son bras.

M. *Tillaux* pense que le bruit déterminé par une fracture est bien différent du bruit dû à la rupture des adhérences articulaires. Quand il n'y a plus d'inflammation dans une jointure, il faut endormir le malade et chercher à rompre les adhérences.

M. *Verneuil* lira dans une prochaine séance quelques propositions sur les mouvements à imprimer aux articulations malades.

M. *Marc Sée*. Il est bien difficile de rompre un col du fémur sain ; cela est facile au contraire si l'os est malade.

M. *Tillaux*, Sur le cadavre, il est très-difficile de casser le col du fémur; pour casser l'os, il faut que la tête fémorale soit fixée par des adhérences, ce qui n'a pas lieu sur le cadavre.

— M. *Nepveu* lit un mémoire ayant pour titre : *De certains ulcères des téguments dans la paralysie atrophique de l'enfance.* (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Sée, Tillaux et Nicaise.)

— M. *Poulet* lit un mémoire sur le traitement des corps étrangers du rectum. Ce travail renferme l'analyse de 52 observations. (Commission composée de MM. Lucas-Championnière, Le Dentu et Tillaux.)

— M. *Tillaux* présente une pièce recueillie sur un malade entré à l'hôpital Beaujon pour une rétention d'urine et mort peu de jours après.

En examinant la vessie, on trouve à 1 centimètre en ar-

rière du trigone un orifice dans lequel on peut introduire le doigt; cet orifice conduit dans une poche ayant les dimensions d'un marron. Cette poche est en rapport en arrière avec la vésicule séminale droite et le canal déféront droit. Il n'y a pas de péritoine à ce niveau. Dans cette poche se trouvaient sept calculs. On s'explique ainsi qu'un calcul, constaté une fois, ne puisse être retrouvé dans les explorations ultérieures. On voit encore dans cette vessie des colonnes charnues qui limitent des dépressions, des cellules, ce qui explique la formation des poches.

M. *Perrin*. Ces vessies se rencontrent souvent dans les hôpitaux destinés aux vieillards; elles sont déterminées par des cystites. La muqueuse vésicale n'est pas intacte dans le fond des loges. M. Perrin n'avait jamais rencontré de calculs dans ces loges.

— M. *Le Dentu* présente un kyste de la prostate, recueilli sur un homme entré à l'hôpital avec des hématuries. A l'autopsie, on trouva de petits calculs dans la vessie. La prostate était très-hypertrophiée et présentait à sa partie inférieure une poche considérable. La nature glandulaire de cette poche n'est pas discutable.

SÉANCE ANNUELLE DU 21 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. GUYON.

Allocution du président M. *Guyon*.

M. *Horteloup*, secrétaire annuel, résume les travaux de la Société pendant l'année 1878.

M. *de Saint-Germain*, secrétaire général, lit l'éloge de Bouvier.

M. *le Secrétaire annuel* proclame les lauréats des prix de l'année 1878. Le prix Laborie est partagé entre M. *Petit* (Des rapports de l'ataxie locomotrice avec les traumatismes), et M. *Cauvy* (de Béziers) (De la pneumocèle traumatique).

Le prix Duval n'est pas décerné, faute de candidats.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Recherches sur les effets toxiques de l'iodure de méthyltriéthylstibonium : M. Rabutsau. — Observations diverses sur les cheveux : M. Galippe. — Myomes outanés douloureux : M. Balzer. — Monoplégie brachiale aveo anesthésie : M. Raymond.

M. *Rabuteau*. On sait qu'il existe une différence remarquable entre les effets des sels d'*ammoniums quaternaires* et ceux des ammoniums ou *amines tertiaires, secondaires* et *primaires*. Ainsi, tandis que les sels des amines primaires, secondaires et tertiaires, tels que les chlorhydrates de méthylamine, de diméthylamine, de triméthylamine, etc., produisent des effets comparables à ceux des sels ammoniacaux ordinaires, les premiers sont des substances dont l'action est semblable à celle du curare, comme il résulte d'expériences faites en 1873, par M. Rabuteau, avec les iodures de tétraméthylammonium et de tétramylammonium.

On sait, d'autre part, que l'antimoine, de même que le phosphore et l'arsenic, forme des combinaisons chimiques analogues à celles de l'azote. Ce métal ou plutôt ce métalloïde donne avec l'hydrogène un composé SbH^3, l'hydrogène antimonié, qui correspond à l'ammoniaque AzH^3, à l'hydrogène phosphoré PhH^3. De même il existe des combinaisons de *stibonium* analogues à celles des ammoniums de divers ordres.

Soit, par exemple, l'iodure de tétréthylammonium

$$\left.\begin{matrix} C^2H^5 \\ C^2H^5 \\ C^2H^5 \\ C^2H^5 \end{matrix}\right\} AzI,$$

c'est-à-dire l'iodure d'ammonium

$$AH^4I \quad \text{ou} \quad \left.\begin{matrix} H \\ H \\ H \\ H \end{matrix}\right\} AzI,$$

dans lequel les 4 atomes d'hydrogène typique sont remplacés par le groupe éthyle C^2H^5. Ce sel a pour analogue l'iodure de tétréthylstibonium

$$\left.\begin{matrix} C^2H^5 \\ C^2H^5 \\ C^2H^5 \\ C^2H^5 \end{matrix}\right\} SbI,$$

dont il diffère par la présence de l'antimoine Sb remplaçant l'azote Az. C'est un composé de stibonium quaternaire.

On peut remplacer le radical éthyle par tout autre radical alcoolique mono-atomique, tel que le méthyle CH^3, le butyle, l'amyle, etc., et obtenir ainsi des stiboniums quaternaires extrêmement nombreux. Celui dont il est question est l'*iodure de méthyltriéthylstibonium*

$$\left.\begin{matrix} C^2H^3 \\ C^2H^5 \\ C^2H^5 \\ C^2H^5 \end{matrix}\right\} AzI,$$

ou $CH^3(C^2H^5)^3SbI$, qui a été récemment obtenu par M. Lebel.

Ce sel est blanc et très-soluble dans l'eau. Il possède une saveur amère peu prononcée. Il ne coagule pas l'albumine.

Pour en étudier les effets, M. Rabuteau a fait diverses expériences, telles que les suivantes :

Une grenouille, dont une cuisse a été liée tout entière, *moins le nerf sciatique*, a reçu sous la peau du dos 1 centigramme d'iodure de méthyltriéthylstibonium dissous dans 10 centigrammes d'eau. Dès la deuxième minute, la grenouille a commencé à se mouvoir avec difficulté; mise sur le dos, elle ne pouvait plus se retourner. Cinq minutes après le début de l'expérience, elle était comme morte; cependant les battements cardiaques étaient très-perceptibles par le soulèvement des téguments de la poitrine. L'excitation mécanique ne provoquait aucun mouvement, excepté dans la patte, qui avait été préservée du poison par la ligature. La sensibilité existait donc, mais le mouvement volontaire se trouvait aboli dans les parties atteintes par le poison. En excitant avec une pile électrique le nerf sciatique de la patte préservée de l'agent toxique, on provoquait de vives contractions de cette patte, tandis qu'en excitant de même le nerf sciatique de la patte empoisonnée on n'en provoquait pas. Néanmoins, les muscles des parties du corps qui avaient reçu le poison se contractaient sous l'influence de l'électricité appliquée directement sur eux. Il y avait donc une similitude complète entre les effets du sel de stibonium quaternaire et ceux du curare, c'est-à-dire perte totale de la conductibilité des nerfs moteurs avec conservation de la contractilité musculaire et de la sensibilité, et persistance des battements cardiaques.

Une autre grenouille ayant reçu sous la peau du dos et vers l'origine des cuisses 2 centigrammes du même sel dissous dans 20 centigrammes d'eau, a été anéantie en trois minutes environ. Ses battements cardiaques ont persisté pendant plus de douze heures.

Une troisième grenouille, ayant reçu 5 milligrammes de ce même sel dans 5 centigrammes d'eau, a perdu tout mouvement volontaire. Ayant été ensuite abandonnée à elle-même, tantôt dans l'eau, tantôt à l'air, ses mouvements sont revenus peu à peu. Elle s'agitait vivement vingt-six heures après le début de l'expérience.

Un cochon d'Inde, qui avait reçu sous la peau des aines et

des aisselles 15 centigrammes de ce sel dissous dans 1gr,50 d'eau, a succombé en douze minutes par asphyxie. Les nerfs moteurs, mis à nu après la mort, ne provoquaient pas de mouvements sous l'influence de l'électricité, tandis que les muscles se contractaient au contact des pôles d'une pile électrique.

La même dose de 15 centigrammes dissous dans 1gr,50 d'eau ayant été injectée de la même manière, *en trois fois*, à des intervalles de six heures et demie, chez un autre cochon d'Inde, cet animal n'a paru rien éprouver de ces injections, si ce n'est peut-être un peu de fatigue après la dernière opération. Ce résultat négatif provenait sans doute de ce que le sel injecté s'éliminait rapidement avec les urines. Le curare se comporte d'une manière analogue, quand il s'élimine très-vite.

— M. *Galippe* communique quelques observations relatives aux propriétés physiques des cheveux. Ceux-ci conservent une odeur particulière pendant fort longtemps, s'ils sont pris sur un sujet vivant; ils n'ont au contraire aucune espèce d'odeur s'ils sont recueillis sur un cadavre. Leur forme varie suivant les races; ainsi les cheveux chinois sont polyédriques. Leur couleur se modifie parfois chez les hystériques à l'approche des attaques. Leurs propriétés électriques leur permettent parfois de se laisser attirer par des courants. Le froid enfin, sur un sujet que connaît M. Galippe, amène, en dehors de tout défaut d'implantation appréciable, un hérissement invincible d'une mèche de cheveux.

M. *Laborde* fait observer que la forme des cheveux ne saurait constituer un caractère anthropologique, ainsi qu'en font foi les nombreuses coupes de M. Latteux. Une courte discussion s'engage sur la question de savoir si les cheveux blanchissent par la pointe ou la base. Après quelques observations de MM. Bert et Malassez, M. Laborde établit une distinction entre la calvitie sénile, où les cheveux blanchissent par la pointe, et la calvitie qui accompagne certaines maladies, et où ils se décolorent d'abord à la base.

— M. *Balzer* a étudié, dans le service de M. Besnier (hôpital Saint-Louis), une variété remarquable de tumeurs de la peau. Une femme d'une cinquantaine d'années porte disséminés sur tout le corps un grand nombre de petits tubercules gros comme des pois, durs, saillants, douloureux surtout à la pression. Deux d'entre eux ont été enlevés et soumis à l'examen histologique. Ils consistent en un enchevêtrement de fibres musculaires lisses très-abondantes, mêlées à quelques faisceaux conjonctifs. On trouve aussi de rares filets nerveux dont la compression entre les fibres lisses, qui se contractent sans doute sous l'influence des excitations extérieures, pourrait expliquer les douleurs éprouvées par la malade. Ces myomes seraient développés dans la partie moyenne du derme aux dépens des petits muscles à fibres lisses annexés aux follicules pileux. L'étude histologique a seule permis le diagnostic précis de ces tumeurs qui par leurs caractères macroscopiques semblaient se rattacher à des lésions du système lymphatique.

M. *Malassez*, rappelant que le myome n'est pas en général douloureux et que certains molluscums ne sont autre chose que des fibro-sarcomes dont les éléments peuvent donner le change pour des fibres lisses, croit devoir réserver son diagnostic.

— M. *Raymond* résume l'observation d'un malade qui, à la suite d'une courte attaque d'apoplexie, est resté frappé de monoplégie brachiale complète, avec perte de la sensibilité, et phénomènes vaso-moteurs divers sur tout le membre paralysé. Les métaux, les courants induits, l'iodure de potassium et le chlorure d'or étaient restés inefficaces; mais, depuis quelque temps, les courants continus, appliqués par M. Vulpian qui traite actuellement le malade, amènent un retour simultané du mouvement et de la sensibilité dont la réapparition se fait progressivement de l'épaule vers la main. Cette paralysie semble être de cause cérébrale: comment concilier l'ensemble des symptômes avec la doctrine des localisations? Y aurait-il eu deux lésions à la fois portant, l'une sur les centres moteurs, l'autre sur les centres sensitifs? La question se pose, sans pouvoir être jusqu'à présent tranchée.

M. *Laborde* demande s'il ne s'agirait pas d'une paralysie traumatique dont l'origine se rapporterait à une chute que le malade aurait faite sur l'épaule au moment de son attaque. On voit souvent chez les enfants des paralysies de cet ordre, assez complètes pour simuler les paralysies de cause médullaire. M. Raymond ne croit pas que le cas de son malade soit comparable à ceux que cite M. Laborde.

X. ARNOZAN.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

De l'inhalation de l'oxygène dans le traitement de l'albuminurie : M. Constantin Paul. — Liniment de Rosen : M. Vigier. — Du tænia et de l'action de la graine de courge; discussion : MM. Créquy, Blondeau, Féréol, Constantin Paul, etc. — De l'action de l'huile de ricin : MM. Constantin Paul, Labbée, Limousin.

M. *Constantin Paul* rappelant la communication de M. Dujardin-Beaumetz sur le traitement de l'albuminurie par l'inhalation de l'oxygène, et les réflexions que lui a suggérées cette communication, dit qu'on peut voir l'albumine disparaître complétement dans la néphrite catarrhale sous l'action de cette médication : l'albumine disparaît dans les vingt-quatre-heures; si, au lieu de disparaître, l'albumine ne fait que diminuer, on a beau multiplier les inhalations, en les portant même jusqu'à la dose considérable de 150 litres par jour, on n'obtient rien de plus que ce qu'on avait obtenu dès le début, c'est-à-dire dès le premier jour. Mais, en supposant même qu'on ait obtenu la disparition de l'albumine, il ne faut pas se dissimuler que cette disparition n'est que passagère : l'albumine reparaît un jour ou l'autre; on ne peut donc pas pronostiquer une guérison complète. Tel est un point sur lequel M. Constantin Paul a insisté lors de l'observation publiée par lui il y a une douzaine d'années dans le *Bulletin de thérapeutique*.

— M. *Vigier* fait une communication sur la préparation du liniment de *Rosen*, employé avec succès dans la chorée des enfants; la formule du liniment de Rosen selon le Codex est la suivante :

Alcoolature de genièvre..........	90 grammes.
Essence de girofle...............	} ââ 5 —
Huile de muscade................	}

M. Vigier propose d'ajouter un gramme d'huile de ricin à la formule précédente: on obtient ainsi un excellent liminent.

M. *Créquy* a obtenu de bons effets de l'association du calomel à la fougère mâle dans des cas de tænia. Chez un sujet de quarante ans atteint du tænia, un médecin prescrivit de l'extrait de fougère mâle; le malade rendit des fragments assez considérables, mais la tête n'avait pas été éliminée. M. Créquy ordonna alors du calomel associé à l'extrait de fougère mâle; le malade rendit alors ce qui restait du tænia avec la tête elle-même.

M. *Blondeau* demande si dès le début, alors qu'on avait administré l'extrait de fougère mâle seul, on avait eu soin de prescrire ensuite un purgatif.

M. *Créquy* répond qu'il l'ignore.

M. *Constantin Paul* a eu, depuis la guerre principalement, de nombreuses occasions de traiter des malades atteints de tænia. Dernièrement, dans son service à l'hôpital de Lariboisière, il a administré à une malade 60 grammes de

graine de courge en émulsion; il s'agissait d'un tænia inerme qui a été rendu dans la première garde-robe. La malade avait rendu de simples cucurbitins, et non de grands fragments comme quand il s'agit du tænia armé. L'examen microscopique confirma le diagnostic. Presque en même temps, M. Constantin Paul relevait deux insuccès à la suite du même traitement.

M. *Féréol* répond qu'en effet les ténicides ont une grande irrégularité d'action. Il a eu à traiter une malade phthisique atteinte du tænia. Il a ordonné sans aucun succès de la teinture de kamala, tandis qu'avec la graine de courge administrée quelques jours après, le succès a été complet.

M. *Constantin Paul* a reçu du *mussena* en écorce; il a voulu s'assurer de l'action de cette substance. Il l'a essayée sur des malades à la dose de 60 grammes, sur d'autres de 120 grammes; il a varié les modes d'administration, mais toujours sans succès. Il ajoute que d'ailleurs cette médication n'est ni sérieuse ni pratique.

M. *Blondeau* cite un fait personnel. Atteint de tænia, il a pris de la graine de courge; il n'a rendu que des cucurbitins, mais non la tête; il y a deux ans de cela, et depuis cette époque il n'en a jamais été incommodé.

M. *Féréol* cite un fait semblable; une malade à la suite d'un traitement rend des fragments de tænia, mais non la tête: depuis deux mois elle ne présente plus aucun symptôme de cette affection; on voit en effet assez souvent des malades ne plus être incommodés, alors même que la tête n'a pas été rendue.

M. *Limousin*. La teinture de kamala échoue presque toujours complétement; les résultats sont un peu meilleurs lorsqu'on emploie la poudre : c'est donc cette dernière qu'on devrait employer de préférence; mais il ne faut pas se faire d'illusion, ce mode de traitement est très-infidèle, il donne presque toujours des résultats négatifs.

M. *Vigier* a vu ce médicament donner de meilleurs résultats: dans six cas, avec la dose de 5 grammes de kamala, il y a eu six succès; cette année cependant il a constaté un insuccès. La dose de 5 grammes est facile à faire prendre.

M. *Limousin*. Le cousso agit moins sûrement qu'autrefois. Est-ce parce qu'il s'agit du tænia inerme? Aujourd'hui, ce tænia est en effet de beaucoup le plus fréquent; autrefois au contraire on avait à faire, dans la majorité des cas, au tænia armé.

M. *Créquy* fait remarquer que lorsqu'un individu n'a pas rendu la tête de son tænia, s'il se passe six mois sans qu'on constate des cucurbitains dans les matières, c'est qu'il est guéri.

M. *Duchenne* a vu un grand nombre de tænias chez des agents de la préfecture de police; dans quinze cas, le remède de Nouffer a donné des résultats favorables : la formule de M[me] Nouffer est la suivante :

Calomélas	0,5
Résine de scammonée	0,5
Gomme-gutte	0,5
Confection d'hyacinthe	q. s.

En trois bols à un quart d'heure de distance entre chacun.

— M. *Constantin Paul* a fait des expériences sur la quantité nécessaire d'huile de ricin pour obtenir des effets purgatifs : les doses varient entre 4 grammes et 30 grammes, et cependant, d'autre part, quelques graines de ricin peuvent occasionner des accidents cholériformes. Les graines doivent donc renfermer un agent plus purgatif que celui qui est contenu dans l'huile, et surtout plus irritant, ainsi qu'il a pu s'en assurer sur divers malades.

M. *Vigier*. C'est l'écorce de la graine qui contient le principe drastique, ainsi 50 centigrammes de ce tégument purgent très-violemment; il ajoute que ce principe n'a pas été isolé.

M. *Limousin* a vu un empoisonnement de tout un troupeau de porcs qui avaient mangé du tourteau de ricin, privé du principe drastique du tégument.

M. *E. Labbé*. L'huile de ricin est un peu délaissée depuis l'introduction de l'eau d'Hunyadi-Janos, et cependant dans certaines affections, dans l'embarras gastrique par exemple, l'huile de ricin est de beaucoup préférable aux eaux salines, quelle que soit leur origine. M. Limousin demande quel est le principe actif contenu dans l'huile de ricin.

M. *Constantin Paul* répond que d'abord l'huile de ricin purge en tant que corps huileux. Ce ne sont pas les médecins qui ont substitué les eaux minérales purgatives à l'huile de ricin, mais bien les malades qui tantôt ne peuvent supporter l'huile et les vomissements, tantôt ne la prennent qu'avec une grande répugnance, tandis que les eaux sont absorbées avec facilité et le plus souvent sans dégoût.

M. *Limousin*. Un moyen commode d'administrer l'huile de ricin, ce sont les capsules Teitz, de Saint-Pétersbourg. Ces capsules sont grosses comme de petits œufs de pigeons ; les parois, formées de parties égales de glycérine et de gélatine, sont très-flexibles et se moulent assez facilement sur les parois du pharynx pour pouvoir être avalées sans provoquer aucun mouvement réflexe de régurgitation. Une seule capsule réussit à provoquer plusieurs garde-robes.

M. *Constantin Paul* demande à M. Limousin si dans ces capsules d'huile de ricin il n'y a pas une petite parcelle d'huile de croton.

M. *Limousin* répond qu'il n'a jamais entendu parler d'accidents irritants, comme ceux que provoque l'huile de croton, à la suite de l'usage de ces capsules dont l'emploi commence à se généraliser.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies du système nerveux. Leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par le docteur J. GRASSET, t. II. — Montpellier, 1879. G. Coulet.

Nous avons annoncé, dans un précédent article (1878, n° 51, p. 519), la publication du premier volume de cet utile et intéressant ouvrage. M. Grasset y avait successivement passé en revue « les divers actes morbides, soit anatomiques, soit fonctionnels, qui peuvent être réalisés dans le cerveau, la moelle et les méninges », c'est-à-dire les altérations anatomiques et les manifestations symptomatiques qui sont sous la dépendance d'une lésion déterminée de ces organes.

Dans son second volume, l'auteur étudie les « actes morbides périphériques », c'est-à-dire les névralgies, les paralysies, les spasmes; puis les névroses; enfin les manifestations morbides que déterminent sur le système nerveux les maladies générales ou les diathèses (syphilis, tuberculose, fièvre typhoïde, etc.). Il serait trop long de passer successivement en revue tous ces divers chapitres pour montrer ce que les recherches personnelles de l'auteur y ont introduit de considérations neuves et originales. On lira avec intérêt les pages consacrées à l'étude de l'hémiatrophie faciale progressive dans ses rapports avec la sclérodermie; les chapitres consacrés à l'angine de poitrine et au goître exophthalmique, à l'asphyxie locale ou à la gangrène symétrique des extrémités, au mal perforant plantaire, etc. Ce sont là des sujets que l'on ne trouve traités d'ordinaire que dans des monographies spéciales et qui n'occupent pas dans les ouvrages classiques sur les maladies du système nerveux une place à part. Tous les chapitres de l'ouvrage sont d'ailleurs très-consciencieusement traités, et nous n'hésitons point à affirmer qu'après avoir lu, la plume à la main, la plupart des monographies ou des

livres consacrés à l'étude des maladies du système nerveux, M. Grasset les a résumés de manière à tracer devant ses élèves un tableau aussi complet que fidèle de la science contemporaine. Mais si nous ne pouvons suivre pas à pas l'auteur et faire, à propos des sujets qu'il traite, les observations ou les critiques que son livre nous suggère, au moins voulons-nous signaler sa méthode, le plan qu'il a adopté pour la rédaction du *Traité de pathologie interne*, qu'il complétera certainement un jour, et les principes qui l'ont guidé et qu'il défend avec une conviction entraînante.

Dans son introduction, M. Grasset reproduit, pour les réfuter, au nom du vitalisme montpelliérain, dont il se fait l'interprète, les doctrines exposées par M. Jaccoud dans la leçon d'inauguration de son cours do pathologie interne. Il attaque avec vivacité, mais non sans courtoisie, les tendances de l'éloquent professeur de l'Ecole de Paris, et aux reproches que M. Jaccoud adresse à l'antiquité, il répond en critiquant à son tour les classifications et la méthode du représentant des tendances qui prévalent aujourd'hui dans l'enseignement de la pathologie médicale.

En lisant attentivement cette première leçon du jeune professeur de Montpellier, il nous a semblé que la plupart de ses arguments étaient excellents lorsqu'il combat ses adversaires, excellents encore lorsqu'il expose son plan et ses principes de classification; mais qu'il n'est pas besoin de faire intervenir, avec l'Ecole de Montpellier, « la force vitale »; qu'il n'est point nécessaire surtout d'admettre que « dans la pneumonie, avant l'inflammation du poumon, il y a eu altération de la force vitale, » pour comprendre, classer et décrire les maladies suivant la méthode que préconise l'auteur. Nous voudrions essayer de le faire voir en quelques lignes, espérant prouver ainsi que rien n'est moins indispensable en médecine que la croyance à un principe scientifique absolu.

M. Grasset reproche à M. Jaccoud d'avoir méconnu en les critiquant le mérite des classifications anciennes. Il y aurait bien des réserves à faire à ce sujet; mais nous admettons volontiers que cette critique a été, en effet, trop sévère et surtout trop sommaire. Il lui reproche ensuite et surtout de n'avoir tenu compte que du siége anatomique des lésions et d'avoir écrit cette phrase: « En pathologie, comme en clinique, ce qui crée des analogies, ce qui établit les dissemblances, c'est la question de siége et non la question de nature. » Nous nous associons encore à tous les arguments que développe M. Grasset pour montrer qu'il y a plus de rapports « entre deux maladies de même nature, quelque disparate que soit leur siége, qu'entre deux maladies siégeant dans le même organe, mais de nature différente. » L'altération de tissu, la lésion anatomique n'est en effet qu'un des caractères, un symptôme interne de la maladie. Elle ne saurait suffire à la spécifier. Prétendre classer toutes les maladies en ne tenant compte que des lésions matérielles ou fonctionnelles, c'est, comme l'a écrit il y a plus de quinze ans l'un de nos maîtres les plus aimés, « c'est détruire des unités morbides parfaitement caractérisées par leurs causes...; c'est disséminer, pour décrire comme *maladies distinctes*, leurs manifestations les plus caractéristiques, par cela seul qu'elles se produisent à la fois ou successivement sous différentes formes et dans différents organes. Impossible de tracer ainsi une histoire compréhensible et vraie de la syphilis, de la maladie scrofuleuse, de la goutte, du rhumatisme, etc. » (Schutzenberger: *Des principes de spécification des maladies.* Strasbourg, 1864).

L'organicisme ainsi compris est certainement passible de nombreuses objections, et nous sommes convaincu que M. Jaccoud serait le premier à en reconnaître le bien-fondé si la question doctrinale des classifications était envisagée par lui dans son ensemble. En adoptant la méthode de classification dite anatomique ou anatomo-physiologique, M. Jaccoud a surtout voulu s'opposer à la classification nosologique, qui, presque toujours, a été trop hâtivement établie sur des conceptions idéales qui ne répondent à aucune notion scientifique rigoureuse. Certes nous admettons que l'anatomisme et le physiologisme ont été parfois, qu'ils restent encore trop exclusifs; nous reconnaissons que la lésion organique ne peut à elle seule rendre compte de la maladie; mais nous nous associons à M. Jaccoud pour combattre plus énergiquement encore les doctrines qui ne s'appuient, pour établir les classifications des maladies, que sur des imaginations, c'est-à-dire des idées *à priori*.

Parler de maladies *affectives* ou de maladies *réactives* ne nous semble pas beaucoup plus clair que de se contenter des termes d'induration, de ramollissement ou d'ulcération pour caractériser les processus anatomiques que l'on observe dans le cours de certaines maladies. Ce n'est donc pas en dissertant sur les altérations de la *force vitale* que l'on arrivera à mieux connaître et surtout à mieux classer les maladies. Bien que ce mot, dit M. Grasset, « n'entraîne aucune idée ontologique, encore moins substantielle, et qu'il exprime seulement le fait de l'unité et de la spontanéité qui se retrouve au fond de tous les actes de l'organisme humain, » ce mot nous paraît inutile à invoquer quand il s'agit d'établir les principes qui doivent servir de base aux classifications des maladies. « Avant d'invoquer l'intervention de la volonté ou de la spontanéité de la cause première, dit M. Schutzenberger, du Dieu qui créa le monde et de la force première qui préside au développement d'un ordre particulier de phénomènes, le médecin demande que ces phénomènes soient *étudiés en eux-mêmes* et dans toutes leurs conditions de *phénoménalité* et de *causalité*. La lésion n'est qu'un caractère des maladies: d'accord; elle n'est qu'un effet; elle est l'effet de la spontanéité vitale, impressionnée, affectée, réagissante: d'accord; mais entre le tissu ramolli, infiltré de sang et d'éléments plastiques, ou induré, ulcéré, et la vie affectée ou réagissante qui produit tout cela, n'y a-t-il pas tout un monde de phénomènes *subordonnés* les uns aux autres? N'y a-t-il pas le mode du développement, de l'évolution morbide elle-même? Cette évolution connue, mise à découvert, ne pourra-t-elle pas fournir à la *spécification* du *mode morbide* une donnée plus exacte que les dénominations vagues de phlogose, d'induration, de ramollissement, de tuberculisation... ou que celle plus vague encore d'affection et de réaction, etc.? »

Et M. Schutzenberger conclut dans les termes suivants: « Le principe vital est la dernière raison d'être logique de toutes les manifestations organiques, de la santé, des maladies et de leur guérison. Mais, pas plus que l'idée du principe créateur et conservateur ne livre la connaissance du monde, des lois qui le régissent et des phénomènes qui s'y passent, la conception du principe vital ne fournit la notion des lois et des phénomènes de l'organisme vivant. Ce n'est qu'en étudiant les manifestations de la vie en elles-mêmes dans toutes leurs conditions de causalité et de phénoménalité, que l'on peut apprendre à les connaître et à les comprendre. » Il nous a paru intéressant d'opposer ces idées à celles que défendent à des points de vue différents le professeur de pathologie interne de l'Ecole de Paris, et le professeur de l'Ecole de Montpellier. L'Ecole de Strasbourg, dont M. Schutzenberger a été l'un des maîtres les plus éminents, n'a jamais fait grand bruit des principes qui présidaient à son enseignement; on l'a toujours considérée comme surtout préoccupée de former des médecins praticiens, et ce n'est pas sans un certain dédain qu'on l'a souvent traitée. Il importait de montrer combien ses doctrines ont été d'accord avec ses pratiques, et de les opposer à des théories plus exclusives, plus autoritaires, sinon plus rationnelles.

Quant au plan adopté par M. Grasset, il n'est point sans offrir un intérêt réel. L'auteur admet, en effet, trois classifications distinctes: la classification anatomique, la classification physiologique et la classification nosologique; à ces trois classifications correspondent trois méthodes d'enseignement dont les deux premières sont analytiques et la der-

nière synthétique. Dans la méthode anatomique on étudie les lésions ou plutôt les processus anatomiques envisagés en eux-mêmes et considérés successivement dans les divers tissus. Dans la méthode physiologique on examine successivement chacun des grands appareils de l'économie, son fonctionnement normal et pathologique, les rapports que ce fonctionnement pathologique peut avoir avec les lésions anatomiques et avec les états morbides. Enfin, dans la méthode nosologique on étudie toutes les vraies maladies, tous les états morbides dans leur évolution synthétique. La première méthode est celle qu'a suivie Grisolle; M. Jaccoud a adopté et défendu la seconde; la troisième, dit M. Grasset, est celle que suivaient les anciens ou, du moins, qu'ils essayaient de suivre dans la mesure des connaissances de leur époque. M. Grasset affirme la nécessité d'étudier successivement la pathologie suivant ces trois méthodes. Il aurait pu ajouter qu'il en sera de même aussi longtemps que la pathologie ne sera pas définitivement constituée, aussi longtemps que le cadre nosologique subira les transformations que lui imposent les progrès de la science contemporaine. Peu à peu le jour se fera et cette méthode pourra être simplifiée, mais, pour le moment, il importe, en effet, de tenir compte de tous les éléments que peut fournir à une étude synthétique une science fragmentaire et en voie d'évolution.

Nous ne pouvons mieux terminer ces remarques qu'en assurant tous les médecins et tous les étudiants de l'intérêt et du profit qu'ils trouveront à la lecture de ce nouveau volume. La Faculté de Montpellier ne pouvait confier à un professeur plus laborieux et plus distingué le cours complémentaire dont M. Grasset vient de publier les principales leçons. Nous lui souhaitons de s'attacher prochainement par des liens plus indissolubles un jeune maître qui saura honorer l'Ecole à laquelle il appartient, en conciliant les traditions du passé avec les conquêtes du présent et les espérances de l'avenir.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

La peste à Astrakan.

La peste à Astrakan! La peste en Europe! tel est le cri unanime de la presse politique et scientifique, et cette nouvelle sinistre a été accueillie par toute l'Europe avec un sentiment de stupeur et d'incrédulité. La peste! mais on la croyait disparue à jamais de notre globe! — Cette attitude étonnée est compréhensible de la part du public; elle est moins pardonnable de la part des autorités russes, qui avaient le devoir de surveiller et de combattre les épidémies qui menacent la frontière de leur pays et de l'Europe en même temps. Comment! voici bientôt dix ans que la peste sévit en Mésopotamie, en Perse, en Arménie; que les savants rapports de M. Tholozan ont mis en émoi les sociétés savantes de Londres et de Paris; voici trois ans qu'elle est signalée à Rescht, au sud de la mer Caspienne, où elle ne s'est probablement jamais éteinte! Et de ce dernier port les vaisseaux peuvent sans empêchement aller à Astrakan et en revenir, et la voie de terre est aussi complétement libre que possible; et le jour où, aux bouches du Volga, apparaît une fièvre qui tue en deux ou trois jours, on hésite à lui donner un nom et l'on se demande avec stupéfaction d'où elle tombe!

Elle tombe d'Asie, ô gouvernement, n'en doutez pas un instant, et s'il y a lieu de s'étonner, c'est tout simplement qu'elle n'ait pas apparu depuis longtemps en Europe en l'absence de toute quarantaine, de toute mesure restrictive de la part des pays frontières, vu l'insouciance légendaire des chefs qui y commandent.

Voici, au reste, l'histoire de cette épidémie d'après *The Lancet* du 18 janvier. Les relations officieuses et officielles russes sont un peu sujettes à caution : ce n'est pas d'aujourd'hui que les Russes savent déguiser la peste sous des noms sonores pour calmer la population, ce qui, entre parenthèses, ne calme rien, vu que personne ne s'y trompe.

A la fin de novembre 1878, un détachement de Cosaques, revenant de l'armée du Caucase, rentrait dans ses quartiers à Vietlanka, sur le Volga, province d'Astrakan. Peu après, apparut une « fièvre » assez grave, que l'on croyait importée des camps d'Asie et qui fut appelée *typhus*. Un médecin militaire, envoyé pour faire une enquête, nia l'existence du typhus, mais affirma l'existence de deux espèces de fièvres : l'une « simple continue, » l'autre « inflammatoire ». Or, il est avéré qu'il existait déjà à cette époque des fièvres éminemment contagieuses et rapidement mortelles. La maladie fit de rapides progrès parmi la population de Vietlanka, à tel point que pendant les deux derniers jours de décembre et les deux premiers jours de janvier plus du quart d'une population de 600 âmes tout au plus tomba malade en masse, et que le 3 janvier 143 sur 195 étaient morts (1). C'est ce que les autorités russes appellent le *typhus contagieux*. Je doute que pareille mortalité ait jamais été atteinte dans les épidémies les plus terribles du typhus des armées, même dans les siéges lamentables de Torgau et de Dantzick : cette léthalité est déjà par elle-même une preuve de la nature pestilentielle de la maladie. On conçoit la panique de cette population affolée : militaires et civils se sauvant de tous côtés, encombrant les villes voisines d'Astrakan et de Tzaritzin, propageant partout la peur. Toute la province s'émeut, l'agitation gagne la capitale; les correspondants des journaux étrangers télégraphient partout : c'est à ce moment que le gouvernement sort de sa quiétude.

A l'heure qu'il est, l'affection règne incontestablement dans plusieurs bourgades du district du Jenotawesk, probablement à Astrakan et à Tzaritzin. On craint même l'extension à la province de Saratow, voisine de celle d'Astrakan, mais de l'autre côté du Volga.

On hésite, ai-je dit, à donner un nom à l'épidémie. On voudrait se persuader qu'il s'agit d'une forme grave de typhus exanthématique ou récurrent. Mais les médecins russes sont familiarisés avec ces deux formes de typhus, qu'ils ont pu observer à Saint-Pétersbourg et à l'armée expéditionnaire; d'où vient donc leur embarras devant la fièvre d'Astrakan? Dans un rapport daté du 14 janvier, le docteur Krassowski indique les symptômes suivants :

Stade prodromal très-court, faiblesse extrême, céphalée atroce, bourdonnements d'oreilles, anxiété précordiale, douleur épigastrique. Au bout de quelques heures, bubon à l'aisselle et fièvre intense. Mort généralement en vingt-quatre heures ou en trois ou quatre jours au milieu de phénomènes nerveux graves, délires, collapsus, convulsions, etc. Un correspondant du journal *l'Univers* signale même la tumeur axillaire, « grosse comme un œuf de poule, se développant en quelques heures ». Puis surviennent des douleurs intérieures violentes, des vomissements, « des taches noires paraissent sur le corps, de préférence sur la poitrine, le dos, les avant-bras ». On a signalé des cas où la mort était arrivée quatre heures après le début des premiers symptômes.

Ces descriptions, si elles sont exactes, laissent peu de doute sur la nature de l'affection. On ne peut absolument nier que, dans des circonstances exceptionnelles de misère, d'encombrement, de famine, le typhus exanthématique ne puisse revêtir une forme assez semblable à la forme pathologique dont je viens de décrire les traits principaux; mais ces circonstances n'existent pas dans le cas particulier.

Il vaut mieux, à tous les points de vue, en prendre son parti, appeler les choses par leur nom et examiner froidement quels remèdes comporte la situation. Le ministre de l'inté-

(1) Le chiffre total des morts jusqu'à ce jour est, dit-on, de 368.

rieur assure que « toutes les mesures ont été prises » ; il invite les journaux à parler de l'épidémie « d'une manière circonspecte » et a défendu toute communication avec la zone infectée. — On s'est donc rallié au système des quarantaines, qui paraît effectivement être la meilleure mesure prophylactique à employer, à condition cependant que la quarantaine soit absolue. Ce résultat peut être obtenu assez facilement, grâce à la configuration géographique du pays. Il suffira d'empêcher le passage du Volga et du Don et de surveiller spécialement la langue de terre située entre les deux fleuves, près de Tzaritzin (1). On a prescrit dans cette dernière ville des mesures de désinfection, mesures qui seront probablement étendues à tous les points menacés malgré leur peu d'utilité probable.

Enfin on espère que la température favorisera l'extinction du foyer pestilentiel. Depuis le 8 janvier (jusqu'au 14) le thermomètre oscille entre 10 et 12 degrés au-dessous de zéro. Malheureusement la peste est réfractaire aux basses comme aux hautes températures. En 1738, elle ravagea l'Ukraine, « *usque in hiemem intensissimam* »; en 1837-1838, elle sévit sur la Roumanie par une température de — 13° et ne s'éteignit qu'à l'entrée du printemps.

On lit, dans la *Wiener medizinische Presse* du 19 janvier, que le gouvernement autrichien propose des mesures énergiques pour combattre l'épidémie au cas où elle se répandrait dans l'armée russe, actuellement répandue jusqu'aux frontières austro-hongroises (2).

Tels sont les principaux faits qui nous sont parvenus au sujet de cette épidémie, sur laquelle nous reviendrons.

L'article qui précède, rédigé pour le dernier numéro, est arrivé trop tard pour y être inséré. Nous le publions tel quel, et nous le faisons suivre des nouveaux renseignements que nous avons pu recueillir au sujet de l'épidémie :

Quelle que soit la précision des détails empruntés par notre collaborateur aux journaux russes et autrichiens, les renseignements que nous recevons aujourd'hui ne nous permettent pas encore de nous prononcer d'une façon définitive sur la nature de l'épidémie qui vient d'exercer d'effroyables ravages dans le district d'Astrakan. Aussitôt après avoir été informé de la gravité de la maladie et de l'incertitude qui régnait sur sa nature, le gouvernement russe a immédiatement envoyé sur les lieux un des médecins sanitaires les plus autorisés, le docteur Krassovsky, qui avait eu une partie de la direction médicale des armées pendant la dernière guerre. Les renseignements envoyés par ce médecin sont assez précis, mais ils ne permettent pas de tirer aucune conclusion sur la nature de l'épidémie. Nous transcrivons intégralement la dépêche adressée par le docteur Krassovsky au ministre de la guerre de Russie, et qui est datée du 13 janvier.

« Je suis arrivé à Vietlianka le 27 décembre (13 janvier) et les quatre premiers malades que j'ai examinés étaient atteints d'une inflammation pulmonaire compliquée de symptômes typhiques; l'un d'eux présentait à l'aine une plaie d'origine douteuse. Le lendemain le docteur Morozow succomba après six jours de maladie; j'attribuai sa mort au typhus occasionné par la fatigue. Le 10 janvier nous n'eûmes pas de nouveaux cas; le 11 il y eut un décès causé par la fièvre intermittente; le 12 deux femmes moururent du typhus pneumonique.

» L'examen attentif que j'ai pratiqué moi-même de ces cas, les observations et les documents recueillis par feu le docteur Morozow, le rapport du médecin inspecteur de la province (celui-ci conclut à l'existence de la peste) me font attribuer la grande mortalité qui a régné à une épidémie de *typhus galopant* avec prédominance de symptômes thoraciques. J'attribue également cette mortalité excessive au manque de nourriture et aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les habitants.

» Des fumigations ont été pratiquées dans toutes les maisons infectées et on y a répandu à profusion les agents antiseptiques : acide phénique, sulfate de fer, etc. Des couches épaisses de chaux ont été répandues dans les cimetières.

» Le nombre des morts s'est élevé à Vietlianka à 273, celui des malades dépasse 300. La ville contient 347 maisons et 1800 habitants. »

Nous avons également sous les yeux un télégramme du gouverneur d'Astrakan daté de la même époque et qui confirme les faits avancés par le docteur Krassovsky. D'après ce document l'épidémie serait en décroissance sur certains points. Un médecin envoyé dans la petite île de Taboun-Aral, pour faire une enquête sur la mort rapide de cinq habitants, a fait un rapport dans lequel il affirme que les cinq décès sont dus à des circonstances accidentelles et n'ont aucune relation avec l'épidémie de Vietlianka.

Dans une réunion de savants tenue dans la maison du gouverneur, le docteur Dopner, le seul médecin qui a survécu à Vietlianka, a lu un rapport très-détaillé sur l'épidémie. Quoiqu'il soit fait plusieurs fois mention dans ce rapport de bubons et d'inflammation des glandes lymphatiques, on n'y reconnaît pas clairement les signes caractéristiques de la peste, et l'auteur lui-même ne se prononce pas sur la nature de la maladie. Nous citons les passages les plus importants de ce rapport.

« Depuis le 27 novembre 1878 s'est produite à Vietlianka une nouvelle maladie dont beaucoup de personnes étaient atteintes et à laquelle quelques-unes ont succombé. Je suis retourné au mois de décembre pour la seconde fois à cette stanitza et j'ai trouvé vingt-trois malades dans l'état suivant : violent mal de tête au front et aux tempes, douleurs dans tous les membres, frissons peu prolongés, précédant des chaleurs très-fortes et brûlantes dans la figure et les yeux, le ventre tendu, une enflure du foie, le pouls à 100, 120° ; ces symptômes duraient deux ou trois jours ; ils étaient suivis de transpiration et d'affaiblissement général dans les quelques cas favorables qui se sont présentés ; mais, dans la majorité des cas, les paroxysmes se renouvelaient au bout de deux ou trois jours ; il s'ensuivait le délire, l'insomnie, l'inquiétude du corps, une chaleur de 42°, la sécheresse de la langue, des déjections très-fréquentes et involontaires, des urines peu fournies et rougeâtres ; la mort arrivait régulièrement après le deuxième, au plus tard après le troisième paroxysme, avec des convulsions et un affaiblissement total des forces. Les cadavres se décomposaient très-vite, et les taches cadavériques se produisaient douze heures après la mort.

» Du 17 novembre au 9 décembre, sur 100 malades 43 sont morts et 14 ont guéri. A partir du 9 décembre, le caractère de la maladie est devenu plus aigu ; la personne atteinte subitement se sentait prise de battements de cœur, d'irrégularité dans le pouls, de vomissements, d'éblouissements, d'oppression à la poitrine, de crachements de sang, sous forme de liquide très-clair ; la figure devenait pâle, l'expression apathique, les yeux sombres, les pupilles dilatées ; le malade restait ensuite trois ou quatre heures dans un état de faiblesse absolue ; puis venait une chaleur violente et le délire ; l'urine s'arrêtait, la constipation se produisait. »

L'auteur donne ensuite quelques détails sur une épidémie de fièvre intermittente qu'il avait observée à Vietlianka pendant la première inspection qu'il avait faite à cette ville. Il dit que cette variété de fièvre était accompagnée d'une *enflure des glandes lymphatiques.*

« D'après les dires des médecins assistants que j'avais sous mes ordres, dit le rapporteur, la maladie qui avait commencé le 27 novembre s'est montrée lorsqu'il n'y avait plus à Vietlianka de malades avec les symptômes observés par moi le 18 novembre. J'admets cependant l'existence d'un lien étroit entre la première catégorie de maladies et la seconde. Les enflures et les inflammations des glandes lymphatiques, les abcès, ont été les symptômes principaux de la première phase de l'épidémie : ces symptômes se sont reproduits à un degré effrayant dans la seconde phase, et amenaient cette fois la mort dans un délai variant de douze heures à trois jours. Je conclus à caractériser cette épidémie soit comme un typhus du genre le plus aigu, soit comme une peste particulière (*pestis indica*, Hirsch) ou comme maladie nouvelle intermédiaire entre le typhus et la peste. »

Dans une autre partie de son rapport notre confrère nous fait

(1) Malheureusement il sera difficile de généraliser cette mesure. En effet, au début de l'épidémie, plusieurs camps de Kalmoucks, qui se trouvaient autour de Vietlanka, furent, eux aussi, atteints par la maladie. En un clin d'œil les tribus effrayées s'éparpillèrent de tous côtés, emportant avec eux la maladie au milieu des steppes. L'administration sera impuissante contre ces nomades ; autant vaudrait établir des quarantaines en plein Sahara.

(2) Une commission de savants se réunit à Berlin pour indiquer au plus vite les moyens à employer. La Roumanie suit cet exemple. Reste la Sublime Porte, la première menacée, qui paraît assez indifférente à l'idée d'une propagation de la maladie dans ses États, mais à laquelle nous osons espérer que les gouvernements européens sauront imposer les mesures prophylactiques nécessaires.

part des déceptions qu'il a eues quand il s'est agi du traitement. « Tous les remèdes ont été employés pour combattre la maladie, dit-il; j'ai prescrit notamment de l'acide salicylique, de l'acide muriatique, du sulfate de quinine; mais tous ces remèdes ont été inutiles... Tous les médecins qui soignaient les malades, le docteur Koch et six de ses assistants sont morts, de même que le prêtre de la *stanitza* et un grand nombre des cosaques qui enterraient les cadavres. »

Comme on le voit, le docteur Dopner ne se prononce pas d'une manière définitive et tend plutôt à admettre l'existence du typhus que de la peste. Il n'en recommande pas moins les mesures de prudence les plus énergiques : quarantaines sévères, désinfection des maisons, isolement des malades. Toutes ces mesures ont été rigoureusement appliquées dans les localités où la maladie est apparue. L'inspection et l'organisation des quarantaines a été confiée au docteur Norden.

Ces mesures rigoureuses ont eu jusqu'à présent pour résultat de confiner l'épidémie dans son foyer primitif, c'est-à-dire à Vietlianka et à Prischiha où 85 habitants sur 100 ont été atteints, et 40 pour 100 de la population tout entière ont succombé au fléau. Quelque exagérés que puissent paraître ces chiffres, il ne faut pas oublier qu'ils ont été publiés officiellement par le gouverneur de la province. Les nouvelles répandues par quelques journaux et prétendant que l'épidémie avait fait son apparition à Harizin ne se sont heureusement pas confirmées.

En somme il résulte des derniers renseignements que nous avons pu recueillir, que l'existence de la peste n'est pas encore admise par les médecins envoyés sur les rives du Volga. Malgré l'intensité du fléau et la grande mortalité qui a sévi dans quelques villages du gouvernement d'Astrakan, il est donc encore permis de supposer, avec la plupart des médecins russes qui ont étudié l'épidémie sur place, qu'il s'agit sinon d'une variété de typhus du moins d'une maladie qui n'a avec la peste que certains rapports d'analogie mais qui ne doit pas être identifiée avec elle. On ne peut pas supposer que, même dans le but de rassurer les populations, les médecins russes aient voulu dissimuler dans leurs rapports la véritable nature de la maladie. Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de la peste ou du typhus, il est bon de se tenir sur ses gardes, et nous ne pouvons qu'approuver les mesures quarantenaires rigoureuses qui ont été prises par les gouvernements intéressés.

Le gouvernement autrichien a montré dans cette circonstance une grande énergie. La *Correspondance politique de Vienne* annonce qu'une conférence s'est réunie le 21 janvier sous la présidence du prince Auersperg, président du conseil, en vue d'examiner les mesures à prendre contre la peste. Des délégués du gouvernement allemand, du gouvernement hongrois et de différents ministères et trois experts assistaient à cette réunion. On a résolu d'envoyer le plus tôt possible en Russie des médecins chargés de faire des rapports réguliers sur l'épidémie.

On a décidé en outre que la loi austro-hongroise de 1878 interdisant l'importation des marchandises russes serait maintenue et étendue à l'Allemagne; que les voyageurs venant de Russie seraient munis de passe-ports attestant officiellement que ces voyageurs ont quitté depuis quarante jours au moins les pays infestés; que l'entrée des voyageurs en Allemagne et en Autriche serait restreinte en cas de besoin à quelques points déterminés de la frontière; qu'il serait procédé à la désinfection des wagons et des gares, et que, dans le cas où l'épidémie se rapprocherait des frontières allemandes et austro-hongroises, ces frontières seraient complétement fermées.

Voici les mesures qui ont été adoptées par la commission sanitaire austro-hongroise :

1° Des médecins seront envoyés dans les pays infestés pour étudier les caractères, la marche et l'extension de l'épidémie;

2° L'importation de toutes les marchandises provenant des pays infestés et de certaines marchandises de la Russie sera absolument interdite;

3° Toutes les personnes venant des pays infestés par les frontières de l'Est et du Sud-Est feront une quarantaine de vingt jours.

Le gouvernement autrichien a l'intention de présenter au Reichsrath un projet de loi concernant les frais qui seront occasionnés par les mesures dont il s'agit. On attend des représentants de la Russie qui doivent assister aux séances de la commission.

Comme on le voit l'épidémie est combattue avec énergie, et il y a tout lieu d'espérer qu'elle restera confinée dans son foyer.

A. LUTAUD.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Admissions : MM. Bergeron (Henri), Bonnefoy, Cadier, Dehenne, Delafolie, Faval, de Fédérowicz, Fligel, Gauthier, Guido, Hubert, Landois, Legué, Le Noir, Ménière d'Angers, Radoux, Raguet-Lépine.

Dons à la caisse des pensions de retraite : MM. Otterbourg et Roger, 50 francs; Piogey et Roger, 50; Dionis, 20; Georges Marjolin, 20; Robert Wickham, 100; Jourdanet, 500.

— *Société centrale.* — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu le dimanche 2 février prochain, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, sous la présidence de M. Gosselin.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — L'assemblée a eu lieu dimanche dernier, 26 janvier, sous la présidence de M. J. Béclard.

L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro le tableau du mouvement de la caisse pendant l'année 1878.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret en date du 20 janvier 1879, M. le docteur Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre du corps des chirurgiens des hôpitaux de Paris, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

— Un concours pour la nomination à deux places d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer aura lieu le 24 février prochain, à une heure précise; il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le 23 janvier jusqu'au 8 février inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — La chaire d'accouchements et de maladies des enfants a été déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de sciences naturelles s'ouvrira le 3 novembre 1879. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

COURS PUBLICS. — Le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours de chimie, de thérapeutique, etc., pour la préparation aux troisième et quatrième examens du doctorat en médecine, et au premier examen de fin d'année, le lundi 3 février, à une heure, boulevard Saint-Germain, 63.

CORRESPONDANCE. — Nous croyons devoir donner avis au confrère d'Enghien qui a bien voulu nous écrire que nous sommes dans l'impossibilité de lui répondre, faute de pouvoir lire sa signature.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 17 au 23 janvier 1879, on a constaté 1071 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 23. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 2. Variole, 11. — Croup, 22. — Angine couenneuse, 21. — Bronchite, 46. — Pneumonie, 90. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 5. — Erysipèle, 7. — Autres affections aiguës, 262. — Affections chroniques, 489 (dont 163 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 60. — Causes accidentelles, 21.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE — N°. 6 — 7 FÉVRIER 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 6 février 1879.

L'OSTÉOMYÉLITE ET LA SEPTICÉMIE SPONTANÉE.

(Troisième article.)

Nous espérons que l'Académie suivra le sage conseil de son président, qui a engagé les orateurs inscrits à scinder la discussion engagée depuis plusieurs semaines, en deux parties, qui pourraient être traitées successivement : la septicémie et l'ostéomyélite. Bien qu'il soit difficile, comme le dit M. Perrin, de séparer des questions si justement connexes, nous essaierons, en condensant le « contingent des discours de plusieurs séances », de faire ressortir la marche des argumentations dans les deux sens.

L'Académie semble être édifiée au sujet de la septicémie, et, quant à présent du moins, nous pensons pour notre part que les derniers orateurs n'ont pas apporté des éclaircissements assez nets pour qu'on doive désirer la prolongation de la discussion. M. Perrin a démontré facilement que les allégations de M. Colin ne nous enseignent rien de précis. M. Colin n'a pas eu l'inspiration heureuse lorsqu'il accumulait les objections contre les procédés d'expérimentation clinique ou physiologique qui sont estimés si hautement en France aussi bien qu'en Allemagne.

La discussion proprement dite sur l'ostéomyélite promet des résultats plus intéressants pour les chirurgiens. Déjà MM. Gosselin et A. Guérin ont fait ressortir l'importance du diagnostic au point de vue du traitement; on peut donc espérer que la discussion se circonscrivant sur une affection bien définie permettra des conclusions pratiques.

Malheureusement le sujet, quelque restreint qu'il soit, pourrait être développé en un livre, comme l'a dit M. A. Guérin, et avec grande raison, puisque les nombreuses monographies écrites sur l'ostéomyélite formeraient plusieurs volumes. La définition de l'ostéomyélite, en effet, a déjà donné lieu à de vives controverses, depuis les premiers travaux de Chassaignac et de Klose, et ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a cherché à circonscrire les véritables caractères des observations décrites sous les noms variés d'ostéites, d'ostéopériostites, d'ostéomyélites, de périostites suppurées, de périostites phlegmoneuses et enfin même de médullites.

Les élèves de Chassaignac, de Giraldès et d'Ollier, ajoutant aux observations de Follin, Gosselin, Bœckel et Schutzenberger un grand nombre de faits cliniques et d'examens anatomiques, ont achevé l'histoire de ces affections, et depuis dix ans les thèses de Louvet, de Droin, de Culot, les observations et les pièces anatomiques qui leur ont servi de base ont été l'objet de discussions et d'examens approfondis à la Société anatomique. Actuellement, quand on parle d'ostéomyélite spontanée, chirurgiens et médecins savent ce dont il s'agit; mais, quand on consulte les traités dogmatiques ou les moindres mémoires sur le sujet, on a peine à établir une classification réelle. Ces définitions ou ces dénominations correspondent à des conditions particulières d'étiologie, de siége anatomique ou de siége histologique; aucune ne réunit toutes ces données. En effet, en prenant pour point de départ l'anatomie pathologique ou plutôt le phénomène prédominant, nous voyons décrire par Louvet et Droin (avec Giraldès, Bœckel et l'école de Strasbourg), sous le nom de périostite phlegmoneuse, des faits analogues à ceux que Chassaignac considère comme des ostéomyélites; ou bien même, Culot précisant davantage la définition, propose le nom de médullite ou inflammation de la moelle. Ces définitions anatomiques ont pour bases des opinions diverses sur l'origine périostale au médullaire de l'affection. Ceux qui se sont mis au point de vue étiologique ont tout aussi bien varié dans leurs appré-

FEUILLETON

Ambroise Tardieu.

Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, président du comité consultatif d'hygiène et de salubrité, ancien président de l'Association des médecins de France, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, vient de mourir le 12 janvier, dans sa soixante et unième année.

Le corps médical, en l'accompagnant à sa dernière demeure, profondément ému de la perte cruelle qu'il venait de faire, a su exprimer en termes éloquents son immense douleur. MM. Chauffard, Henri Gueneau de Mussy, Wurtz, Brun et Rigal sont venus tour à tour retracer en termes dignes et élevés ce qu'avait été cette brillante intelligence, ce travailleur fécond, cet homme séduisant qui charmait par sa parole ceux qu'il devait instruire, éclairer ou conduire dans les sentiers ardus de la science. Aussi les paroles prononcées sur sa tombe ontelles exprimé surtout la douleur de ceux qui le perdaient. Nous devons maintenant montrer ce qu'a été le médecin, c'est-à-dire le savant, le médecin légiste et l'hygiéniste. Nous voulons examiner d'un regard d'ensemble l'œuvre immense du maître que nous pleurons et dont la vie trop tôt brisée pouvait nous faire espérer encore de brillantes lumières.

Les ouvrages que laisse Ambroise Tardieu, tous classiques, peuvent être groupés sous trois chefs, la pathologie, la médecine légale et l'hygiène publique.

Ambroise Tardieu, reçu docteur en 1843, avait été élevé par cette brillante école clinique dont le monde entier venait à Paris suivre les leçons. Le génie de Laennec dominait cette école; Cruveilhier, Andral, Trousseau, Rayer, Roux, Velpeau, Cl. Bernard la représentaient; ils étaient dans toute l'ardeur de la jeunesse et leur renommée commençait. Le concours pour les chaires de la Faculté était dans sa période la plus

ciations; car on a d'abord, avec M. Gosselin, distingué l'ostéomyélite des adolescents, dite épiphysaire ou juxta-épiphysaire (Ollier et Gamet); mais depuis que Louvet, Culot, Parrot, ont démontré que cette caractéristique anatomique du décollement des épiphyses se retrouve dans le premier âge et au delà de l'âge adulte, le titre a dû être modifié, et rien n'est plus instructif que de suivre les transformations d'opinions que M. le professeur Gosselin avoue avoir accomplies à cet égard, lorsqu'il a pu examiner cette affection suivant ses manifestations aux divers âges : il faut en effet remarquer que la plupart des auteurs qui ont insisté sur l'origine périostale de cette inflammation ont plus particulièrement étudié chez les enfants (Giraldès, Louvet), tandis que c'est plutôt chez les adolescents qu'on a invoqué l'action prépondérante du développement osseux, d'où les noms d'ostéite épiphysaire, juxta-épiphysaire (Gamet, Ollier, etc.). Enfin il semble que, sous l'influence des études relativement plus récentes qui ont fait étudier le rôle de la moelle des os, les chirurgiens soient avec Christol, Culot, Maass, Koch, mieux disposés à attribuer un rôle plus important à la moelle des os.

En présence de ces divergences, qui répondent à des caractères variables aussi bien dans l'allure clinique que dans les processus anatomiques, M. Gosselin a proposé avec raison de prendre pour point de départ de la dénomination l'organe, c'est-à-dire l'os; puis, comme qualificatif, des termes exprimant les principales conditions étiologiques. C'est ainsi que l'ostéomyélite ou l'ostéopériostite est une ostéite spontanée à forme aiguë et suraiguë; mais, pour en comprendre les diverses manifestations cliniques, il faut en reconnaître quatre variétés. Cette complexité indique plutôt une grande richesse d'observations qu'une classification réellement naturelle des formes de l'ostéite; mais elle offre cet avantage que l'on peut, en admettant ces dénominations d'*ostéite spontanée aiguë* ou d'*ostéite épiphysaire*, y comprendre la plupart de ces faits d'ostéite qui ont pour caractères communs de se produire sous forme d'inflammation à marche très-rapide dans les os qui n'ont pas encore terminé leur accroissement en longueur, presque toujours dans les os longs, exceptionnellement dans les os courts, et pouvant envahir le tissu osseux, la moelle et le périoste, quelle que soit l'origine de l'inflammation.

Je crois qu'il serait difficile d'abréger cette définition sans laisser de côté de nombreux faits cliniques; du moins, tout en répondant aux nécessités des descriptions dogmatiques, permet-elle aux praticiens de considérer en particulier l'une des formes, celle dans laquelle l'inflammation médullaire prédomine.

L'importance de la fonction du périoste, le rôle de protection de cette membrane et celui plus important encore de la couche ostéogène sous-périostée ont été suffisamment mis en lumière pour que l'on puisse se préoccuper de nouveau des fonctions de la substance médullaire, et y trouver une source d'observations fort intéressantes à l'égard de la pathogenèse de l'ostéite. La moelle osseuse, qui doit comprendre non-seulement la partie contenue dans le canal médullaire, mais aussi la moelle des canaux vasculaires qui communique avec la couche ostéogène ou sous-périostée, le tissu médullaire, est loin d'être inactive et insensible, comme voudrait nous le faire supposer M. Colin; bien au contraire, il y a dans ce tissu des modifications constantes qui répondent aux diverses phases du développement de l'os comme organe, mais aussi aux modifications que l'âge ou les maladies générales et locales, les cachexies enfin, impriment aux tissus les plus favorisés en activité de nutrition. Nos lecteurs connaissent les travaux de Neumann et Bizzozero, auxquels nous avons plusieurs fois fait allusion; ils peuvent n'admettre qu'avec une certaine réserve le rôle hématopoiétique de la moelle; mais ce qu'ils ne sauraient nier, ce sont les variétés d'aspect et les transformations histologiques de la moelle. Pour ne parler que de ces dernières, Robin, Cornil et Ranvier, Ollier, et après eux tous ceux qui ont fait de l'anatomie pathologique une étude sérieuse, tous ont constaté les divers états de la moelle des os dans l'inanition, dans la fièvre typhoïde, dans les affections diathésiques; l'examen du tissu médullaire des os est même devenu une des parties en quelque sorte nécessaires dans une autopsie complète. Telle est du moins la pratique habituelle de certains laboratoires, et, sous ce rapport, il faut constater que nous n'avons plus rien à envier aux pathologistes étrangers. Ceux-ci ont peut-être exagéré l'importance des lésions médullaires des os en les considérant comme caractéristiques de l'*anémie pernicieuse;* quoi qu'il en soit, l'étude des modifications médullaires n'en apparaît pas moins comme indispensable pour ceux qui veulent suivre les processus morbides dans l'ensemble de l'organisme; et si l'on doutait de l'intérêt de ces recherches, il suffirait pour s'éclairer de lire, d'une part, les comptes rendus d'autopsies de Cohnheim, Osler et Gardner, Litten, Leyden, Strumpell, Eisenlohr, Pils, Fede, Pepper, Scheby-Buch, à propos des lésions de la moelle des os dans l'anémie pernicieuse, et de considérer d'autre part, les résultats négatifs de Quincke et d'Eichkorst

---

brillante et faisait connaître, pour chaque chaire, plusieurs savants dignes de l'occuper. Elevé à cette forte école de clinique, Tardieu fut surtout et partout un clinicien: c'est par la clinique qu'il éclaira d'un jour si éclatant l'hygiène et la médecine publiques.

Qu'on jette un coup d'œil sur le *Manuel de pathologie*, parvenu aujourd'hui à sa cinquième édition, on y retrouvera ces descriptions si vivantes des maladies qui avaient fait la renommée d'Andral et de Trousseau, on y trouvera surtout une conception très-juste et très-élevée de la pathologie générale, dans laquelle on peut reconnaître la touche sûre et lumineuse d'un maître ignoré, J. Bouley, que nous espérons faire revivre un jour. Ces chapitres de pathologie générale sont encore en parfaite harmonie avec les doctrines cliniques d'un autre maître que nous venons de perdre, Bazin, dont la gloire grandira de plus en plus pour l'honneur de la clinique française. C'est cette connaissance profonde de la clinique qui a fait d'Ambroise Tardieu un clinicien au coup d'œil prompt et sûr, et un médecin praticien dont la valeur n'est pas assez connue.

S'il a été moins apprécié sous ce rapport que comme médecin légiste, c'est qu'il a été surtout original et créateur dans ce qui concerne la médecine publique.

Voyons l'œuvre du médecin légiste : Ambroise Tardieu a été consulté par le pouvoir judiciaire dans un nombre considérable d'affaires qui s'élève au chiffre colossal de 5238. Il en tenait un compte exact et le tableau suivant donnera une idée des difficiles problèmes qui lui ont été posés par le pouvoir judiciaire.

Attentats à la pudeur ou viols..................	627
Pédérastie ou sodomie..........................	85
Constatations de grossesse ou d'accouchements.	20
Avortement..	589
Infanticide	697
A reporter....	1928

dans la même affection; enfin, pour compléter cette énumération, nous signalons plus particulièrement les travaux de Litten et de Orth (*Berliner mediz. Wochenschrift.*, 1877, n° 51) qui comprennent l'analyse de 100 autopsies, et la thèse plus récente de Blechmann, qui est basée sur 35 autopsies pratiquées sous la direction de Neumann.

Si nous avons insisté avec intention sur le rôle de la moelle, c'est que, pour bien résumer notre opinion, nous considérons que le terme d'*ostéomyélite*, avec toutes les réserves qu'il comporte, peut être conservé sans grand inconvénient, parce qu'en définitive on l'emploie habituellement comme synonyme d'ostéite spontanée généralisée diffuse, ou ostéomyélite avec périostite, dont la forme la plus fréquente est l'ostéite épiphysaire, désignée souvent sous le nom d'ostéopériostite phlegmoneuse.

C'est principalement au point de vue thérapeutique qu'il importe de tenir compte de ces définitions, lorsque l'on veut tracer des règles générales pour l'intervention chirurgicale.

Nous sommes ici sur un terrain plus solide : en effet, la plupart des chirurgiens sont d'accord aujourd'hui. MM. Panas, Gosselin, A. Guérin, et avec eux tous les chirurgiens pratiquent dans l'ostéomyélite l'intervention la plus rapide, la plus énergique; et d'ailleurs dans l'ostéomyélite suraiguë il n'y a pas à hésiter : larges débridements, incision du périoste, drainage, injections antiseptiques, doivent être mis en œuvre, et plus tôt on aura fait le diagnostic, plus grandes seront les chances de l'intervention. La question soulevée par le rapport de M. Panas à propos des faits de trépanation de M. Lannelongue, à savoir si cette opération doit être encouragée, préconisée, et si elle offre comme moyen hâtif de diagnostic ou de traitement des avantages réels; cette question, disons-nous, ne sera probablement pas l'objet de longues discussions. MM. Gosselin et A. Guérin nous ont cité des exemples encourageants en faveur de la trépanation ou de l'incision des os; nous doutons qu'il s'élève à cet égard des objections bien vives, mais, dans tous les cas, il ne serait pas sans intérêt d'entendre exposer la pratique des maîtres sur ce point.

L'idée de trépaner les os dans l'ostéomyélite n'est pas de récente invention; elle a son origine dans la trépanation faite pour l'ostéite douloureuse ou même pour l'ostéite de nature syphilitique (ainsi que le fit J.-L. Petit); et, en 1839, un chirurgien de Baltimore, Morven Smith, publiait quatre observations de « trépanation des os dans certaines inflammations purulentes qui constituent la première période de la nécrose ». (Voy. *Archives générales de médecine*, série 3, t. IV, p. 219-223, 1839, traduit de l'*American Journal of medical science*, n° 45, novembre 1839, p. 93). Bœckel, en 1858, a également trépané le tibia dans un cas d'ostéomyélite chez un enfant de seize ans, et depuis cette époque la trépanation des os a été indiquée comme un moyen thérapeutique rationnel par la plupart des auteurs qui ont traité cette question; mais nous n'en donnerons pas la liste parce qu'ils ne semblent pas avoir pratiqué l'opération. Il est plus intéressant de rappeler la communication faite à ce sujet par M. Ollier, à l'Académie des sciences (14 août 1876). Cette communication sur la trépanation des os longs dans les diverses formes d'ostéomyélite résume dix-neuf observations, qui sont tout à fait démonstratives en faveur de l'innocuité de la trépanation des os, et M. Ollier propose dans ses conclusions la trépanation de la moelle comme moyen abortif de l'inflammation dans l'ostéomyélite aiguë.

Ces citations nous suffisent, et nous croyons pouvoir répéter nos conclusions antérieures au sujet de l'opération pratiquée par Lannelongue ; nous croyons qu'il y a tout intérêt à pratiquer la trépanation dans l'ostéomyélite, et à l'exécuter hâtivement; et puisque cette opération est précédée d'un débridement et de l'incision du périoste, elle devient un moyen de diagnostic, et, ne dût-elle être considérée que comme une saignée de l'os (suivant le procédé de Laugier) ou comme un débridement de l'os (suivant le procédé de A. Guérin), nous croyons que, même dans un cas d'ostéite simple, elle ne saurait être dangereuse si l'on emploie des moyens antiseptiques minutieusement appliqués.

En résumé, ce serait mal comprendre l'enseignement des faits cliniques que nous avons cités que de ne pas tenir compte, dans chaque cas particulier, de la nécessité d'agir vite; car la témérité n'est guère à redouter en présence des accidents si terribles de l'ostéomyélite. Cependant il importe de ne pas perdre de vue la marche rapide des complications, afin que la trépanation, utile comme moyen préventif et curatif au début, n'amène pas le chirurgien à une intervention plus radicale et trop souvent nécessaire: l'amputation ou la résection.

A. HÉNOCQUE.

Report....	1918
Coups et blessures..........	516
Blessures par imprudence, homicides involontaires.	106
Mauvais traitements..........	54
Assassinats ou meurtres..........	404
Certificats d'infirmité..........	161
Morts subites..........	209
Empoisonnements..........	149
Asphyxie par le charbon..........	29
Submersion..........	46
Folie..........	252
Diverses. Identité, simulation, etc..........	1294
Total..........	5238

Cette seule énumération donne une idée de son expérience et explique la confiance qu'il inspirait au parquet, et qui était telle que les magistrats instructeurs ne se seraient pas risqués à poursuivre aux assises une accusation qu'il n'aurait pas soutenu. Cet accord apparent lui a fait le plus grand tort devant ses confrères et devant le public. En voyant toujours Ambroise Tardieu affirmer l'accusation aux assises, on le supposait devenu l'âme damnée des procureurs. C'est le contraire qui était la vérité. Chaque fois qu'il venait dire au parquet que les preuves de l'accusation manquaient, on donnait une ordonnance de non-lieu et l'affaire était arrêtée ; s'il venait dire, au contraire, qu'il apportait les preuves de la culpabilité, alors seulement on poursuivait l'affaire qui se déroulait ensuite devant les assises. Le public médical, comme l'autre public, n'ayant connaissance que des rapports affirmatifs et point du tout des rapports négatifs, l'accusait d'être un second procureur. C'est le contraire, en fait, qui était la vérité, car les procureurs n'affirmaient qu'avec lui ou après lui. Le simple bon sens aurait pu le faire comprendre. On en a eu la preuve éclatante en 1864, lors de l'affaire Armand, où Tardieu est venu montrer qu'il s'agissait d'une simulation d'homicide et où on le vit devenir ainsi le défenseur de l'accusé.

TRAVAUX ORIGINAUX

Démographie.

Des déformations céphaliques en France, par Gustave Lagneau.

(Fin. — Voyez numéro 5.)

De l'exposé précédent il résulterait que, dans notre Europe occidentale, des déformations céphaliques, encore très-fréquentes, seraient déterminées soit par tel ou tel décubitus des jeunes enfants dans leurs berceaux, soit par telle ou telle manœuvre malaxant la tête des nouveau-nés, soit par telle ou telle coiffure comprimant le crâne principalement des enfants et des femmes.

Certes, bien des conformations céphaliques constatées chez différents peuples ne sont nullement attribuables à tel ou tel décubitus ou à telle ou telle coiffure, mais sont parfaitement normales et propres aux éléments ethniques constituant ces peuples, ainsi que M. le docteur Pruner-Bey le faisait observer à propos du crâne globuleux des Turcks, en rendant compte à la Société d'anthropologie du mémoire de M. de Baer sur les macrocéphales. Lorsque J. Bodin, Spigel, Andry, Vésale, Blumenbach, attribuaient la forme ronde et large de la tête de certains Allemands au décubitus dorsal habituel des enfants au berceau, et la forme allongée, haute, de la tête des Belges et des Flamands au décubitus habituel sur l'un ou l'autre côté, et à l'usage de certains bonnets ou béguins comprimant les tempes, peut-être ne tenaient-ils pas assez compte de la forme normale de la tête des peuples par eux observés; ce qui d'ailleurs s'explique parfaitement avec l'insuffisance des connaissances anthropologiques, alors fort restreintes relativement à la détermination différentielle des types ethniques des habitants de l'Europe occidentale. Malgré le peu d'importance accordée encore actuellement aux études anthropologiques, MM. His et Rutimeyer, Pruner-Bey, Virchow, et maints autres savants, ont déjà fait voir que la plupart des Allemands du Midi sont normalement brachycéphales (1). Et quant aux habitants de la Belgique, des Flandres et du nord de la France, on sait qu'ils descendent en grand nombre d'immigrés généralement dolichocéphales, Galates-Kimmériens, Belges, Francks, Nordmans, venus de la Germanie septentrionale et des pays scandinaves. Il s'agit donc alors de conformations normales, naturelles, ethniques, non de conformations anormales, contre nature, c'est-à-dire de déformations artificielles.

Toutefois il est bon de remarquer qu'en Allemagne, en Belgique, en France, les populations sont composées d'éléments ethniques multiples. Or, si Hippocrate remarque que les anciens macrocéphales attachaient à leur déformation céphalique une idée de noblesse, partagée d'ailleurs par diverses peuplades américaines; si Blumenbach observe que l'usage de semblables déformations est motivé par le désir d'amener la tête à une forme considérée comme nationale, cette idée de noblesse et ce désir de ressembler à un type national doivent surtout se manifester parmi les populations ainsi composées de races diverses, regardant comme beau et noble, comme national, le type de la race ayant su conquérir la suprématie.

En rejetant comme peu admissible l'influence modificatrice de tel ou tel décubitus sur la forme céphalique générale de telle ou telle population, en pensant que souvent on a considéré comme des déformations crâniennes attribuables à tel ou tel décubitus des conformations normales propres à telle ou telle race, il faut toutefois se rappeler que M. Guéniot à la Société de chirurgie, M. Parrot à la Société d'anthropologie et à l'Association pour l'avancement des sciences, ont montré que certaines asymétries, voire même certaines atrophies partielles des parois crâniennes, peuvent résulter du décubitus unilatéral prolongé chez de malheureux enfants plus ou moins athrepsiques, à nutrition insuffisante (1). A propos de ces asymétries, on peut même remarquer que, selon MM. Donders, E. Javal et Vecker, cette déformation céphalique entraînerait un astigmatisme, un affaiblissement de la vue, conséquence d'un aplatissement du globe oculaire en rapport avec l'aplatissement unilatéral du crâne et de la face (2).

Quoique les malaxations manuelles, les manœuvres exercées sur la tête des nouveau-nés aient été usitées par bien des peuples depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, par les macrocéphales asiatiques décrits par Hippocrate, comme par nos compatriotes du Limousin, qui suivent les recommandations du R. P. Josset, ces malaxations, qu'elles aient pour but de donner au crâne une forme plus allongée ou une forme plus globuleuse, peuvent avoir les conséquences les plus fâcheuses pour l'intégrité de la pulpe encéphalique, lorsqu'elles sont portées au delà de certaines limites; mais paraissent devoir avoir peu d'effet sur la forme définitive du crâne. En effet, ainsi que l'a fait observer M. Prat et que l'a démontré M. Budin par de nombreuses mensurations, les déformations céphaliques des enfants lors de l'ac-

(1) His et Rutimeyer, *Crania Helvetica*. — Pruner-Bey, *Résultats de craniométrie : Allemands du Midi* (*Mém. de la Soc. d'anthrop.*, t. I, tabl. 3, et ailleurs). — Virchow, *Congrès d'anthrop. et d'arch. de Bruxelles*, 1872, p. 364, et ailleurs.

(1) Parrot, *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 2e série, t. XI, p. 450, etc., 1876. — *Associat. pour l'avancement des sciences*, sess. de Paris, 1878, section d'anthrop.

(2) Vecker, *Sur l'astigmatisme dans ses rapports avec la conformation des os du crâne* (*Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 2e série, t. IV, p. 545, etc., 1869).

Voyons quels progrès il a fait faire à la médecine légale. Celle-ci s'appuie sur une série de preuves: l'historique du fait, les constatations cliniques, les constatations cadavériques, la recherche des poisons, soit par l'analyse chimique, soit par l'expérimentation physiologique.

Avant les travaux d'Ambroise Tardieu, la médecine légale reposait tout entière sur une toxicologie de convention qui ne ressemblait en rien à la toxicologie vraie. Il l'a éclairée d'un jour tout nouveau en développant le côté clinique de cette science. Il a montré que le problème du médecin légiste consistait à faire le diagnostic de l'affection provoquée comme on fait celui des affections pathologiques ordinaires, à établir le diagnostic différentiel de ces affections provoquées avec les affections spontanées. Il en a tracé la technique en décrivant minutieusement les symptômes et l'évolution de l'affection, puis les phénomènes cadavériques. Suivant lui, cette constatation formelle des affections et maladies provoquées était bien plus probante encore que la recherche du poison qu'on ne trouve pas toujours. C'est ainsi que nous reconnaissons chaque jour la syphilis par ses manifestations, et que nous pouvons affirmer formellement la contagion par l'inoculation d'un virus, alors que l'accident primitif et par conséquent la preuve immédiate de cette inoculation nous font le plus souvent défaut, chez la femme en particulier. Qu'on relise par exemple l'histoire de tous les grands procès d'empoisonnement, on y verra que la démonstration positive du poison a presque constamment fait défaut, et que c'est cette insuffisance de l'analyse qui a fait faire de nouvelles recherches ultérieures et trouver plus tard les méthodes d'extraction des poisons. La preuve a presque toujours été établie sans l'isolement du poison. Qu'on relise par exemple les procès Lafarge, Castaing, Bocarmé, Lapomeraye, Danval, l'on pourra s'assurer de la vérité de ce que nous avançons.

Les progrès de la science moderne ont apporté, comme nouvelles ressources pour la médecine légale, l'histologie et l'expérimentation sur les animaux des matières qu'on suppose

couchement ne persistent nullement (1). « De tout temps, dit ce dernier confrère, les obstétriciens ont remarqué que bien souvent... l'enfant offrait au moment de sa naissance des déformations du crâne, déformations qui, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, avaient complétement disparu. » De la non-persistance des déformations céphaliques produites lors de la parturition, il semble permis d'inférer également la non-persistance des déformations céphaliques analogues, résultant des manœuvres passagères exercées sur la tête du nouveau-né immédiatement après sa naissance.

Mais il n'en est pas de même des déformations résultant de la constriction longtemps exercée par certaines coiffures. Ces déformations persistent, et bon nombre de nos compatriotes conservent toute la vie ces déformations artificielles que leurs parents leur ont infligées dans l'enfance. Aussi, en rendant compte à la Société de médecine légale d'une communication de M. le docteur Vincent, de Guéret, sur les applications des connaissances anthropologiques aux expertises médico-légales relatives à la question d'identité, ai-je cru devoir faire remarquer que « certaines déformations crâniennes... peuvent servir à établir l'identité d'un individu originaire de certaines provinces ou de certaines localités » (2).

Certains médecins, entre autres M. le docteur Gosse père, admettant que « les caractères accidentels produits par des manœuvres artificielles peuvent, au bout d'un certain nombre de générations..., se transmettre par hérédité comme les caractères naturels », non-seulement pensent que les déformations crâniennes persistent toute la vie, mais qu'elles deviennent héréditairement transmissibles, quand « elles existent à la fois et uniformément chez les individus des deux sexes » (3). Cette transmission héréditaire des déformations crâniennes artificiellement acquises ne semble nullement admissible. Ces déformations uniquement artificielles ne se montrent que chez ceux dont le crâne a été directement soumis à une pression ou constriction prolongée. M. Sanson a rapporté l'observation d'une famille comptant sept enfants; la fille aînée seule, soumise à la compression de l'ancien *coiffis* ou toquet en usage dans le Poitou, présentait la déformation céphalique; les quatre garçons et les deux autres filles plus jeunes, non soumis à cette coiffure, avaient le crâne normalement conformé (4).

Quel qu'ait été le motif initial des déformations céphaliques dues à diverses coiffures étreignant la tête, telles que celles

(1) Prat, *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 2e série, t. VI, p. 121, 1871. — Budin, *La forme du crâne au moment de la naissance et pendant la première semaine qui suit l'accouchement* (*Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 2e série, t. XI, p. 553, etc., 1876).

(2) *Bull. de la Soc. de méd. légale*, t. II, p. 426, 1870-1872.

(3) *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, t. I, p. 551, 1860.

(4) *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 2e série, t. VI, p. 129, 1871.

observées par M. Foville en Normandie, par M. Lunier dans le département des Deux-Sèvres, par M. Blanchard dans le Limousin, par MM. Delaye, Bérenguier, Broca, dans la région toulousaine, on a peine à admettre que l'usage de pareilles déformations ait pu se développer dans un état de civilisation avancé comme celui des peuples de notre Europe occidentale : aussi a-t-on été amené à rechercher si cet usage n'avait pas été anciennement importé par des immigrants plus ou moins barbares.

M. Broca paraît disposé à rapporter aux Kimmériens l'importation dans notre pays de l'usage de se déformer ainsi la tête (1). En effet, de nombreux auteurs anciens, en particulier Hérodote, signalent la présence de Kimmériens sur les bords du Pont-Euxin, de la mer Noire, dans la Crimée, qui rappelle encore leur nom (2), régions diverses où l'on a vu précédemment qu'avaient été trouvés des crânes déformés. En outre, M. Worsaœ a rappelé que des pratiques macrocéphaliques avaient également été en usage sur le littoral de la mer du Nord, anciennement habité par les Cimbres ou Cimmériens, dans la Chersonèse cimbrique, actuellement le Jutland (3). De même on a vu que J. Bodin, Spigel, Andry, Blumenbach, signalaient l'usage des déformations céphaliques chez les Belges habitant la région maritime anciennement occupée par les Galates d'origine kimmérienne suivant Diodore de Sicile, (l. V, ch. XXXII, p. 273, coll. Didot.) Enfin à ces Belges, Am. Thierry a cru devoir rattacher les Volks, exceptionnellement appelés Bolgs, qui occupaient la région baignée par la Haute-Garonne, l'Aude et l'Hérault (4). Déjà en 1872 j'avais cru moi-même devoir rappeler la déformation des Belges à propos de la déformation céphalique toulousaine (5).

Cependant plusieurs objections peuvent être faites à cette origine cimmérienne de la déformation toulousaine. D'abord les nombreux auteurs anciens ayant parlé des Cimbres et des Kimmériens ne mentionnent pas l'usage qu'ils auraient eu de se déformer ainsi le crâne. Or, dans les diverses régions par eux habitées, différents autres peuples ont également habité à diverses époques. Les crânes déformés trouvés dans ces régions ne se rapporteraient-ils pas plutôt à quelques-uns de ces autres peuples? En outre, suivant M. Cartailhac, de Toulouse, la déformation crânienne en usage chez les habitants

(1) Broca, *Congrès d'anthrop. et d'archéol. de Buda-Pesth*, 1876. — *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 2e série, t. VIII, p. 574, etc. 1873.

(2) Hérodote, *Hist.*, liv. IV, ch. XII, etc. — Denys le Périégète, vers 166-168. — Pline, *H. N.*, liv. VI, cap. VI, etc.

(3) Worsaæ, *Congrès d'anthrop. et d'archéol. de Buda-Pesth*.

(4) Am. Thierry, *Hist. des Gaulois*, t. I, *Introduction* et liv. IV, ch. I, p. 437, éd. de 1862.

(5) G. Lagneau, *Ethnogénie des populations du sud-ouest de la France* (*Ass. pour l'avancement des sciences*, session de Bordeaux, et *Rev. d'anthrop.*, t. I, p. 618. 1872).

---

avoir été la cause de la mort. A. Tardieu avait senti toute la valeur de ces nouvelles méthodes, il les avait acceptées et cherchait à en tirer parti autant que les connaissances de son temps le lui permettaient. Ce sera l'œuvre de ses successeurs de développer ces deux moyens d'information et d'en joindre les résultats aux caractères cliniques qu'il a tracés de main de maître et d'une manière indélébile. On pourra dire plus tard que Tardieu a été le maître de la période clinique de la médecine légale. D'autres lui succéderont pour fournir la période histologique et expérimentale.

Ce caractère général de l'œuvre d'Ambroise Tardieu étant donné, voyons maintenant ses principales découvertes.

Je ne ferai que citer les mémoires sur l'avortement (1856), les attentats aux mœurs (1857), le viol et la pédérastie, qu'il a tracés en maître tout comme ce qui regarde les questions d'identité (2e édit., 1874). Mais il faut s'arrêter surtout aux problèmes de la suffocation, de la strangulation et de la pendaison.

Avant les travaux d'Ambroise Tardieu, on confondait dans un même groupe d'asphyxie la suffocation, la strangulation et la pendaison, l'homicide et le suicide.

Le premier sujet qu'il a étudié est la mort par suffocation. Il y a insisté sur les preuves de la vie et montré les traces de l'infanticide. Il a montré tout le parti qu'on pouvait tirer des traces extérieures et des taches sur les linges d'enveloppe, pour établir le mécanisme de la suffocation. Il a insisté surtout sur les lésions pulmonaires qui en demeurent, après la mort, la trace révélatrice. Ce caractère pathognomonique des taches ponctuées de cette sorte de purpura d'origine mécanique qui couvre les membranes d'enveloppe des poumons et du cœur, il l'a montré non-seulement sur les cadavres des enfants victimes de ce procédé habituel de l'infanticide, mais encore, il en a donné la preuve expérimentale en sacrifiant des animaux par la suffocation (1855).

La strangulation et la pendaison étaient confondues par les médecins légistes, alors qu'au point de vue de la cause elles

du bassin de la Haute-Garonne serait loin d'avoir été importée à une époque très-reculée par les immigrants kimmériens, car elle ne s'observerait que sur des crânes des derniers siècles (1). Toutefois, avant d'admettre cette dernière et grave objection comme péremptoire, peut-être faudrait-il avoir plus de documents ostéologiques relatifs à des époques antérieures dans cette région? Peut-être les documents actuels sont-ils insuffisants pour confirmer ou infirmer cette objection?

Sans insister davantage sur l'origine, difficile à déterminer, de l'usage de la déformation crânienne toulousaine, il faut rappeler que, selon M. de Baer, de Saint-Pétersbourg, et suivant la plupart des ethnographes des Etats autrichiens, les crânes déformés recueillis dans les provinces du littoral de la mer Noire, ainsi que dans celles du bassin du Danube, seraient des crânes d'Avares, peuplade qui aurait été entraînée d'Orient en Occident à la suite de la grande invasion des Huns. « Nous savons par les auteurs contemporains, dit Amédée Thierry, qu'une partie des Huns employaient des moyens artificiels pour donner aux enfants la physionomie mongole, en leur aplatissant le nez avec des bandes de linge fortement serrées, et en leur pétrissant la tête de manière à donner au crâne une forme pointue, tout en déprimant le front et développant les pommettes des joues (2). »

M. le docteur L. Gosse, le père, partageant l'opinion d'Amédée Thierry, pensait également que pour ressembler autant que possible à leurs vainqueurs hunniques de race mongole, les Huns blancs, les peuples non mongols soumis à leur domination auraient cherché à modifier artificiellement leur conformation crânienne (3).

Bien que de Guignes parle de la figure extraordinaire, capable d'inspirer la frayeur, des ambassadeurs avares venus à Constantinople auprès de l'empereur Justinien I[er] (4), Théophane, dans sa chronographie, à l'année 564, mentionne bien une ambassade de Huns οὖννοι, également appelés Turcks (5); Ménandre Protector parle bien aussi d'ambassadeurs abares venus à Byzance sous la conduite de Candich (6); mais ces deux auteurs ne signalent pas l'étrangeté de leur conformation céphalique.

M. de Smirnow, qui a étudié récemment les descendants des Avares encore existants dans la partie sud-est du Caucase, dans le Daghestan, d'une part, voyant que les crânes déformés de Mzcheta, dans la Géorgie septentrionale, ont été trouvés près du pays des Ossètes, descendants actuels des Alains; d'autre part, sachant que les Alains prirent part aux invasions des Avares vers l'occident, semblerait disposé à rapporter aux Ossètes ou Alains les crânes déformés recueillis dans le Transcaucase et en Autriche, près des Avaren-Ringe (1). La descriqtion qu'Ammien Marcellin donne des Alains ne semblerait pas confirmer cette opinion. Loin de les signaler comme se déformant la tête, il les dépeint comme étant presque tous grands et beaux, ayant les cheveux modérément blonds, le regard plus terrible que féroce. Portant des armes légères, ils étaient agiles. Egaux des Huns sous tous les rapports, ils étaient plus doux et plus civilisés qu'eux. *Proceri autem Alani pœne sunt omnes et pulchri, crinibus mediocriter flavis, oculorum temperata torvitate terribiles, et armorum levitate veloces. Hunnis que per omnia suppares, verum victu mitiores et cultu.* (Ammien Marcellin, *Rerum gest.*, l. XXXI, cap. II, p. 349, coll. Nisard, éd. Dubochet.)

Malgré cette objection, j'ai moi-même été porté à voir dans les Alains et surtout dans les Taifales, autre peuplade paraissant être de race Sarmate, les importateurs de l'usage de la déformation crânienne encore observée chez certaines habitantes du département des Deux-Sèvres, par suite de la compression exercée par leurs coiffures, dont le nom de colback semblerait rappeler une origine orientale (2). En effet, si l'on ne sait qu'imparfaitement ce que sont devenus les Alains que Prosper Tiron, Constant, Heric, nous disent avoir possédé *Aureliana*, Orléans, et l'Armorique, la Bretagne que leur avait abandonnée Aétius (3); si, après la conquête franque, leur établissement dans le pays récemment émergé, appelé le *pagus Alanensis*, le pays d'Aulnis, quoique admis par Arcère, est insuffisamment démontré (4), il n'en est pas de même pour les Taifales ou Theiphales, qui, après avoir habité la Thrace et la Germanie, à côté des Sarmates, ainsi que l'indique Ammien Marcellin, vinrent se fixer dans le Poitou, où non-seulement la notice des dignités de l'empire d'Occident nous montre un *Præfectus Sarmatarum et Taifalorum gentilium Pictavis in Gallia* (t. II, cap. XI, p. 122, édit. de Boëcking), mais aussi où au sixième siècle, Grégoire de Tours, à plusieurs reprises, parle des Teiphales comme habitant la *Teiphalia*, le *pagus Teofalgicus*, dont Tiffauges, petite ville

(1) Cartailhac, *Ass. pour l'avancement des sciences*, sect. d'anthrop., sess. de Paris, 1878.
(2) Am. Thierry, *Hist. d'Attila et de ses successeurs*, t. I, p. 8, Paris, 1856.
(3) L. Gosse, *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, t. I, p. 557, 1860
(4) De Guignes, *Hist. des Huns*, t. I, 2[e] partie, vol. II, liv. IV, p. 353, 1756-1758
(5) Théophane, année 564, texte grec et trad. lat., p. 207, 1655.
(6) Menandre Protector, *Excerpta de legationibus*, p 99 (*De Bysant. historiæ scriptoribus Philippo Labbe*, 1648, Parisiis, in-fol.

(1) Smirnow, *Les Avares du Daghestan* (*Rev. d'anthrop.*, t. V, p. 96, 1876).
(2) G. Lagneau. *Des Alains, des Théiphales... et autres peuplades sarmates ou slaves dans les Gaules* (*Rev. d'anthrop.*, t. VI, p. 52, 1877.)
(3) Prosperi Tironi chronicon : *Antiq. Lect. Canisii*, t. 1, p. 172. — Constantius, *Vita Sancti Germani..*, *Ann. chr.* 488, *apud Bolandianos*, XXXI Julii; dans Dom Bouquet (*Rec. des Hist. des Gaules*, t. I, p. 643, in-fol. — Hercius, *Vita Sanct Germani*, dans Dom Bouquet (*loc. cit.*, p. 643).
(4) Arcère, *Hist. de La Rochelle et du pays d'Aunis*, t. I, p. 29, etc. La Rochelle, 1756.

en diffèrent absolument, la strangulation étant un homicide et la pendaison presque toujours un suicide; il a établi nettement les caractères anatomiques de chacun de ces deux genres de mort (1859).

Il a prouvé par des exemples irréfutables que des individus pouvaient se suicider par pendaison en conservant un point d'appui soit sur le sol, soit sur un lit ou tout autre meuble, fait qu'on avait rejeté *à priori*, regardant ces modes de pendaison comme des homicides. Erreur capitale, puisque la justice ne recherche le fait que pour reconnaître la cause ou le mobile, le crime étant bien plus dans l'intention que dans le résultat.

Je ne ferai que citer les mémoires *Sur les sévices et les mauvais traitements exercés sur les enfants* (1860) et *Sur les maladies communiquées*, comme la syphilis des nourrissons et de certains ouvriers (1861), pour arriver à deux ouvrages plus importants : l'*Etude sur l'empoisonnement* (1867) et *Etude sur la folie* (1872).

L'*Etude sur l'empoisonnement* est un véritable traité de pathologie, limité à la question des empoisonnements, ayant surtout pour but le diagnostic de la cause. Tous les renseignements, historique, symptômes, évolution, anatomie pathologique, extraction du poison et recherches expérimentales sur les animaux pour retrouver leurs caractères toxiques, donneront une image fidèle de la médecine légale à l'époque de Tardieu qui en aura été le plus illustre et presque le seul représentant. Il montrera tout ce qu'a apporté de lumière à cette branche de la médecine la clinique française, c'est-à-dire le côté par lequel la médecine française reste incontestablement supérieure à celle d'aucun autre pays. Si les autres nations nous ont surpassés dans les sciences que la France a pourtant créées, l'anatomie générale et l'anatomie pathologique, nulle part la clinique, l'hygiène, la médecine légale et la thérapeutique ne peuvent être comparées aux nôtres.

L'*Etude médico-légale sur la folie* porte peut-être plus en-

du département de la Vendée, sur la limite de ceux des Deux-Sèvres et de Maine-et-Loire, rappelle encore le nom (1).

Sans prétendre préciser à quels peuples peut être attribué l'usage des déformations céphaliques, il semble résulter des documents précédemment exposés que des peuplades se déformant diversement la tête, dès l'âge du bronze, habitaient au nord-est de l'Asie Mineure, au sud du Caucase, où les auteurs anciens signalent leur présence, où les fouilles archéologiques retrouvent leurs crânes déformés ; — que pareillement ces peuplades occupèrent le littoral septentrional du Pont-Euxin, la mer Noire, ainsi que l'attestent les crânes déformés artificiellement recueillis en Crimée ; — que quelques portions de ces peuplades participant à la migration générale qui entraîna d'Orient en Occident tant de peuples divers, vinrent des bords du Tanaïs sur ceux du Danube, où leur arrivée, sous la conduite d'Hormidac, est signalée au cinquième siècle après Jésus-Christ, et où leurs crânes déformés sont encore retrouvés en divers endroits des Etats autrichiens, particulièrement auprès des camps ou *rings* des Avares, également venus de la région du Caucase ; — enfin que quelques-uns des guerriers de ces peuplades à crânes déformés, faisant successivement partie des armées des Huns, des Avares, des Ouigours ou Hongrois, dont M. L. Dussieux a relaté les invasions en Occident, particulièrement en France (2), sont venus mourir dans le Faucigny, dans le Jura, où l'on retrouve leurs crânes si étrangement déformés, au milieu de sépultures d'autres guerriers à crânes non déformés.

Quant à l'origine orientale des déformations céphaliques en usage en France, elle me semblerait peut-être admissible pour la déformation observée dans le département des Deux-Sèvres, là où se fixèrent des Teïphales et des Sarmates.

Au point de vue médical ou hygiénique, les faits précédemment relatés permettent aussi de faire quelques remarques.

Les déformations céphaliques ont été et sont encore très-répandues en France.

Ces déformations sont involontaires ou bien volontaires, intentionnelles.

Les déformations crâniennes involontaires sont parfois déterminées par le décubitus habituel sur une région, sur l'un ou l'autre côté de la tête.

Les déformations crâniennes volontaires ou intentionnelles sont attribuées aux manœuvres exercées sur la tête du nouveau-né ou aux diverses coiffures étreignant la tête.

Souvent des conformations céphaliques normales, propres à telle ou telle race, paraissent avoir été considérées comme des déformations résultant soit de tel ou tel décubitus habituel, soit de la constriction exercée par telle ou telle coiffure.

Le décubitus prolongé des enfants nouveau-nés sur tel ou tel côté peut déterminer certaines asymétries du crâne, et amener certaines résorptions ou atrophies partielles des parois crâniennes du côté déclive, surtout lorsque ces enfants sont diathésiques ou athrepsiques, quand leur nutrition est insuffisante.

Les manœuvres ou malaxations de la tête des nouveau-nés immédiatement après la naissance ne paraissent pas avoir d'influence sur la forme définitive de la tête.

Les coiffures diverses consistant en bandeaux, liens, béguins, mouchoirs étreignant la tête d'une manière habituelle ou plus ou moins continue, à plus forte raison les coiffures dans la confection desquelles entrent des fils de fer, des ressorts métalliques comprimant diverses régions de la tête, déterminent des déformations crâniennes plus ou moins considérables, bien que souvent moins fortes que celles dues aux plaques ou appareils compressifs en usage chez certaines peuplades d'Amérique.

En France, la déformation la plus extraordinaire, observée sur d'anciens crânes trouvés dans le Jura, de l'époque helvéto-burgunde du cinquième siècle après Jésus-Christ, est la déformation cunéiforme relevée, quelquefois extrêmement relevée, le crâne circulairement et régulièrement déprimé à sa base, s'élevant en cône vers le vertex. Mais chez la plupart de nos compatriotes actuels à crâne déformé, le front est fortement déprimé et le sommet est fortement reporté en haut et en arrière. Cette déformation, qui s'observe en Normandie, dans le Limousin, dans les environs de Toulouse, constitue la déformation cunéiforme couchée. Quelquefois, ainsi que cela s'observe chez certaines femmes du Poitou et de quelques autres provinces, la constriction portant, non sur la partie inférieure du front, mais sur la partie supérieure du coronal, au voisinage de la fontanelle et des sutures fronto-pariétales, la déformation consiste dans une dépression qui du bregma se dirige vers les oreilles et les articulations du maxillaire inférieur.

En général, les femmes présentent des déformations céphaliques beaucoup plus prononcées que celles observées chez les hommes, parce que les filles et les femmes continuent ordinairement bien plus longtemps que les petits garçons à faire usage des béguins, bandeaux ou autres coiffures étreignant la tête.

Quand la pression exercée sur la région antérieure du crâne a été considérable, la dure-mère contracte des adhérences avec la face interne du coronal et d'une partie des pariétaux.

Par suite de la constriction exercée sur la région antérieure de la tête, non-seulement la partie antérieure ou coronale de la cavité crânienne est considérablement diminuée, le cerveau

(1) Sancti Gregorii episc. Turonensis, *Vitæ Patrum*, cap. xv, p. 1223, édition de Théod. Ruinart, 1699 ; *Hist. ecclesiast. Francorum*, t. II, liv. IV, cap. XVIII, p. 55, et liv. V, cap. VII, p. 194, texte et trad. de Guadet et Taranne.

(2) L. Dussieux, *Invasions des Hongrois en Europe, et spécialement en France*, 1839.

---

core ce caractère clinique. La sûreté du coup d'œil de Tardieu lui a permis de porter certain diagnostic qui a fait le plus grand honneur à sa science comme à son caractère ; diagnostic qu'une autopsie, faite plus tard en public, a pleinement justifié. Il a eu, il est vrai, le bonheur de se voir soutenu dans cette lutte par un de ses collègues de la Faculté, dont le caractère élevé et surtout indépendant n'a pas craint de risquer sa popularité en venant hautement revendiquer sa part de responsabilité devant un public hostile. Heureusement, ce public jeune et désintéressé s'est laissé convaincre et n'en a estimé que plus encore celui de ses maîtres qui était venu bravement, mais contre son gré, lui faire connaître la vérité.

Le désintéressement du corps médical est son honneur et Tardieu en a été toute sa vie le plus fidèle représentant.

La simple énumération que nous venons de faire, et qui est loin d'être complète, des travaux de Tardieu en médecine légale montre qu'il y avait là de quoi remplir largement la vie d'un médecin. Ce n'est pourtant que la moitié de sa carrière. Les travaux d'Ambroise Tardieu en hygiène publique ont une importance peut-être encore plus grande. Membre et président du comité consultatif d'hygiène publique et de salubrité, membre du conseil municipal, membre de l'Académie dans la section d'hygiène et de médecine légale, il a été chargé d'éclairer le gouvernement sur toutes les questions d'hygiène publique qui se sont présentées pendant une période de trente années.

Appelé dès 1847 à la rédaction des *Annales d'hygiène*, il publiait en 1849 un livre sur *le Choléra* qui mettait les médecins à même de connaître cette maladie qu'on ne voyait en France que pour la seconde fois. Dès 1850, il entrait comme secrétaire au comité consultatif d'hygiène publique et de salubrité, pour devenir membre titulaire l'année suivante. Obligé en cette qualité de compulser une foule de recueils administratifs et scientifiques, il réunit et coordonna dans un ouvrage en trois volumes (1852-1854, 2e édit., 1862) les

étant refoulé en arrière, mais la capacité totale du crâne est notablement amoindrie. La dénomination de macrocéphales μακραὶ κεφαλαί, longues têtes, employée depuis l'antiquité, n'est donc nullement synonyme de grosses têtes.

Quand la déformation de la région antérieure du crâne est considérable, la face devient prognathe, et par suite de la diminution des diamètres transversaux, il y a disparité entre cette région antérieure et le maxillaire inférieur, dont les condyles articulaires débordent considérablement les cavités glénoïdes.

Bien que les déformations céphaliques soient loin de déterminer toujours des accidents cérébraux, les individus à crâne déformé sont plus fréquemment que ceux normalement conformés atteints d'idiotie, d'épilepsie et d'aliénation mentale, ainsi que d'astigmatisme et d'affaiblissement de la vue.

On voit quelles conséquences anatomiques et pathologiques peut avoir une constriction habituelle, sinon continue, quoique souvent en apparence légère, exercée par certaines coiffures. Déjà, dans beaucoup de localités, l'influence salutaire des médecins a beaucoup restreint l'usage de ces coiffures si préjudiciables. En éclairant les sages-femmes qui donnent les premiers soins aux nouveau-nés, en attirant l'attention des instituteurs et surtout des institutrices ou maîtresses d'écoles qui dirigent les jeunes enfants, particulièrement les petites filles, on parviendra peu à peu à faire disparaître les graves inconvénients de ces coiffures dont les traditions locales tendent à maintenir l'usage. On hâterait considérablement la disparition de bien des coutumes nuisibles, si, comme le demandait récemment M. le docteur Lécuyer, de Beaurieux, un enseignement élémentaire d'hygiène était institué dans les campagnes. Ainsi que cela se pratique en Suisse depuis plusieurs années, selon M. Dunant, de Genève, cet enseignement pourrait être donné par les médecins en quelques conférences, par les instituteurs et institutrices en quelques leçons. Le récent rapport lu par M. Napias à la Société de médecine publique est favorable à cet enseignement de l'hygiène. Peut être dans le programme de cet enseignement pourra-t-il paraître utile de mentionner les graves conséquences des diverses sortes de constrictions céphaliques.

Thérapeutique.

Le traitement du daltonisme congénital par l'exercice, chez l'enfant et chez l'adulte, par A. Favre.

Je me suis depuis longtemps occupé du daltonisme, afin de répondre à certaines obligations de la pratique médicale et de chercher la solution des problèmes que la très-grande fréquence de la fausse appréciation des couleurs a soulevés depuis la fin du siècle dernier.

J'aurais peut-être adopté l'opinion généralement admise sur l'incurabilité de cette maladie, si je n'avais pas eu l'idée de me rendre compte de l'état de la vue des enfants pour les couleurs; ensuite il me paraissait être impossible d'admettre, après avoir examiné des adultes en grand nombre, que tant de personnes eussent définitivement la berlue. J'espérais en conséquence depuis longtemps acquérir, pour le traitement du daltonisme, des notions utiles. J'ai en effet trouvé le traitement rationnel du daltonisme dans une école primaire, et j'ai pu quelque temps après vérifier dans un hospice de vieillards les résultats que j'avais notés en observant des enfants.

Du jour où j'ai relevé dans les salles d'asile et dans les écoles enfantines une proportion considérable et à peu près égale de petites filles et de petits garçons ignorant les couleurs; quand j'ai pu constater que dès huit ans les enfants du sexe féminin prennent sur ceux du sexe masculin une très-grande supériorité qui s'accroît graduellement et se conserve jusqu'à la fin de la vie, j'ai tenu la clef du traitement du daltonisme, et j'ai pu considérer comme tout à fait naturels les effets au premier abord surprenants, obtenus par l'exercice chez les enfants (1). Notre méthode date de 1872. Elle a été, elle est mise en usage dans plus de vingt écoles avec succès. Des jeunes gens et des adultes ont pu distinguer des couleurs qu'ils ne connaissaient pas. Un témoignage précieux vient de nous être fourni par deux observateurs autorisés.

I

Le 15 août 1877, M. le docteur Bianchi m'écrivait :

« Sur 155 élèves, nous en avions trouvé 19 (2) qui présentaient des erreurs ou des hésitations sur une ou plusieurs des cinq couleurs fondamentales. A ce premier examen vous aviez dénommé ces couleurs. Pendant les examens ultérieurs auxquels je me suis livré, les 15 et 29 juin et le 9 juillet derniers, je me suis assuré que tous ces élèves étaient arrivés à reconnaître très-convenablement les cinq couleurs fondamentales. Deux d'entre eux, MM. D... et L... présentaient encore un peu d'hésitation, le premier entre le *bleu* et le *violet*, le second entre le *vert* et le *bleu*.

» J'ai fait part des résultats obtenus à M. le professeur Chauveau, directeur de l'Ecole.

» Dr Bianchi,

» Médecin de l'École vétérinaire de Lyon. »

(1) Mémoire présenté à l'Académie des sciences, 1876. — A. Favre, *Éléments de statistique et Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 41, 1877.

(2) Cette proportion élevée correspond à la classification médicale que j'ai admise arbitrairement et provisoirement, mais utilement pour la pratique (voy. *Des mesures sanitaires*, etc., p. 4. G. Masson, 1878), lorsque j'ai dit que celui qui, ayant été fréquemment en rapport avec les objets colorés, ne distingue pas chacune des cinq couleurs : rouge, jaune, vert, bleu, violet, prises isolément, peut être considéré comme atteint à un certain degré de dyschromatopsie. J'aurai l'occasion de justifier ou d'expliquer cette classification.

---

nombreux matériaux qui peuvent servir de fondement à cette science naissante, l'hygiène publique, fille de la Révolution. On y trouve non-seulement l'histoire des maladies professionnelles, mais des maladies des populations ou épidémiques, le choléra, les quarantaines; les maladies contagieuses soit de l'homme à l'homme, soit de l'animal à l'homme, la rage, la morve et le farcin. On y trouve pour la première fois la vaccination figurant dans un traité d'hygiène.

On y trouve des chapitres remarquables sur les maladies telluriques, les marais, les inondations, les défrichements, le méphitisme, le reboisement; sur les égouts, les cimetières, les vidanges, les voieries, etc., sur le goître. Toutes les questions concernant l'hygiène domestique, l'habitation, le chauffage, la ventilation, l'aération, l'éclairage, les allumettes, les céréales, la boulangerie, la pellagre, les viandes insalubres, la ladrerie, les latrines, les eaux, les bains, etc.; enfin l'hygiène des hôpitaux, les tours, le travail des enfants dans les manufactures etc.

On sait qu'une des premières questions d'hygiène traitées par Tardieu a été de règlementer la profession des mouleurs en cuivre dont la nocuité avait été reconnue par plusieurs médecins, entre autres par M. le professeur Bouillaud. Jusqu'à cette époque (1854) les fondeurs ou mouleurs en cuivre, dont le nombre était pour Paris de plus de deux mille, formaient leurs moules avec des poussières de charbon et presque exclusivement de charbon de bois. Les ateliers étaient remplis de cette poussière fine et légère qui, au microscope, se présente sous forme de petites pointes aiguës comme des fers de lance. Il en résultait une maladie bien connue aujourd'hui, l'anthracose pulmonaire, sorte de pneumonie chronique ou phthisie particulière. Cette maladie ne se développait que lentement, il est vrai, donnant d'abord simplement de la dyspnée, puis une sorte d'emphysème, enfin la pneumonie chronique. Depuis cette époque (1854), la fécule a été substituée au charbon et les ouvriers ne voient plus leur santé s'altérer. Nous avons eu bien souvent l'occasion de le constater.

Le numéro de janvier 1878 de la *Revue maritime et coloniale* contient (pages 70 à 88) un très-important mémoire de M. le docteur Féris, médecin de première classe de la marine : *Esquisse sur les dangers du daltonisme dans la marine*, tel est le titre de ce travail.

Le docteur Féris fait connaître ses observations personnelles sur le daltonisme, et il rappelle les principales circonstances où l'étude de la chromatopseudopsie intéresse la navigation. Dans ce travail très-soigné, je relève (p. 86 et 87) ce qui suit :

Traitement. Jusqu'à ces derniers temps, la guérison de la dyschromatopsie était considérée comme une utopie. Quels que soient les symptômes caractérisant cette bizarre imperfection, disait Goubert, elle est du grand nombre de celles que l'art du divin Esculape est encore impuissant à guérir, peut-être même à atténuer. Tous les oculistes sont d'accord sur ce point.

La condamnation paraissait irrévocable. Mais M. Favre en a heureusement appelé.

Il a proposé le traitement par l'exercice méthodique sur les couleurs (1).

Encouragé par les résultats qu'il assure avoir atteints, j'ai essayé ce mode de traitement sur les daltoniens qui se trouvaient à bord de l'*Hamelin*. Je puis dire aujourd'hui que tous sont guéris, à part un seul, encore ce dernier est-il dans un état très-avancé d'amélioration.

Obs. I. — Je vais citer ici une de ces observations. C'est, je crois, le premier cas de guérison du daltonisme qui ait été publié.

Le Guennec, matelot-chauffeur, âgé de vingt et un ans, né à Quiberon (Morbihan), provenant de l'inscription maritime, ne sait pas lire, mais est intelligent et possède une vue excellente. Je l'examine pour la première fois le 15 juin 1876.

Il appelle *rouge :* le vert jaunâtre, le rouge de Saturne, le vermillon; *vert :* le vert-bleu, le vert de vessie, le rouge carmin; *jaune :* le jaune; *bleu :* le bleu foncé, le violet foncé; *violet :* le bleu clair, le violet clair.

En 1876 et en 1877, je l'examine en particulier une dizaine de fois. A chaque examen il ne varie pas ou il ne varie que très-peu dans ses erreurs.

Enfin, le 18 mars 1877, je me décide à entreprendre le traitement de tous mes daltoniens; je leur fais faire 20 à 25 minutes d'exercice, quatre fois par semaine, et, le 30 mai, j'ai le bonheur de constater que Le Guennec est parfaitement guéri. La guérison des autres ne s'était pas fait attendre si longtemps.

C'est bien là, comme le dit le docteur Féris, le premier cas publié de guérison du daltonisme chez un adulte. Le témoignage de notre confrère est de ceux que l'on ne conteste pas ; de plus, les faits qu'il avance se sont produits au vu et au su du commandant et des officiers de l'*Hamelin*. J'ai dans plusieurs circonstances noté des résultats analogues sur des candidats ou sur des agents du chemin de fer et sur un très-grand nombre d'enfants, mais le succès annoncé par M. Féris est un des plus brillants que je connaisse.

Mais, a-t-on objecté, la guérison de la dyschromatopsie chez les jeunes gens, lors même qu'elle serait bien constatée, par les procédés indirects, comme ceux de Holmgren, de Daae, de Maxweell ou de Seebeck, ne prouve rien pour le daltonisme grave, tel que celui dont Harris, Dalton, B..., C..., G... et autres ont été affectés et dont les caractères n'ont point changé pendant une longue existence, quand même ces malades aient été fréquemment en rapport avec les objets colorés. Ces derniers auraient dû, si réellement l'exercice pouvait avoir quelque influence sur le sens chromatique d'un daltonien, modifier leur appréciation, et ils sont au contraire demeurés tels qu'ils étaient.

Il s'agit de guérir des malades affectés de daltonisme confirmé... C'est justement ce que Bianchi, Féris et moi-même nous avons fait, nous avons amélioré ou guéri des cas de daltonisme confirmé plus ou moins graves.

Mes premières propositions sur le traitement du daltonisme dans les écoles et chez les jeunes sujets ont été accueillies à l'étranger (1) par des remarques peu sérieuses qui peuvent ainsi se résumer : Je ne saurais pas encore diagnostiquer sûrement le daltonisme ; j'emploierais un mauvais procédé et les données statistiques publiées par moi seraient, ainsi que mes résultats thérapeutiques, frappées de discrédit par ce fait même. Je me suis toujours servi des procédés d'autrui ; dans les cas difficiles, j'ai contrôlé ces procédés les uns par les autres, et j'ai pris des notes avec assez de soin pour être à même de donner *avec précision* mon avis sur les épreuves annoncées récemment comme *infaillibles* par leurs auteurs. Je sais ce que je dois à George Wilson et à Potton, mes publications ont eu l'entière approbation de l'illustre professeur Chevreul ; je me suis tenu soigneusement en garde contre les erreurs que l'on m'attribue tout à fait sans raison. Je ne crois pas avoir, en conséquence, à me préoccuper de jugements portés trop légèrement à l'étranger, et je ne réfuterai point des arguments qui n'ont pas d'autre appui qu'une hypothèse dès maintenant caduque.

(*A suivre.*)

(1) Voy. A. Favre, *Recherches cliniques sur le daltonisme : Du traitement*, Lyon, 1874, et *Le traitement du daltonisme dans les écoles*, Lyon, 1877.

(1) Voy. par exemple un rapport officiel sur le daltonisme, réclamé par le ministère des travaux publics de Belgique à l'Académie des sciences de Bruxelles.

A partir de ce moment, nous voyons A. Tardieu éclairer de ses conseils et de son expérience toutes les commissions chargées des problèmes ressortissant à l'hygiène publique. En 1856, c'est la question de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes ; en 1861, la grande enquête sur la cause du goître et du crétinisme ; en 1862, les mesures à prendre pour parer à l'insuffisance des cimetières ; en 1865, le règlement de l'élévation et la distribution des eaux d'égouts au profit de l'agriculture ; en 1866, les modifications à apporter au système d'enlèvement des ordures qui séjournaient en tas sur la voie publique du soir au matin ; l'examen des divers modes de chauffage, de ventilation et de désinfection à établir dans les établissements scolaires ; en 1867, le projet de création d'un nouveau cimetière parisien auprès de Pontoise, avec établissement d'un chemin de fer destiné à le desservir ; l'étude de l'Exposition universelle au point de vue des applications qui pourraient être faites dans les établissements hospitaliers ; en 1870, l'organisation des ambulances parisiennes, etc. Sur tous ces points, nous ne relèverons que les plus importants. C'est d'abord la thèse de doctorat sur *la morve et le farcin chronique chez l'homme et les animaux*, thèse considérable de près de 200 pages, formant le complément de l'œuvre de Rayer, qui ne comprenait que la morve aiguë, thèse récompensée deux ans plus tard par l'Institut.

Le comité d'hygiène renferme dans ses attributions l'inspection générale des eaux minérales. Tardieu s'intéressait tout particulièrement à cette branche importante de la thérapeutique, qu'il connaissait à fond. Il indiquait pour la nomination des inspecteurs ceux qui lui paraissaient les plus dignes, et on lui doit, en particulier, la nomination de certains médecins-inspecteurs des sources principales, qui y ont apporté tout l'éclat de leur haute compétence et de leur honorabilité.

Quand on songe à toutes ces fonctions publiques, l'hôpital, la morgue, les expertises, la rédaction des rapports, la défense de ces rapports devant les assises, les travaux pour le comité d'hygiène, les réunions dans les commissions, les séances du

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Fermentation. — *Troisième réponse à M. Berthelot*, par M. *Pasteur*. — M. Pasteur rappelle la série d'expériences et d'*inductions* (non pas d'hypothèses) par laquelle il a passé pour arriver à ses théories actuelles.

En résumé, ajoute-t-il, la vie sans air, dans le cas des vibrions butyriques et chez tous les anaérobies qui ont été découverts jusqu'à présent, se montrant associée à la fermentation, c'est là qu'il faut chercher, suivant moi, l'explication du mystère des fermentations proprement dites. Sans avoir jamais eu la prétention d'entrer dans l'intimité des phénomènes, je remarque que, dans les cas de fermentation d'une matière fermentescible dans un milieu minéral, en dehors de toute participation du gaz oxygène libre et avec semence des germes de l'être anaérobie, celui-ci emprunte forcément tout le carbone et tout l'oxygène de ses matériaux au carbone et à l'oxygène de la matière fermentescible. L'organisme, tant qu'il vit, tant qu'il n'est pas transformé en corpuscules-germes et que ceux-ci n'ont pas repris leur vie active, tant qu'il y a de la matière fermentescible à décomposer, l'organisme touche à celle-ci incessamment et lui enlève les éléments carbone et oxygène. Il les réunit ensuite à sa manière par cette chimie vivante dont le secret nous échappe; il les réunit avec l'azote, le phosphore, le soufre, le potassium, etc. J'en conclus, et voici toute mon induction, que là est le principe de l'action décomposante qu'exerce le ferment vivant...

De son côté, M. Berthelot fait les suppositions suivantes : « 1° Dans la fermentation alcoolique il se produit peut-être un ferment alcoolique soluble. 2° Ce ferment soluble se consomme peut-être au fur et à mesure de sa production. 3° Il y a peut-être des conditions dans lesquelles ce ferment hypothétique se produirait en dose plus considérable que la quantité détruite. » Voilà le caractère de l'hypothèse, de l'hypothèse sans lien obligé avec les faits.

Sur les principes qui donnent au Sarracenia purpurea ses propriétés thérapeutiques. Lettre de M. *F. Hétet*. — En analysant le *Sarracenia purpurea*, sorte de népenthès du Nord-Amérique, qui est employé depuis quelque temps pour le traitement des affections rhumatismales et goutteuses, l'auteur a pu constater plusieurs principes, et particulièrement une matière alcaline, dont les caractères sont identiques à ceux de la *vératrine*. Il retrouve aussi une *amine* signalée par Dragendorff, mais sans détermination, et une autre substance alcaline, soluble dans l'eau, sur laquelle il n'ose encore se prononcer. Du reste, l'auteur continuera cette étude.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Un rapport sur une épidémie de rougeole observée à Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur *Massina*. (*Com. des épidémies*.) — 2° Les rapports de MM. les médecins-inspecteurs de Forges et de Cusset pour les années 1876 et 1877. (*Com. des eaux minérales*.)

L'Académie reçoit : 1° Une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté déposé par M. *Riembault*. (Accepté.) — 2° Une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté relatif à un procédé pour modifier le timbre des violons et en rendre les sons plus beaux. — 3° Une lettre de remerciments de M. le docteur *Levieux* (de Bordeaux), récemment élu membre correspondant national.

M. *Woillez* offre en hommage, en son propre nom, un ouvrage intitulé : *Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation*.

M. *Dechambre* présente : 1° au nom de M. le docteur *Lereboullet*, une brochure *sur les névralgies*, extraite du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; 2° au nom de M. le docteur *Lutaud*, une brochure intitulée : *De l'empoisonnement arsenical et des expertises médicales en matière criminelle*.

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur *Jules Cyr*, un ouvrage intitulé : *Étiologie et pronostic de la glycosurie et du diabète*.

M. *H. Roger* présente, au nom de M. *Chevallier*, une brochure émanant de la Société française d'hygiène, *sur l'hygiène et l'éducation de la première enfance*.

M. *Larrey* présente un nouveau volume des *Mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse*.

Élection. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. La commission, par l'organe de M. Michel Peter, place les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Maurice Raynaud; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bucquoy et Alfred Fournier; en troisième ligne, M. Lecorché; en quatrième ligne, M. Ollivier. Le nombre des votants étant de 78, majorité 40, M. Maurice Raynaud obtient 50 suffrages, M. Alfred Fournier 20, M. Bucquoy 7, M. Ollivier 1.

En conséquence, M. *Maurice Raynaud*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie de médecine.

Étude sur le climat des côtes de la Chine et les conditions sanitaires des concessions européennes, par le docteur *Durand-Fardel*. — Cette étude, dont les éléments ont été recueillis par l'auteur dans un voyage fait récemment en Chine, comprend toute la région des côtes de la Chine qu'occupent les ports ouverts au commerce étranger par le traité de Nanking (1842) et celui de Tientsin (1858), dépassant un peu au Nord le 40e degré de latitude et au Sud le 25e degré, depuis le golfe du Tonking jusqu'à celui de Petchely.

Il est nécessaire de distinguer le climat *atmosphérique*, celui qui résulte des conditions générales et des influences lointaines de l'atmosphère, et le climat *tellurique*, lequel dépend des conditions du sol, susceptibles elles-mêmes d'être

---

Conseil municipal, puis la rédaction des mémoires ou des livres; les examens, le cours de la Faculté, les jurys des concours et enfin la clientèle et la consultation, on se demande comment l'activité d'un homme, si intelligent et si habile qu'il soit, ait pu suffire à une pareille tâche. Si l'on considère que chacun de ces mémoires ou plutôt les neuf volumes qu'ils forment, sont tous devenus classiques et font autorité non-seulement en France mais à l'étranger, on aura seulement alors une idée de l'œuvre de Tardieu. Notons que pour tous ces travaux il ne s'est jamais fait aider, si ce n'est pour la continuation de son *Traité de pathologie*, où deux de ses élèves, aujourd'hui médecins des hôpitaux, lui ont apporté un concours modeste et désintéressé. Tout ce qui concerne l'hygiène publique, et surtout la médecine légale, a été fait par lui seul, sans autre secours que ceux qu'il a fait connaître.

A. Tardieu aimait les lettres et les arts; son style s'en ressent : il est clair, précis et ne manque pas d'une certaine élégance, il est toujours châtié et d'une lecture facile et agréable, même dans les questions les plus ardues.

Son enseignement attachait ses auditeurs, il était avant tout consciencieux, et il ne l'abordait jamais sans une émotion qu'on n'aurait pas soupçonnée chez un homme si sûr de son sujet et si maître de sa parole. Devenu doyen de la Faculté le 16 janvier 1864, il avait gagné tout le monde par son éternelle affabilité. Malheureusement la politique s'introduisit dans l'Ecole, et une manifestation déplorable de quelques étudiants à Liége devint l'occasion de troubles à l'Ecole. Les mesures prises par le doyen pour limiter ce trouble à l'intérieur de la Faculté furent désavouées par le ministre et A. Tardieu dut donner sa démission.

A. Tardieu avait un véritable culte pour sa profession, il était heureux de tout ce qui venait honorer le corps médical, comme il souffrait de tout ce qui pouvait le déconsidérer. Il était bon et généreux, et lorsqu'il eut, comme membre du Conseil général de l'association des médecins de France, et plus tard

transformées en bien ou en mal par le travail, les habitudes ou la négligence de l'homme.

Les conditions propres au climat atmosphérique des côtes de la Chine paraissent très-simples. Pendant une partie de l'année, correspondant à notre hiver, règne la mousson nord-nord-est, et, durant l'autre partie, la mousson sud-ouest. La première apporte les vents de terre, froids, de la Sibérie, de la Mongolie, de régions de steppes et de montagnes, vents secs et salubres. La seconde apporte les vents marins, chauds et humides, de l'équateur et des tropiques. Ces derniers ne paraissent pas transmettre, plus que les précédents, de miasmes ou de principes nuisibles, mais ils portent avec eux une chaleur particulièrement énervante et anémiante, qui rend la saison chaude partout difficile à supporter pour les Européens.

Les conditions du climat tellurique sont beaucoup moins simples. Les concessions sont toutes situées sur le bord de la mer ou de grandes rivières, à peu de distance de leur embouchure, sur des terrains d'alluvion très-bas, d'une extrême humidité, facilement submersibles. En outre, partout à l'entour d'elles, le sol cultivable est parcouru par un nombre infini de cours d'eau, naturels ou artificiels, ruisseaux, fossés ou canaux, servant de routes de transport ou de commerce, ou utilisés pour l'irrigation ou la submersion méthodique des cultures. Les campagnes sont en outre parsemées de cercueils ou de sépultures à fleur de terre; les cadavres, il est vrai, sont toujours ensevelis dans une couche épaisse de chaux. Enfin les champs, comme les jardins, sont incessamment arrosés ou fumés avec les déjections humaines, solides ou liquides, répandues en nature. Les villes, aux portes desquelles sont situées les concessions, sont toutes, par suite de l'encombrement et de l'absence de toute police sanitaire, des foyers permanents d'infection, où règnent fréquemment des épidémies cholériformes, dysentériques, varioliques et rubéoliques très-meurtrières.

Cependant, malgré tant de circonstances défavorables, les travaux accomplis par les résidents, de relèvement des terrains, de drainage surtout, et l'institution d'une police hygiénique très-sévère, ont transformé de véritables cloaques en résidences où se trouvent merveilleusement réunies toutes les conditions exigées par l'hygiène la mieux entendue. Ceci du moins est applicable à la majeure partie de ces établissements.

On ne connaît rien de la pathologie de l'intérieur de la Chine. Les observations personnelles de M. Durand-Fardel, ainsi que les documents très-précis qu'il a pu consulter sur les maladies qui sévissent sur les Européens, ne portent donc que sur les établissements du littoral, sauf quelques-uns espacés le long du Yang-Tse-Kiang (fleuve Jaune).

La pathologie, sur les côtes de la Chine, considérée exclusivement dans les ports ouverts aux étrangers (concessions), est dominée par l'anémie ou la malaria.

L'anémie, qui paraît exclusivement due au caractère particulier de la chaleur estivale, ne se fait généralement sentir qu'après un séjour d'une certaine durée. L'acclimatement est toujours facile au début.

La fièvre intermittente franche n'est pas précisément très-commune. La pernicieuse est très-rare. Mais l'influence malariale se retrouve partout, manifeste ou latente, et doit toujours être considérée dans la marche des maladies comme dans les actions thérapeutiques.

Les maladies hépatiques et intestinales (diarrhée chronique) sont dominantes, mais ne reproduisent en rien l'extrême intensité de celles qui règnent en Cochinchine.

Les maladies aiguës, communes dans nos contrées, se montrent moins et sous des formes plus effacées que chez nous.

Les localités occupées par les résidents étrangers ont montré jusqu'ici une très-faible réceptivité soit pour les grandes maladies épidémiques, soit pour les épidémies locales, très-fréquentes et très-meurtrières, dont sont le siége les côtes indigènes, auxquelles la plupart d'entre elles se trouvent accolées.

En résumé, les conditions de santé des résidents, des enfants comme des adultes, sont beaucoup plus satisfaisantes en Chine que dans la plupart des autres contrées de l'extrême Orient, grâce à des conditions climatiques générales très-supérieures et aux efforts combinés de la science et de l'industrie pour améliorer les circonstances climatiques locales sur lesquelles ils avaient prise. Il faut admettre, en outre, que ces dernières pourront être corrigées un jour, au moins en partie, par l'introduction d'une civilisation nouvelle dans ces contrées.

M. Durand-Fardel, après avoir fait remarquer que les relations directes qui commencent à s'établir entre le Céleste-Empire et l'Europe nous font un devoir d'étudier sérieusement une contrée à laquelle nous étions jusqu'ici demeurés complétement étrangers, exprime la pensée que les barrières qui nous en ont tenus séparés jusqu'ici, au point de vue social et politique, ne tarderont pas à s'abaisser, et que la Chine est appelée, dans un avenir assez rapproché, à entrer sous tous les rapports dans le concert européen.

M. *Larrey* regrette que M. Durand-Fardel n'ait pas jugé à propos de citer les auteurs appartenant à l'armée et à la marine qui ont écrit sur la Chine, et dont les publications sont connues et appréciées.

M. *Durand-Fardel* répond qu'il n'a pu, dans ce travail sommaire, citer tous les médecins qui ont écrit sur la Chine, et que la plupart des travaux publiés antérieurement sont actuellement dépourvus d'actualité.

---

comme président de cette association (1868), à connaître et à secourir les misères de la corporation, il le faisait avec sa bienveillance et sa grâce ordinaires. Les membres du Comité central, qui en ont été les témoins intimes, ont tenu à en déposer sur sa tombe le témoignage baigné de leurs larmes. En effet, ceux-là seuls ont bien connu Tardieu qui l'ont connu dans son intimité, et ils savaient bien que ses défauts n'atteignaient que lui-même ou les siens.

Tardieu était serviable et généreux comme un enfant prodigue, et de plus il était reconnaissant et jamais il n'a oublié un service rendu. Aussi est-il mort entouré de ses amis et de ses élèves dévoués, les charmant jusqu'à la fin par cette gracieuseté que la souffrance n'a jamais suspendue et que la mort seule est venue arrêter.

A. Tardieu emporté dans ce tourbillon de fonctions officielles avait toute sa vie au grand jour, il a été comblé d'honneurs par tous les corps dont il a fait partie et qui l'ont tous successivement appelé à les présider: la Faculté, l'Académie, le Conseil d'hygiène, l'Association générale. Les sociétés savantes étrangères lui envoyaient, selon leur usage, des diplômes d'honneur, voulant se mettre sous son patronage. L'Institut l'avait deux fois couronné, le gouvernement avait dû récompenser son zèle à la fin de chaque épidémie par des médailles commémoratives. Il est progressivement arrivé au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Insouciant de sa santé qu'il ne ménageait aucunement, il se montrait aussi ardent au plaisir qu'au travail, et quand cette robuste constitution fut ébranlée, il ne s'en occupa pas. Puis, quand ses brillantes facultés furent gravement atteintes et que la mort vint s'annoncer, il l'accepta volontiers sans faiblir.

Tardieu mort laisse dans le souvenir de ses contemporains l'image d'une nature aimable et charmante. Mais il laisse à ses élèves et à ses successeurs des travaux qui, tout en leur servant de modèles, deviendront la base de cette médecine publique inaugurée par le dix-neuvième siècle, qui

Note sur une illusion d'optique, par M. le docteur *Prompt*. — Si l'on dessine un petit losange ayant sa grande diagonale dix fois plus longue que la petite, et si l'on ajoute au-dessous de lui neuf autres losanges qui lui soient égaux, on aura une figure qui sera aussi longue que large. Cependant elle paraîtra plus longue que large, et cela, dans une proportion assez forte. On augmente beaucoup cette illusion en ombrant les losanges. Elle persiste en faisant varier l'échelle de la figure; on peut faire varier le côté du carré depuis 5 millimètres jusqu'à 3 centimètres et au delà.

L'auteur se réserve d'expliquer exactement le motif de cette illusion, qui tient à un effet de perspective, en vertu duquel l'œil évalue toujours les angles aigus à une échelle trop grande, et les angles obtus à une échelle trop petite, ce qui a pour effet d'élargir les losanges et de rapprocher leur forme de celle du carré. « Les limites de cette note, dit-il, ne nous permettent pas de nous étendre plus longuement sur ce sujet. Nous ferons seulement remarquer que notre illusion est *irréductible*, c'est-à-dire qu'elle persiste, quelle que soit l'échelle de la figure, quelle que soit la distance où on la regarde et quelle que soit la manière d'en varier la forme, pourvu que l'on ait toujours des losanges longs et étroits. Cet exemple est le seul qui existe encore d'une illusion d'optique irréductible produite par une figure. »

« Il est bien entendu que nous parlons ici de figures qui font illusion en vertu d'une construction géométrique, et non en vertu de la crédulité de l'observateur, comme cela a lieu pour beaucoup de figures données par les écoles allemandes modernes. Ainsi, en parcourant le *Traité d'optique* de M. Helmholtz, nous trouvons dans la figure 178 (page 723 de la traduction française) une illusion que l'auteur définit ainsi à la page 724 : « Les lignes droites parallèles *ab* et *cd* paraissent déviées en dehors en A et en dedans en B ». En mesurant la figure avec une règle graduée, on reconnaît que le dessinateur a figuré deux lignes qui *sont* en effet déviées dans le sens indiqué; d'où il résulte qu'elles doivent le *paraître*, et qu'il n'y a là aucun effet d'illusion, mais une simple réalité, qui passera pour une illusion seulement aux yeux d'un observateur assez naïf et assez crédule pour en croire l'auteur sur sa parole. Il n'est pas étonnant qu'une telle illusion soit irréductible. »

— La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Rapport trimestriel sur les maladies régnantes pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre 1878 : M. E. Besnier. — Des applications d'aimant dans un cas d'hémiplégie saturnine : M. Debove. — Nomination de M. Vergely comme membre correspondant.

M. *Rigal* donne lecture du discours prononcé au nom de la Société sur la tombe du professeur Tardieu.

— M. *E. Besnier* donne lecture de son rapport trimestriel sur les maladies régnantes:

Pendant les trois derniers mois de l'année 1878 les conditions de l'atmosphère ont présenté des particularités remarquables. La température moyenne n'a été que de 5°,9; le degré hygrométrique a été élevé, la hauteur de pluie considérable; il est tombé et tombe encore une grande quantité de neige; enfin les vents ont été souvent violents et d'une grande variabilité.

La mortalité générale dans les hôpitaux et hospices est supérieure à celle de la période correspondante des six années précédentes. Quant à la mortalité générale de l'année, elle est sensiblement égale à celle des deux années précédentes. Le mouvement énorme de population qui s'est produit pendant l'Exposition a donc été sans influence sur la mortalité.

Les *affections des voies respiratoires*, primitives ou secondaires, ont été prédominantes et ont acquis une intensité plus grande et une gravité plus accentuée; mais les inflammations restent simples, catarrhales au sens anatomique du mot. .

Les *affections rhumatismales* sont un sujet inépuisable de recherches thérapeutiques. M. Bucquoy a traité tous ses rhumatisants par le salicylate de soude, à des doses variables, de 6 à 8 grammes par jour; en général il a obtenu une sédation complète en moins de quarante-huit heures. Dans un cas seulement, pour la première fois depuis deux ans, il a perdu subitement un malade atteint de rhumatisme aigu traité par le salicylate. Ce malade a succombé à des accidents urémiques. Quel rôle a joué le salicylate dans cette complication? M. Bucquoy l'ignore, mais il a soin d'examiner l'urine de tous les malades traités par ce médicament.

M. Fernet, à l'hôpital Saint-Antoine, dit avoir obtenu de bons effets du salicylate de soude à doses modérées (4 grammes par jour); mais il fallait, dit-il, en prolonger l'usage pendant un certain temps, sous peine de voir se produire des rechutes.

M. Rigal, à l'hôpital Ménilmontant, signale également les bons effets du salicylate de soude à la dose de 8 à 10 grammes par jour.

En rapport avec les conditions atmosphériques, plusieurs

---

n'est plus seulement la médecine de l'individu, mais celle des familles et des populations, on pourrait dire la médecine de l'humanité tout entière.

Constantin Paul.

Peste d'Astrakan. -- On télégraphie de Saint-Pétersbourg, 29 janvier soir :

« Les ministres se sont réunis hier et ont discuté les diverses mesures proposées par les médecins russes pour faire disparaître le fléau qui sévit dans la province d'Astrakan. Les célébrités médicales de Saint-Pétersbourg assistaient à cette réunion.

» Parmi les rapports présentés sur ce sujet, il s'en trouve un du docteur Botkin qui conclut en conseillant les mesures les plus radicales. Les cadavres doivent être détruits par voie de crémation; tous les objets ayant appartenu aux personnes atteintes par l'épidémie, leur maison même, doivent être brûlés. Si cela ne suffit pas, les habitants des pays infectés devront être transportés dans des localités très-salubres et isolés complétement. Pendant ce temps, le feu détruira les villages où il y a eu des malades, ne laissant rien subsister qui puisse conserver le germe de la maladie.

» Les mesures conseillées par le rapport du docteur Botkin, et appuyées par un grand nombre de ses confrères, ont été en grande partie adoptées dans la réunion d'hier, et une commission d'hygiène, armée des pouvoirs les plus étendus, a été nommée pour veiller à l exécution de ces mesures. »

— Les mesures les plus rigoureuses viennent d'être prises à Marseille pour la mise à exécution des règlements sanitaires à appliquer aux navires venant de Turquie, afin d'empêcher l'invasion de l'épidémie pestilentielle qui règne dans le sud de l'Europe.

— D'après les instructions du gouvernement de Berlin (31 janvier), la commission chargée de l'enquête sur l'épidémie, partira la semaine prochaine, sous la direction du professeur Hirsch, pour Breslau, où elle se rencontrera avec les médecins délégués par l'Autriche. De là, elle se rendra en Russie par la frontière de Galicie. Le médecin d'état-major, docteur Sommerbrodt, est le délégué des médecins de Berlin; on attend d'autres médecins délégués de Halle.

médecins des hôpitaux ont signalé la fréquence insolite des *albuminuries* dans leurs formes diverses.

L'épidémie permanente de *diphthérie*, qui a atteint, en 1877, le point le plus élevé auquel elle ait jamais été observée à Paris, a subi depuis le commencement de 1878 un mouvement de déclinaison lent, mais continu. Le nombre de décès par diphthérie a été encore de 1995; il avait été, en 1877, de 2393. M. Besnier ne pense pas que ce ne soit là qu'une diminution momentanée, parce que la recrudescence saisonnière habituelle au commencement de l'hiver est restée relativement latente.

La diphthérie dans les hôpitaux de l'enfance a subi le même mouvement de déclinaison. M. Besnier rappelle, à ce sujet, combien la Société des hôpitaux a mis de ténacité à réclamer le bénéfice de l'isolement pour tous les malades atteints d'affections contagieuses, notamment pour les enfants affectés du croup. Après de très-longues années de lutte, nous avons, dit-il, enfin obtenu gain de cause sur le principe. L'administration actuelle, tenant à honneur de réparer les longues fautes des administrations d'une époque antérieure, est enfin entrée dans la voie de l'exécution, et il ne s'agit plus de créer en entier, mais bien de développer, d'étendre, de perfectionner. Toutefois nous sommes à peine aux premiers éléments de l'exécution et les choses sont encore loin de marcher au gré de nos désirs. On n'a pas encore compris dans notre pays, ajoute M. Besnier, que la santé publique réclame, au même titre que l'instruction ou l'armement des citoyens, des sacrifices proportionnés aux besoins réels, et il reste beaucoup à faire dans cette voie.

M. Bergeron se réjouit d'avoir enfin atteint, à Sainte-Eugénie, le but qu'il poursuivait depuis si longtemps, c'est-à-dire l'isolement des enfants affectés de diphthérie. Mais déjà de nouvelles difficultés se présentent et montrent tout ce qui reste à faire encore pour arriver à une prophylaxie sérieuse. Il cite ces deux faits : Un enfant, pendant la convalescence d'une rougeole, est pris de diphthérie; le laisser dans la salle était impossible; mais, en le transportant dans le pavillon d'isolement, ne risquait-on pas d'exposer à la rougeole les enfants qui s'y trouvaient? Autre fait : un enfant est amené au moment d'une scarlatine et d'une angine diphthéritique; que faire? fallait-il le mettre aux scarlatineux ou au pavillon de la diphthérie?

De pareils faits, ajoute M. Bergeron, ne vous rappellent-ils pas, comme à moi, avec un même sentiment d'admiration, ce magnifique hôpital d'enfants que la munificence d'un prince d'Oldenbourg a permis de construire à Saint-Pétersbourg, d'après les plans du docteur Ranchfuss, et dont cet honorable confrère a exposé, au congrès international d'hygiène, les dispositions ingénieuses, et dans lequel se trouvent réunies toutes les conditions désirables d'une prophylaxie complète des maladies contagieuses, de l'enfance? Ne pensez-vous pas, ajoute M. Bergeron, que c'eût été faire une dépense utile que de reproduire le plan en relief de l'hôpital de Saint-Pétersbourg en trois exemplaires, dont un destiné au cabinet du ministre de l'intérieur, un autre au cabinet du directeur de l'Assistance, et le troisième pour la salle des séances du conseil municipal?

— M. *Debove* a observé à l'Hôtel-Dieu un cas d'hémiplégie saturnine : ces cas sont assez rares pour pouvoir être signalés, mais ce qui ajoute de l'intérêt à cette observation, c'est que le malade a été traité par l'application d'un aimant. Le malade est atteint au mois d'août d'encéphalopathie saturnine, coma, délire, etc., puis succède à ces accidents une hémiplégie de la sensibilité et de la motilité : cette hémiplégie affectait les sens spéciaux ; ainsi l'ouïe était perdue à gauche, ainsi que l'odorat, le goût et la vue : M. Landolt, examinant le malade, ne constatait aucune lésion. M. Debove fit une application de l'aimant; au bout de quelques instants, il y eut une amélioration considérable de la sensibilité générale et spéciale : le traitement fut continué et aujourd'hui le malade ne présente plus d'insensibilité que sur la plante du pied du côté gauche, et à la langue où la sensibilité gustative est encore incomplète. M. Debove ajoute que M. Proust a obtenu une amélioration semblable, mais passagère, tandis qu'ici l'amélioration est permanente, chez un malade atteint de la même affection et traité aussi par les applications d'aimant.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande à M. Debove si le malade était un hémiplégique saturnin ou simplement un névropathe : il pose cette question parce que la marche des accidents de ce malade est absolument celle qu'on observe dans l'hystérie.

M. *Debove* répond qu'il croit qu'il y a plusieurs sortes de paralysie saturnine : il y a une paralysie périphérique et une paralysie centrale : son malade doit rentrer dans la dernière classe. Quant à la simulation, il n'y croit pas, s'étant entouré de toutes les garanties désirables pour l'éviter. M. Debove ajoute que lorsque l'anesthésie affecte les deux côtés du corps, on n'obtient rien par l'aimant.

M. *Dujardin-Beaumetz* a conduit récemment chez M. Abadie une jeune fille hystérique devenue subitement aveugle. M. Abadie appliqua des plaques d'or : au bout d'une demi-heure la vue était revenue.

M. *Dumontpallier* s'étonne que lorsqu'il s'agit de métallothérapie on ne prononce pas le nom de M. Burcq : c'est à lui qu'on doit cette découverte. On ne devrait pas l'oublier, comme quelques-uns le font, soit pour s'attribuer la découverte, soit pour en rejeter le mérite sur d'autres. Tout n'est pas dit encore sur cette question. M. Charcot, en effet, n'a pas tout vu, il a observé les faits sur des malades spéciales, restreintes, à la Salpêtrière et non dans nos services où les malades se renouvellent tous les jours : c'est là, en effet, qu'on peut observer de nombreuses variétés d'hystériques, des cas bien plus intéressants en un mot que ceux de la Salpêtrière ; dans ce service, ce sont toujours les mêmes qu'on a à étudier. M. Dumontpallier comprend qu'on ait des doutes devant ces faits miraculeux ; mais, que ceux qui doutent aient le temps et la patience de faire les expériences, et ils croiront.

— M. *Vergely* (de Bordeaux) est nommé membre correspondant.

Dr Joseph MICHEL.

Société de biologie.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Emploi du collodion en histologie : M. Mathias Duval. — Injections intra-veineuses de lait : M. Laborde. — Muqueuse du jabot des pigeons : M. Pouchet. — Platinocyanure de sodium : M. Rabuteau.

M. *Malassez* revient sur les doutes qu'il avait exprimés dans la séance précédente au sujet des préparations histologiques présentées par M. Balzer. Elles ont été examinées par M. Ranvier, qui a reconnu l'existence réelle de fibres musculaires lisses, comme M. Balzer l'avait indiqué.

— M. *Mathias Duval* emploie depuis quelque temps le collodion dans ses études histologiques. Il substitue cet agent aux mélanges solidifiables d'huile, de cire, etc., dont on se sert généralement pour immobiliser les pièces sur lesquelles on pratique des coupes. Le collodion traité par l'alcool a l'avantage de se coaguler sous forme d'un corps souple, élastique, transparent, qui permet de se rendre un compte exact de la situation occupée par la pièce anatomique au milieu de la substance qui l'entoure. Le collodion a de plus l'avantage de pénétrer dans les cavités des organes creux et de maintenir leur forme. Il ne modifie pas l'action des réactifs colorants. Grâce à ce procédé, M. Duval a pu faire une série de coupes très-curieuses de l'embryon, et s'assurer, en étudiant les plexus choroïdes, que ceux-ci sont entourés d'une mince lamelle de substance cérébrale qu'ils refoulent dans l'intérieur

des ventricules, sans pénétrer réellement dans la cavité de ces derniers.

— M. *Laborde* fait une communication sur les injections intra-veineuses de lait. Un médecin américain, M. Gaillard Thomas, a proposé de les substituer à la transfusion du sang dans tous les cas où celle-ci est regardée comme indiquée; il en a pratiqué à trois reprises, sans résultats bien nets, chez des femmes qui venaient de présenter des hémorrhagies considérables à la suite d'ovariotomie : deux sont mortes, une a survécu. M. Laborde pense que des notions physiologiques précises devraient être acquises sur les effets de ces injections avant de les essayer en thérapeutique. Des expériences qu'il a faites sur le chien, il peut conclure que la quantité de lait injecté ne doit pas atteindre 90 grammes pour un animal du poids de 11 kilogrammes. A cette dose, la mort est certaine; et l'on trouve dans le bulbe, l'estomac et surtout dans les poumons des lésions, des ruptures vasculaires résultant de véritables embolies. En effet, parmi les globules de lait, les uns sont petits ou de moyenne grosseur et ne causent que peu d'embarras circulatoire; les plus gros, même s'ils sont en faible nombre, finissent par disparaître dans le sang par un mécanisme encore inexpliqué. Mais, s'ils sont trop abondants, on les voit, dans la membrane interdigitale d'une grenouille, par exemple, être peu à peu attirés par les globules blancs et former avec eux de véritables bouchons emboliques, de telle sorte que certains vaisseaux contiennent plus de lait que de sang. La température du lait injecté n'est pas indifférente et modifie celle de l'animal en expérience. Les injections de lait filtré (privé de globules) ne produisent pas d'autres effets que de simples injections d'eau. Il faut enfin tenir compte de l'état plus ou moins exsangue de l'animal. L'introduction du lait dans ses veines doit être précédée d'une saignée : si celle-ci est abondante, le lait n'amène aucune amélioration; si elle a été faible, l'injection de lait semble plus facilement supportée.

— M. *Pouchet* présente une note de MM. Ficalier et Dessosse sur la structure de la muqueuse du jabot des pigeons. On sait qu'à un moment donné cette muqueuse se tuméfie, se détache, est rejetée par lambeaux et sert à la nourriture des petits nouvellement éclos. Cette tuméfaction semble porter spécialement sur l'épithélium, dont les couches superficielles subissent même un commencement de digestion. Elles se comportent, en effet, en présence des réactifs employés en histologie, surtout du picro-carminate, comme les épithéliums introduits dans le jabot des pigeons et exposés à l'action des sucs qu'il sécrète.

— M. *Rabuteau,* en décomposant par la pile l'urine des animaux auxquels il injecte des sels de triméthylstibonium, s'est assuré de leur élimination très-rapide. Cette promptitude explique l'innocuité des injections de doses successives dont le total serait plus que suffisant pour amener la mort.

M. Rabuteau a également étudié l'action du platinocyanure de sodium et s'est assuré que ce sel agit simplement comme un chlorure.

X. Arnozan.

BIBLIOGRAPHIE

La lèpre est contagieuse, par un Missionnaire attaché aux léproseries. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1879.

Voilà certes un titre qui est bien fait pour attirer l'attention, car il est très-généralement admis de nos jours que la lèpre est une affection héréditaire, diathésique, mais *non contagieuse.*

Or, la question vaut la peine qu'on s'en occupe, car nous n'apprendrons rien à personne en rappelant que la lèpre répand ses ravages sur une grande partie des terres habitées et que les pays du nord de l'Europe, l'Asie, l'Afrique, une partie de l'Amérique et la plupart des îles de l'Océanie lui payent encore un énorme tribut, ainsi que le montre une carte coloriée, fort instructive, qui est jointe au livre dont nous parlons.

L'auteur reconnaît tout d'abord que l'opinion de la plupart des médecins est contraire à l'idée de la contagion, mais il en appelle énergiquement de ce verdict, et il est bien placé pour parler de ces matières, étant depuis de longues années dans les léproseries. Il pense que l'observation exacte fait défaut, et il explique cette lacune regrettable dont on se plaint partout, dit-il, « parce qu'on conçoit trop bien que la nature » humaine n'aime pas à s'occuper ni de cette épouvantable » maladie ni de ces infortunés sujets. Nous connaissons un » certain nombre de praticiens qui font comme tout le monde » et fuient le plus possible ces malades! »

Le missionnaire qui a écrit ce livre ne paraît pas d'ailleurs avoir une grande tendresse pour les savants, les médecins, les hommes diplômés qui ne sont pas de son avis et dont il parle avec une ironie dédaigneuse peu déguisée. Après avoir défini ce qu'il entend par contagion, il énumère les preuves de la contagiosité de la lèpre. Ces preuves sont de deux ordres qu'il appelle : les preuves d'autorité et les preuves de fait, et que l'on pourrait appeler d'ordre moral et d'ordre matériel.

Les preuves d'autorité sont celles qui se tirent du *consensus omnium* des peuples, et de l'opinion d'un certain nombre de médecins favorables à la contagion. L'auteur reproche amèrement au Collége royal de Londres qui, en 1867, dans un rapport solennel, nia la contagiosité de la lèpre, de n'avoir pas tenu un compte suffisant de la croyance constante et universelle des peuples. Depuis Moïse jusqu'à nos jours, le peuple a toujours cru à la contagion de la lèpre; « plus quelques » savants écrivent contre la contagion, plus le peuple croit le » contraire. »

La belle raison!

Dans une seconde partie, l'auteur étudie les *preuves de fait,* et il rapporte un très-grand nombre de faits dont les uns lui sont personnels, dont la plupart sont empruntés par lui à des médecins ou à des missionnaires, et qui se rapportent à des cas dans lesquels la maladie a été transmise à la suite de cohabitation, de rapports sexuels, de relations sociales, et enfin à des personnes de service.

Parmi ces faits, il en est certes beaucoup qui peuvent recevoir une autre explication que celle que leur donne l'auteur, mais beaucoup aussi paraissent impossibles à expliquer autrement que par la contagion.

Une dernière série de preuves est tirée de l'efficacité des mesures d'isolement et de séquestration dont l'auteur se fait le défenseur ardent et convaincu. Mais, qu'il nous permette de le lui dire, ses raisonnements pèchent souvent par défaut de logique, et ce n'est pas par induction qu'une question aussi importante que celle qu'il traite peut être jugée. Quel rapport y a-t-il, par exemple, dans les lignes suivantes (et nous pourrions faire de nombreuses citations semblables), entre la conclusion et les prémisses? « Ces petits malheureux (les lépreux) sont en contact perpétuel, assis, couchés par terre, côte à côte, usant des mêmes objets. Pendant toutes leurs nuits et quelquefois une partie du jour, ils exhalent et respirent à la fois dans une même salle leurs fétides odeurs; par une chaleur étouffante et dans un local fermé, vingt-cinq à trente corps en demi-putréfaction remplissent l'atmosphère de la fine fleur de la lèpre; et l'air ne parvient aux poumons que tamisé encore sur les tubercules et les ulcères des fosses nasales et du larynx. Comment donc, lorsque dans un tel trajet il arrive pour imprégner le sang veineux afin de le réparer, ne lui infuserait-il pas, au lieu d'un élément de vie, un élément de mort? Quel homme sain, condamné à passer ses nuits dans une peste pareille, *n'y boirait pas la contagion?...* Si à ce point de vue le séjour des hospices est nuisible et accélère le mal, *pourquoi ne le provoquerait-il pas?* »

Heureusement l'auteur du livre *La lèpre est contagieuse* ne s'en tient pas à de pareilles digressions, il n'y a que justice à le dire, et son livre, rempli de faits du plus haut intérêt, écrit avec une conviction profonde de la bonté de la thèse qu'il défend, et même avec un véritable souffle d'enthousiasme, est de nature, sinon à entraîner la conviction absolue, du moins peut-être à faire suspendre le jugement et à appeler de nouvelles observations sur un sujet qui semblait cependant bien définitivement jugé. Dr Du Cazal.

VARIÉTÉS

LES HÔPITAUX ET HOSPICES ET LES OFFICIERS DE SANTÉ.

Plusieurs fois déjà nous avons été consulté sur la question de savoir *si un officier de santé peut être nommé médecin d'un hospice dans une localité où pratique un docteur en médecine;* et, dans le numéro 50 (p. 785) de la *Gazette hebdomadaire* de 1869, nous avons résolu cette question par la négative en nous appuyant, d'une part, sur l'article 27 de la loi de ventôse an XI, aux termes duquel « les fonctions de médecins et chirurgiens en chef des hospices civils » ne peuvent être remplies « que par des médecins et des chirurgiens reçus suivant les formes anciennes (on sait que la loi n'avait pas d'effet rétroactif), ou par des *docteurs* reçus suivant celles de la présente loi »; d'autre part, sur l'article 29 de la même loi, qui interdit aux officiers de santé la pratique des grandes opérations chirurgicales sans « la surveillance et l'inspection d'un docteur », du moins « dans les lieux où celui-ci sera établi ». Et nous faisions ressortir la singulière situation d'un médecin d'hôpital exposé, par le même article 29, à une condamnation en dommages-intérêts « dans le cas d'accidents graves arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance et de l'inspection » du docteur.

Nous sommes consulté aujourd'hui sur un cas analogue, mais qui se présente sous un aspect particulier.

Dans le département du Var, un docteur était médecin de l'hospice de sa commune depuis 1871 et chargé exclusivement du service médical. Dans le courant de janvier 1878, la commission de l'hospice décida de lui adjoindre un officier de santé, qui partagerait le service. Après plusieurs protestations restées sans effet, notre confrère dut adresser au préfet du Var une sommation extra-judiciaire et, un mois après, à la date du 30 octobre, M. le ministre de l'intérieur faisait droit à sa réclamation, en se fondant, comme nous l'avons fait nous-même, sur l'article 27 de la loi de ventôse. Il ajoutait également que, si la commission croyait indispensable de désigner un officier de santé, celui-ci ne pourrait pratiquer, en certains cas, que sous la surveillance ou l'inspection du docteur. Il laissait, du reste, le préfet du Var libre d'apprécier s'il était utile de nommer plusieurs médecins.

La commission administrative, à la date du 5 décembre dernier, a pris une nouvelle délibération et reconnu l'illégalité de celle du 24 janvier. Mais qu'a-t-elle fait? Elle a nommé médecin adjoint chargé du service l'officier de santé, et médecin en chef un docteur en médecine qui habite une commune distante de 22 kilomètres. Le docteur de la localité reste ainsi évincé.

Nous ne connaissons le fait que par le récit qui nous en est transmis, et nous ne savons rien des motifs qui ont pu diriger la commission administrative; mais il est évident que la décision mentionnée ne peut résulter que d'une interprétation abusive de la loi de ventôse. A la lettre, l'obligation du doctorat ne s'appliquant qu'au titre de médecin *en chef* d'un hospice, le médecin adjoint peut être pris parmi les officiers de santé. A la lettre encore, la loi d'août 1851 sur les *hospices et hôpitaux* se borne à conférer, en termes généraux, à la commission administrative (art. 14) le droit de nommer les médecins et chirurgiens, sans spécifier que ceux-ci seront pris dans la localité. Voilà manifestement les subterfuges légaux derrière lesquels s'est retranchée la commission administrative dont il est ici question. Mais elle viole deux fois l'esprit de la loi en choisissant le médecin en chef hors de la localité et en mettant, de fait, le service de l'hospice entre les mains d'un officier de santé dans une commune qui possède un docteur. Elle compromet enfin, et gravement, le salut des malades en les confiant à un homme de l'art empêché par la loi même de pratiquer les opérations nécessaires, et obligé d'aller chercher à plus de quatre lieues de distance une « assistance » et une « inspection » qui, dans les conditions habituelles de la profession médicale à la campagne, peuvent se faire attendre longtemps. Une pareille interprétation de la loi équivaut, pour nous, à une infraction.

A. D.

Banquet offert par le corps médical français à M. Ballay, médecin auxiliaire de la marine, membre de l'expédition scientifique dans l'Afrique centrale.

En septembre 1875, une expédition française quittait le Gabon pour remonter l'*Ogôowe*, fleuve français, dont le cours était encore inconnu. M. Savorgnan de Brazza commandait cette expédition; il avait pour second Ballay, étudiant de notre Faculté, médecin auxiliaire de la marine.

Leur mission officielle accomplie au milieu d'obstacles de tous genres, nos compatriotes auraient pu revenir sur leurs pas; mais, n'écoutant que leur courage et leur audacieux dévouement à la science et à l'humanité, ils s'avancèrent vers l'est.

Après avoir traversé d'immenses contrées, peuplées de tribus sauvages, désolées par l'esclavage, ils firent connaître et respecter le nom et le drapeau de notre pays et ouvrirent dans l'Afrique centrale une nouvelle route à la civilisation par la découverte de deux rivières.

Presque sans munitions, sans médicaments, à peu près nus, dévorés par la fièvre, épuisés par un séjour de trois ans dans l'intérieur de l'Afrique, aux prises avec des peuplades hostiles, nos hardis compatriotes opérèrent leur retour à travers mille dangers, dont ils surent triompher à force d'intrépidité et de patiente énergie.

Ils avaient été soutenus, jusqu'au bout, par la grandeur de leur mission et par l'amour de la patrie!

Les soussignés ont pensé remplir un patriotique devoir, en offrant un banquet à l'expédition française et en particulier à Ballay, qui, tour à tour médecin, soldat, explorateur, a montré un dévouement et une intrépidité au-dessus de tout éloge.

Cameron, Stanley ont reçu en France et en Angleterre un accueil enthousiaste; les explorateurs français ont rempli une mission non moins périlleuse, non moins féconde; ils ont droit, eux aussi, aux témoignages de notre reconnaissance et de notre admiration.

Le banquet qu'offre à M. Ballay le corps médical aura lieu le mardi 18 février, à sept heures, chez Bignon (restaurant du café Riche, 1, rue Le Peletier).

Le prix de la cotisation est fixé à 15 fr. On souscrit chez les membres du comité d'organisation :

M. Bottentuit, rédacteur en chef de la *France médicale*, 19, boulevard Malesherbes.

M. Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès médical*, 6, rue des Écoles.

M. Cornil, rédacteur en chef du *Journal des connaissances médicales et de pharmacologie*, 6, rue de Seine.

M. Dechambre, président du comité de rédaction de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 91, rue de Lille.

M. de Ranse, rédacteur en chef de la *Gazette médicale*, 4, place Saint-Michel.

M. Dujardin-Beaumetz, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*, 8, place de l'Odéon.

M. Le Roy de Méricourt, directeur de la rédaction des *Archives de médecine navale*, 5, rue Cambacérès.

M. Galippe, secrétaire du Comité, 48, rue Sainte-Anne.

ULYSSE TRÉLAT.

M. le docteur Ulysse Trélat, médecin honoraire de la Salpêtrière, ancien commissaire général du Gouvernement provisoire en 1848, ancien représentant du peuple à l'Assemblée constituante de 1848, ancien ministre des travaux publics, etc., vient de s'éteindre à Menton dans sa quatre-vingt-quatrième année. De sa vie il faut faire deux parts : celle de l'homme politique et celle du savant. Nous ne parlerons ici que du mé-

decin spécialiste dont les travaux distingués ont marqué dans la science.

M. Ulysse Trélat était né à Montargis (Loiret), le 13 novembre 1795. Il étudiait la médecine à Paris, quand il partit pour faire la campagne de 1813 en qualité de chirurgien militaire. De retour à Paris, il fut reçu docteur en 1821; puis il rédigea à Clermont le *Patriote du Puy-de-Dôme*, de 1831 à 1835. A cette dernière date il revint à Paris et fut nommé médecin de la Salpêtrière; l'âge et la maladie seuls le forcèrent, il y a quelques années, à quitter ses malades et à abandonner un service qu'il avait occupé pendant près de quarante ans.

Ces quarante années, d'ailleurs, ont été, malgré les préoccupations politiques de M. Trélat, utilement employées pour la science. Ainsi, dès 1839, il publiait d'importantes *Recherches historiques sur la folie*. Malgré les progrès de l'érudition, malgré ceux faits par la clinique et qui permettent de mieux juger les assertions des anciens auteurs, ce travail mérite encore d'être consulté; la lecture en est agréable et peut être conseillée comme une excellente introduction à l'étude des maladies mentales. M. Trélat collabora dès leur fondation aux *Annales médico-psychologiques;* ainsi il publia successivement dans ce recueil : en 1844, un travail sur le *Transfert des aliénés de la Salpêtrière et de Bicêtre dans les asiles de province;* en 1855, un autre sur la *Paralysie générale;* enfin, en 1856, un important mémoire sur l'*Étiologie de la folie.* Mais l'œuvre à laquelle le nom de M. Trélat restera attachée est le volume publié en 1861 et qui a pour titre: *La folie lucide étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société.* Il ne nous appartient pas de faire ici l'analyse de ce volume; contentons-nous de dire que si le sujet, qui y est traité, a reçu, grâce aux progrès de la science, plus de développements et a gagné en précision, il faut reconnaître que M. Trélat y a largement contribué par les observations qu'il a recueillies et publiées, et par les considérations, souvent originales, dont il les accompagne. La vie de M. Trélat n'a pas été, comme on voit, stérile au point de vue de la science; mais nous n'aurions pas tout dit sur ce savant médecin, si nous ne rappelions aussi qu'il aimait le malade, l'aliéné et, chose importante, qu'il savait gagner sa confiance et se faire aimer de lui. C'est le plus bel éloge qu'on puisse faire d'un médecin aliéniste. Dr A. Ritti.

— M. le docteur Ollier, père de M. le professeur Ollier, vient de mourir aux Vans (Ardèche), à l'âge de quatre-vingt-un ans. Le corps médical s'associe vivement à la douleur de l'éminent professeur de Lyon.

Assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine. — Voici le tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1878 :

Recettes.

Fonds de secours :		
Rentes 3 pour 100 et 5 pour 100	23 415 fr.	»
Cotisations	16 897	»
Fonds de réserve :		
Admissions	444	»
Dons et legs	15 355	»
Reliquat de l'année 1877	434	50
Total	56 545 fr.	50

Dépenses et emploi.

Secours à cinq sociétaires et à trente-cinq veuves ou enfants de sociétaires	26 200 fr.	»
Secours à vingt-six personnes étrangères à l'Association	4 425	»
Recouvrement des cotisations	500	»
Frais d'impression	909	20
Ports des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	512	»
Achat de rentes	23 768	30
Total	56 314 fr.	50

Balance.

Recettes	56 545 fr.	50
Dépenses	56 314	50
Reste	231 fr.	»

CAISSE DES PENSIONS VIAGÈRES.

Recettes.

Report de l'année 1877	495 fr.	50
Dons	285	
Intérêt des sommes placées	312	75
Total	1093 fr.	25

Emploi.

Achat de 35 francs de rente 5 pour 100	991 fr.	45

Balance.

Recettes	1093 fr.	25
Dépenses	991	45
Reste	101 fr.	80

Nomination a deux places de médecins de la maison de Charenton. — Le concours que nous avons annoncé est terminé. Les candidats étaient au nombre de seize. Après éliminations successives, la commission d'examen n'en a conservé que six, qu'elle a classés de la manière suivante : 1° M. Christian; 2° M. Ritti; 3° M. Bigot; 4° M. Lagardelle; 5° *ex æquo*, MM. Dufour et Petrucci.

Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 31 janvier, sont nommés médecins de la maison de Charenton : M. Christian, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe), et M. Ritti, inspecteur adjoint des asiles d'aliénés de la Seine. Cette dernière nomination sera accueillie avec une satisfaction particulière par les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*, qui ont été souvent à même d'apprécier le savoir et le talent de M. Ritti.

Le *Journal officiel* de mardi annonce que M. Christian est chargé du quartier des hommes et M. Ritti médecin du quartier des femmes.

Les nos 5 et 6 (fin de l'année 1878) des **Archives de logie normale et pathologique**, publiées sous la direction de MM. Brown-Séquard, Charcot et Vulpian, contiennent les mémoires suivants :

Tuberculose pulmonaire, par M. J. Grancher (avec 3 planches). — *Des affections paludéennes du foie*, par MM. A. Kelsch et P.-L. Kiener (avec 3 planches). — *Gliome diffus de la moelle, syringomyélie, atrophie musculaire*, par M. Wladimir Roth (avec 2 planches). — *Note relative à l'action du colchique sur le tube intestinal*, par M. Ch. Roy (avec 1 planche). — *De la distribution des fibres nerveuses dans le chiasma des nerfs optiques*, par M. W. Nicati. — *Note pour servir à l'étude de la maladie d'Addison*, par M. E. Jacquet (avec 1 planche). — *Recherches sur l'évolution des hématies dans le sang de l'homme et des vertébrés*, par M. G. Hayem (avec 2 pl.). — Paris, chez G. Masson, éditeur.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 17 au 23 janvier 1879, on a constaté 1071 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 21. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 1. Variole, 8. — Croup, 16. — Angine couenneuse, 28. — Bronchite, 63. — Pneumonie, 75. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 6. — Erysipèle, 5. — Autres affections aiguës, 268. — Affections chroniques, 517 (dont 170 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 57. — Causes accidentelles, 25.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie E. Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président*; BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND.

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 13 février 1879.

LA PESTE DE 1879. — OSTÉOMYÉLITE ET SEPTICÉMIE.

La peste de 1879.

Le *Journal officiel* du 6 février publie une note très-nettement rédigée qui est un véritable exposé de la question.

Voici le sens de cette note.

Contre une invasion par notre frontière territoriale de l'Est, nous devons être rassurés d'une manière à peu près certaine par l'alliance sanitaire de l'Allemagne et de l'Autriche, que le fléau devrait traverser avant d'arriver jusqu'à nous, et qui prennent les plus grandes précautions pour protéger leurs propres frontières. Quant à l'invasion par nos ports de mer, et spécialement par Marseille, le gouvernement a déjà prescrit les mesures prophylactiques nécessaires.

Ces mesures suffiront-elles, ainsi que cela serait à désirer, à empêcher le fléau d'arriver jusqu'à nous? On le saura bientôt. Quand les gouvernements ont fait le nécessaire pour prévenir une calamité publique, les peuples ne peuvent plus les accuser, si le malheur arrive. Il existe en biologie et en morale des maux qui déjouent toutes les prévisions. Du reste les espérances favorables de la note de l'*Officiel* ne sont nullement irrationnelles.

En attendant les événements, examinons au point de vue médical la situation présente, et demandons-nous :

1° Quel est le fléau qui nous menace;

2° Par quelles précautions nous devons chercher à nous en garantir;

3° Si nous devons compter d'une manière absolue sur l'efficacité de ces précautions.

I. — *Le fléau est-il la peste?*

La majorité des médecins actuels ne connaît la peste que par les descriptions contenues dans les ouvrages de pathologie interne ou par des mémoires spéciaux écrits sur les épidémies antérieures. C'est donc dans ces documents qu'il faut relever la symptomatologie, encore mal connue, de la maladie d'Astrakan. Invasion irrégulière, céphalalgie, vertige, prostration extrême, abattement, stupeur, insomnie, mouvements convulsifs, délire tranquille ou furieux; petitesse, fréquence, état misérable du pouls; défaut de plasticité, altération de la couleur rouge vif naturelle du sang, pétéchies et suffusions sanguines par la peau et les muqueuses, hémorrhagies par toutes les voies; bubons lymphatiques principalement inguinaux et axillaires, anthrax, ulcères charbonneux; durée dépassant rarement huit jours, terminaison funeste fréquente en vingt-quatre heures, quelquefois sidération subite; léthalité très-grande, transmissibilité, tels sont les traits classiques de la grande peste épidémique.

Quand nous aurons les rapports authentiques des médecins russes, nous pourrons conclure. Nous pouvons dire quant à présent que, à part même les bubons, plus spécialement détaillés dans les correspondances des journaux quotidiens que dans ce qui nous est parvenu des rapports des médecins russes, la maladie d'Astrakan se rapproche beaucoup de la peste par le restant de ses symptômes, sa gravité et sa durée (1).

C'est à Vetlianka, près Astrakan, que la maladie aurait apparu le 27 novembre. Mais déjà, lors d'une visite faite dans cette localité le 18 du même mois, le docteur Deppner, médecin en chef des cosaques, y avait constaté des cas nombreux de *fièvres intermittentes et débilitantes avec enflure des*

(1) Depuis que cet article est écrit, la commission impériale sanitaire allemande a publié un rapport contenant le passage suivant : « Les renseignements que nous ont fournis les médecins militaires russes ne nous permettent guère de douter que nous avons affaire à la véritable peste indienne ou asiatique. »

(*La Rédaction.*)

FEUILLETON

Le nouveau règlement concernant la police des mœurs à Paris

Les journaux politiques se sont beaucoup occupés pendant ces dernières années de la police des mœurs. Comme toujours, on a dirigé des attaques violentes contre le système actuel; on s'est récrié contre les pouvoirs attribués à un certain nombre d'agents qui avaient, selon l'expression d'un de nos confrères de la presse extra-médicale, « le droit d'arrêter et de livrer aux horreurs d'un examen médical toutes les filles ou femmes qui se hasardaient à sortir seules à une certaine heure de la soirée. » On citait, à l'appui de cette assertion, des faits nombreux. Telle personne, connue comme très-honorable dans le monde artistique, avait été arrêtée par un agent de la police des mœurs et privée de sa liberté pendant quarante-huit heures; telle autre avait été conduite à la préfecture de police, examinée par les médecins de service, qui n'avaient pu que constater la présence d'une virginité qui constituait la meilleure preuve de l'innocence de la victime et de l'excès de pouvoir des agents de l'autorité.

De tels faits étaient certainement de nature à émouvoir l'opinion publique. Mais l'enquête, instituée à cet égard par les soins de l'autorité municipale et administrative, a démontré que les faits si pompeusement étalés par la presse étaient peu nombreux et révélaient simplement quelques abus de pouvoir regrettables, mais qu'ils n'étaient pas de nature à porter une sérieuse atteinte au système actuel de réglementation et de répression.

Nous avons déjà étudié, il y a plusieurs années (*Gazette hebdomadaire*, 15 mai 1874), les questions relatives à la réglementation de la prostitution. Nous avons vu que, en Angleterre, où le système de surveillance n'existe que depuis quelques années et dans certaines villes seulement, des ré-

ganglions lymphatiques. D'après les médecins asiatiques subordonnés à son inspection médicale, quand la maladie du 27 novembre, celle qui a été plus particulièrement rattachée la peste, parut à Vetlianka, il n'y avait plus de ces cas de fièvre intermittente à bubons observés quelques jours auparavant par Deppner; mais celui-ci voit un lien direct entre les deux invasions. Nous croyons qu'il a raison.

En ne faisant remonter l'épidémie qu'au 27 novembre on peut, d'après le rapport de Deppner, que la plupart des journaux ont reproduit, la diviser en deux périodes très-graves toutes les deux. La première, commençant le 27 novembre, a été signalée par l'invasion progressive des symptômes: céphalalgie fronto-temporale, frissons peu prolongés suivis de chaleur brûlante au visage et aux yeux, ventre tendu, foie enflé, pouls de 100 à 120 pulsations. Le quatrième jour, il survenait dans les cas favorables de la transpiration et un affaiblissement général. Mais, dans la majorité des cas, il y avait rechute au lieu d'amendement, délire, insomnie, inquiétude du corps, chaleur à 42 degrés, langue sèche, déjections fréquentes et involontaires, urines peu abondantes et rougeâtres. La mort survenait après le deuxième ou au plus tard le troisième paroxysme avec convulsions et dépérissement général des forces. La décomposition était rapide, les taches cadavériques survenaient douze heures après la mort (?). Du 17 novembre au 9 décembre, sur 100 cas il y eut 43 décès, 14 guérisons, 43 entrées en convalescence.

La deuxième période commençant le 9 décembre a présenté une acuité plus grande. L'invasion était subite, les symptômes existant dans la première période beaucoup plus accusés et augmentés de l'apathie du visage et de l'aspect sombre du regard, puis de l'apparition des taches (des pétéchies sans doute) variant du diamètre d'un pois à celui d'une pièce de dix copecks. La mort survenait dans un état de léthargie et de dissolution dynamique complète. Si nous ajoutons à ces symptômes la fréquence, bien plus marquée que dans la première période, des inflammations des glandes lymphatiques, nous nous demandons en quoi cette affection diffère de la peste.

Comme gravité elle n'a rien à envier à ses devancières. Tous les remèdes employés : toniques, fébrifuges, antizymotiques ont été inutiles. La mort frappait partout. Le docteur Kock et six médecins qui l'assistaient succombèrent. Le prêtre de la stanitza et la plupart des cosaques qui enlevaient les cadavres ou qui approchaient des malades eurent, malgré l'usage des précautions habituelles, le même sort. Les populations affolées se sont livrées aux médications les plus surprenantes. On a vu, paraît-il, des malheureux brûlés par la fièvre se plonger dans les eaux glacées du Volga et de ses affluents. Chose remarquable, Lucrèce racontait la même chose des pestiférés d'Athènes :

> . . . . . . Ad ventum et frigora semper,
> In fluvios partim gelidos ardentia morbo
> Membra dabant, nudum jacientes corpus in undas.

Quant à sa propagation, les renseignements positifs font encore défaut. On a dit là-dessus les choses les plus contradictoires. D'après certains journaux le fléau serait déjà éteint dans la province d'Astrakan. D'après d'autres, il aurait paru, à 100 kilomètres de cette ville, dans la province de Saratow. Enfin il se serait avancé jusqu'à Uyssokaio, aux portes de Moscou, après avoir totalement disparu du bassin inférieur du Volga.

Quelque nom qu'on donne à la maladie d'Astrakan, que ce soit un *typhus du genre le plus aigu*, ou une *peste particulière* ou une *maladie nouvelle* intermédiaire entre le typhus et la peste, — Deppner émet cette triple nomenclature — c'est toujours un fléau redoutable contre lequel il faut se prémunir.

II. — *Quelles précautions faut-il prendre?*

Il faut détruire le mal, ou du moins le localiser, dans son point d'invasion.

On ne s'est pas trop hâté au début d'éteindre sur place le foyer pestilentiel de Vetlianka. Les médecins n'ayant pas encore défini la maladie, le gouvernement russe était rigoureusement autorisé à attendre. Dès qu'il a été suffisamment informé, il n'a pas pris de demi-mesures. Les habitants de Vetlianka ont été dispersés et le village brûlé.

L'incendie d'une stanitza cosaque de terre et de bois peut être compensé à peu de frais. Dans beaucoup de villes, il a existé ou il existe encore certains quartiers insalubres très-encombrés, véritables repaires infectieux que l'hygiène au jour le jour, d'un entretien et d'une surveillance impossibles, est impuissante à assainir et dont la disparition a pu être ordonnée avec avantage. La purification des habitations régulières ne comporte pas des mesures aussi radicales. La dispersion des habitants, l'aération prolongée, les désinfections locales, le grattage des murs, leur flambage, s'il le fallait, comme on le fait dans des cas analogues à bord des constructions navales semblent suffisants. Ce n'est que pour le mobi-

---

sultats remarquables ont été obtenus. En effet, dans les villes de garnison du Royaume-Uni, où les prostituées sont soumises à des visites médicales régulières et obligatoires, on a constaté que le nombre des soldats syphilitiques avait diminué de près d'un tiers. Ce sont là des faits contre lesquels les récriminations de la presse et les agissements de l'Association des dames anglaises, *for the repeal of the contagious diseases act*, seront toujours impuissants.

Mais revenons à la France. Nous avons l'intention de faire connaître à nos lecteurs un document qui, quoique publié par quelques journaux politiques, n'a pas encore été l'objet des commentaires et des critiques de la presse. Nous voulons parler du règlement concernant la police des mœurs, qui vient d'être l'objet de modifications que nous considérons comme une sorte de satisfaction donnée à l'opinion publique.

La première partie du règlement est relative à la prostitution clandestine, cette lèpre de notre société actuelle. Il contient les instructions qui doivent guider les agents dans les perquisitions et visites dans les maisons particulières, dans les hôtels garnis et dans les débits de boissons. Quoique cette partie n'ait rien de strictement médical, nous croyons devoir le reproduire presque entièrement :

« Les inspecteurs du service actif des mœurs, à qui une maison particulière ou un hôtel garni aura été signalé comme lieu clandestin de prostitution, en informeront immédiatement leur officier de paix, qui adressera un rapport au chef de la police municipale.

» Le chef de la police municipale fera procéder à une information précise et scrupuleuse dont il sera rendu compte au préfet de police par le chef de la 1re division, qui lui proposera, s'il y a lieu, de décerner un mandat de perquisition.

» Ce mandat, délivré en vertu de l'article 10 de la loi du 22 juillet 1791 et exécutoire à toute heure de jour et de nuit, dans le cas de notoriété, sera ensuite transmis au chef de la police municipale avec une note contenant les indications

lier, spécialement pour les objets en bois et pour les étoffes d'habillement, d'ameublement et de literie que la destruction par le feu pourrait être de mise si l'on pensait que des lavages avec les liquides antiseptiques fussent inefficaces ou dangereux pour ceux qui les pratiqueraient. Avant tout, en effet, l'hygiène est la salubrité dans toutes les épidémies, principalement en temps de peste ; non que les conditions les plus insalubres soient suffisantes, dans nos climats du moins, pour produire la peste sans importation du dehors, mais parce qu'elles constituent pour elle une fumure fertilisante où cette pourriture dangereuse se développe avec plus de facilité.

La dispersion des habitants, qui semble indiquée pour diminuer l'activité des foyers d'infection, n'implique pas leur admission immédiate en libre pratique; car si un sujet n'était pas complétement guéri au moment où il sortirait du centre pestilentiel, il pourrait importer ailleurs le mal qui ne l'a pas encore quitté. On n'aurait pas à sa disposition dans tous les pays d'Europe les vastes steppes de la mer Caspienne pour y disséminer les individus suspects et les y laisser en paix purger leur quarantaine. Mais il vaudrait mieux n'autoriser la dispersion qu'après la certitude de la guérison ou de l'immunité des habitants. La rigoureuse logique exige que tout ce qui a été en rapport avec les pestiférés, êtres vivants ou corps inanimés, soit purifié et désinfecté avant d'être rendu à la vie commune. Les médecins eux-mêmes ne devraient-ils pas subir les conséquences les plus pénibles de leur dévouement, et n'a-t-on pas proposé en Allemagne d'interdire provisoirement l'exercice de l'art obstétrical aux accoucheurs qui soignent en ville ou à l'hôpital des cas de fièvre puerpérale ?

On trouve dans l'histoire de la peste des faits prophylactiques de cet ordre. Les Montpelliérains, qui vont en été se divertir ou prendre les bains de mer au grau de Palavas, ne se doutent pas que, il y a cent cinquante-huit ans, et dans la même saison, Deidier, revenant de la peste de Marseille, après une pénible traversée de trois jours sur une mauvaise barque de la Ciotat, pour un trajet qui, en temps ordinaire, n'exige pas vingt-quatre heures, dut y subir une quarantaine des plus sévères, obligé de se tremper dans la mer et d'abandonner ses habits aux matelots pour en prendre d'autres qu'on lui avait apportés de Montpellier; gardé à vue, lui et sa suite, par des soldats le mousquet chargé, campé sous des tentes de toile et dans des cabanes de paille, sur un sable brûlant le jour, humide la nuit, et n'obtenant pour toute faveur que de pouvoir faire passer aux agents sanitaires, envoyés de Montpellier et de Cette pour le surveiller de loin, quelques papiers préalablement bien trempés dans du vinaigre (1).

La quarantaine pour les provenances maritimes ne soulève plus aujourd'hui de difficultés; tout le monde est d'accord là-dessus. Il n'en a pas été de même jusqu'en ces derniers temps pour les quarantaines terrestres. Par un vice de raisonnement bien singulier, dont l'épidémie cholérique de 1865 a malheureusement fourni un exemple nouveau, tandis qu'on était justement sévère pour repousser et éloigner de nos ports les navires suspects, on laissait librement circuler en chemin de fer et sur les autres voies les voyageurs, malades ou non, allant de Marseille à Lyon et à Paris. Sans doute, l'isolement sanitaire, même peu prolongé, d'un grand centre commercial, tel que Marseille, constitue un événement des plus graves pour l'expédition des affaires, pour l'assiette de la fortune publique, pour les relations nationales et internationales, sans parler des dommages d'un ordre plus élevé que les affections morales, les sentiments de la famille et les épanchements du cœur peuvent en ressentir. Mais le salut du peuple est la suprême loi. Si les hommes compétents, après l'examen entier, impartial et scientifique de la question, estiment qu'il y a lieu de prescrire une mesure de ce genre, on la prescrira et on reviendra aux cordons sanitaires, dont on se moquait tant en 1822. L'Allemagne et l'Autriche massent dans ce but sur leur frontière orientale des forces militaires qui sont de véritables armées. Les dimanches et jours fériés, les actes judiciaires vaquent. Nous voudrions qu'en temps d'épidémie il y eût suspension facultative de toutes les conséquences des actes commerciaux. Au moyen âge, on établissait des *trêves de Dieu*. Si la peste nous visite, établissons la trêve d'affaires. Vivons d'abord, nous serons commerçants ensuite.

III. — *L'efficacité des mesures prophylactiques est-elle absolue?*

Venel, dans l'article Contagion de la grande encyclopédie du siècle dernier, distingue très-bien les virus *fixes* de la rage, de la gale et de la vérole — encore peut-on se demander si, aux quinzième et seizième siècles, celui-ci n'était pas aussi volatil — des miasmes pestilentiels, qui se répandent assez loin, de la *peste*, de la petite vérole, de la dysentérie, etc., semblables à ces grains de pollen des pal-

(1) Extrait d'une curieuse lettre adressée par Deidier à Montresse, agrégé de l'Université de Valence, et reproduite dans le *Traité de la contagion* de C. Anglada (t. II, p. 78. Paris, 1853. J.-B. Baillière et fils).

---

propres à en faciliter l'exécution. Les inspecteurs chargés de l'opération se rendront chez le commissaire de police du quartier pour l'avertir de leur mission, afin qu'il soit prêt au moment où son intervention sera réclamée.

» L'autorisation de loger en garni, accordée aux filles publiques qui, en raison de leur âge ou de leurs infirmités, ne peuvent se placer en maison de tolérance, et n'ont pas d'ailleurs le moyen de loger dans leurs meubles, n'a d'autre but que de leur assurer un asile et ne peut les soustraire aux conséquences de la contravention qu'elles commettraient en se livrant à la prostitution dans le garni qu'elles habitent.

» Il y aurait lieu, dès lors, d'arrêter ces filles si, par suite de visites opérées en vertu de mandat, elles étaient trouvées avec des hommes qu'elles auraient provoqués, fait qui constituerait d'ailleurs à la charge des logeurs la contravention à l'article 5 de l'ordonnance du 6 novembre 1778; mais il n'en devrait pas être de même à l'égard des filles trouvées avec des hommes dont elles partageraient le logement, à titre de concubines, circonstance qu'il serait facile d'établir par le relevé du registre de police.

» Quant aux cabarets ou autres débits de boissons dans lesquels on favorise notoirement la prostitution clandestine, les commissaires de police peuvent y pénétrer sans mandat jusqu'à l'heure de la fermeture et même plus tard, si ces établissements restent ouverts contrairement aux ordonnances de police. Ils pourront visiter les locaux réservés au public, afin de constater, au besoin, les infractions à l'article 14 de l'ordonnance du 8 novembre 1780.

» Les inspecteurs qui, dans le cours de leur surveillance, remarqueraient des faits constituant ces infractions devraient en avertir le commissaire de police du quartier. »

Nous appelons surtout l'attention de nos lecteurs sur les instructions relatives aux *filles insoumises*. C'est surtout à propos de celles-ci que s'élèvent des conflits entre les agents et le public, celui-ci étant toujours disposé à prendre le parti des filles, même lorsqu'elles se révoltent ouvertement :

miers de Brinde, qui allaient, portés par les vents à trente milles au sud, féconder les palmiers femelles d'Otrante, et dont Jovien Pontanus a décrit en vers élégants le curieux voyage :

Brundusii late longis viret ardua terris
Arbor.....

Nous ne pouvons pas affirmer que les miasmes pestilentiels ne sont pas halitueux. A quoi bon alors, dira-t-on, la quarantaine et les cordons sanitaires? L'argument n'est pas irréfutable. L'état fixe du virus est certain, indépendamment de la probabilité halitueuse. Si nous le détruisons sur place, ce virus, si nous le neutralisons, il est évident qu'il ne pourra plus dégager d'halitus miasmatique. Si nous ne pouvons que le localiser, comme il n'est pas permis d'affirmer que sa puissance d'expansion par l'air soit sans limite, nous aurons du moins obtenu le résultat d'éloigner son foyer des localités que ses rayons pourraient atteindre, et de diminuer, par la longueur même de leur trajet, l'intensité pestifère de ceux-ci. Une effluve pourra passer, sans doute; bien plus, des personnes astreintes aux règlements sanitaires pourront peut-être les éluder et s'y soustraire. Mais on aura fait le possible. On aura éteint, atténué, éloigné les foyers funestes. Que veut-on de plus? Malgré la sévérité des lois et la rigueur de la surveillance, on n'a pu encore faire disparaître les contrebandiers. Est-ce une raison pour supprimer les douaniers et les employés de la régie?

Donc, gardons-nous de la peste par tous les moyens en notre pouvoir. De quelques précautions qu'on use, on n'en saurait jamais trop prendre.

A. Espagne.

Ostéomyélite et septicémie.

La suite de la discussion sur l'ostéomyélite n'étant pas venue dans l'avant-dernière séance, retardée par les préoccupations douloureuses de l'orateur attendu, nous avons pris les devants dans notre dernier numéro et avons achevé d'exprimer notre avis sur le grave sujet qui occupe l'Académie. Nous nous en félicitons et nous le regrettons tout ensemble. Ce nous est une grande satisfaction de nous rencontrer avec un chirurgien aussi habile que M. Trélat sur le rôle de la moelle endostale, périostale ou médiostale dans l'ostéite, aussi bien que sur plusieurs questions soulevées dans le récent discours de M. Colin; mais nous aurions eu profit à nous inspirer, sur ces divers points, de la remarquable argumentation du professeur de pathologie externe.

Le débat continuera sans doute; nous verrons alors ce qu'il nous commandera d'ajouter à nos appréciations antérieures.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Le traitement du daltonisme congénital par l'exercice, chez l'enfant et chez l'adulte, par A. Favre.

(Fin. — Voyez numéro 6.)

II

Des exercices, des examens périodiques, ont été institués dans un grand nombre d'écoles. Le plus souvent la notion exacte des couleurs a été donnée en peu de temps à tous les élèves; quelques-uns seulement ont réclamé des soins particuliers et ont pu montrer par la suite que leur sens chromatique fonctionnait bien : des récidives ont été signalées et combattues avec succès, de telle sorte que les instituteurs ont pu régler en quelques mois cette question, traiter les rechutes et guérir les plus malades définitivement (Mémoire présenté à l'Académie des sciences en janvier 1876).

Obs. II. — Mais les semaines et les mois ne suffisent pas toujours pour guérir un enfant daltonien. Nous avons suivi, avenue de Saxe, 100, avec M. Brachet, instituteur, l'observation d'un petit garçon de six ans et demi, nommé Al..., affecté du daltonisme le plus grave; nous nous sommes servis pour l'examiner de l'échelle de Crétès et pour l'exercer d'écheveaux de laine, de morceaux d'étoffes de soie et d'autres objets colorés.

Je rapporte l'observation notée par M. Brachet :

« Le 5 décembre 1875, il dit le rouge *jaune*, le jaune *violet*, le bleu *vert*, le vert *vert*.

Le 6, il dit le rouge *bleu*, le violet *blanc*, le jaune *bleu* puis *vert;* il dénomme le *bleu* et le *vert*.

Le 7, il dit le rouge *bleu*, le violet *rouge*, le jaune *bleu*, le bleu *vert;* il dénomme le *vert*.

Le 10, il dit le rouge *jaune*, le bleu *vert;* il dénomme le *vert*, le *violet* et le *jaune*.

Le 26, je dénomme moi-même les couleurs, et les lui faisant immédiatement répéter, il dit le rouge *jaune*, le jaune *rouge;* il dénomme le *bleu*, le *violet* et le *vert*.

Le 7 janvier 1876, je lui ai nommé les couleurs deux fois sans le questionner.

Le 8, il dit le rouge *jaune;* il dénomme le *bleu*, le *jaune* et le *vert*. Il n'a pas connu le *violet*.

« Les inspecteurs doivent agir avec la plus grande circonspection à l'égard des filles insoumises qu'ils rencontrent sur la voie publique, et ne les arrêter qu'à la suite d'une surveillance et après la constatation de faits précis et multipliés de provocation à la débauche.

» Il y aura lieu de procéder à l'arrestation d'une fille insoumise dans un lieu public notoirement ouvert à la prostitution, lorsqu'il y aura trace de flagrant délit ou aveu de la part de la fille ou de l'homme trouvé avec elle, que cette fille a provoqué à un acte de débauche.

» Dans quelques circonstances qu'elles aient été arrêtées, les filles insoumises seront conduites, dans le plus bref délai, au bureau du commissaire de police du quartier où l'arrestation aura eu lieu, conformément aux prescriptions de la circulaire du 24 mars 1837, pour y être interrogées sans retard.

» Les inspecteurs observeront toujours, vis-à-vis de ces femmes, les convenances que commande la dignité de l'administration, sauf à faire constater juridiquement les outrages ou les voies de fait dont ils auraient été l'objet de leur part. Ils s'abstiendront, de la manière la plus absolue, de tout moyen de provocation.

» Les inspecteurs qui mettront une fille insoumise à la disposition d'un commissaire de police déposeront entre les mains de ce fonctionnaire, à moins qu'il ne reçoive leur déclaration circonstanciée, un rapport détaillé énonçant les faits imputés à cette fille.

» Les inspecteurs qui auront mis une fille insoumise à la disposition d'un commissaire de police ou qui auront assisté un commissaire de police dans l'arrestation d'une fille insoumise, en vertu d'un mandat, dans un lieu public, vérifieront immédiatement si cette fille est réellement domiciliée à l'adresse qu'elle aura indiquée, et si elle est connue des personnes chez lesquelles elle aura déclaré avoir servi ou travaillé.

» Ils prendront avec soin des renseignements sur sa con-

Le 12, je dénomme les couleurs sans le questionner.

Le 18, il dit le violet *jaune*, le jaune *vert;* il dénomme le *vert*, le *bleu* et le *rouge*.

Le 21, il dit le rouge *jaune*, le violet *bleu*, le bleu *rouge*, le jaune *violet ;* il dénomme le *vert*.

Le 24, il dit le bleu *jaune*, le violet *bleu*, le jaune *violet*, le rouge *jaune;* il dénomme le *vert*.

Le 25, il dit le bleu *rouge*, le jaune *bleu*, le violet *rouge*, le rouge *violet;* il dénomme le *vert*.

Le 5 février, il dit le violet *bleu*, le bleu *rouge;* il dénomme le *jaune*, le *rouge* et le *vert*.

Le 8, il dit le rouge *jaune*, le jaune *bleu*, le bleu *rouge*, le violet *vert ;* il dénomme le *vert*.

Après cet examen j'étale les couleurs sous ses yeux, et le questionnant, il indique sans se tromper le *rouge*, le *bleu*, le *vert*, le *violet* et le *jaune*.

Le 9, les couleurs réunies, je demande où est le *rouge*, il l'indique; le *vert*, il l'indique; le *violet*, il l'indique; le *bleu*, il l'indique; le jaune, il montre le *bleu*.

Le 14, il dénomme les cinq couleurs sans se tromper.

Le 16, même résultat qu'à l'examen du jour précédent.

Le 18, il dit le violet *vert*, le rouge *jaune*, le jaune *rouge ;* il dénomme le *bleu* et le *vert*.

Le 25, il dit le rouge *jaune*, le violet *bleu*.

Le 26, il dit le bleu *violet*, et il dénomme les autres couleurs.

Le 29, il dit encore le bleu *violet*; il dénomme les autres couleurs.

Le 3 mars, il dit le rouge *jaune*, le jaune *rouge ;* il dénomme les autres couleurs.

Le 6, il dit le rouge *jaune ;* il dénomme les autres couleurs.

Le 10, il dit le bleu *rouge ;* il dénomme les autres couleurs.

Le 11, il dénomme les cinq couleurs.

Le 13, il dit le bleu *jaune*, le jaune *rouge*, le rouge *jaune;* il ne dénomme que le *vert* et le *violet*.

Le 18, il dit le rouge *jaune*, le jaune *rouge ;* il dénomme les autres couleurs.

Le 24, il dit le rouge *jaune*, le jaune *rouge;* il dénomme les autres couleurs.

Le 25, il n'a pas confondu le *jaune* avec le *rouge*, et il a dénommé les autres couleurs.

Le 27, il les a toutes dénommées.

Le 28, toutes dénommées.

Le 31, il dit le jaune *rouge;* il dénomme les autres couleurs.

Le 5 avril, il les a toutes dénommées.

Le 8, il dit le rouge *jaune*, il hésite sur le *bleu*, mais il le dénomme.

Le 11, il dit le bleu *jaune*.

Le 12, il dit le rouge *jaune*, le bleu *jaune;* il dénomme les autres couleurs.

Lyon, le 18 avril 1876.

BRACHET. »

Le 18 mai, 1876, M. Brachet amène Al... à mon cabinet de la gare de Perrache, nous l'interrogeons sur un grand nombre d'objets colorés : spectre solaire, lanternes réglementaires, échantillons d'étoffes de soie, de coton, de laine, rubans de Saint-Etienne, papiers colorés; le plus souvent il fait des réponses fausses portant sur toutes les couleurs, même sur le *vert*, qu'il avait dès le début des exercices reconnu facilement.

Les résultats des examens et des exercices pendant les mois suivants sont :

Le 20 juin 1876, il dit le violet *vert*, le rouge *vert*.

Le 21, il dit le rouge *jaune*, le jaune *rouge*.

Le 23, il dit le rouge *jaune*, le jaune *rouge*.

Le 24, il dit le rouge *jaune*.

Le 25, il dit le violet *vert*, le bleu *violet*.

Le 28, il dit le rouge *jaune*.

Le 3 juillet, il dit le rouge *jaune*.

Le 5, il dit le jaune *rouge*.

Le 10, il dit le violet *bleu*.

Le 12, il dit le bleu *violet*.

Le 14, il dit le bleu *violet*.

Le 19, très-bien.

Le 29, très-bien.

Le 2 août, très-bien.

Après les vacances, le 13 novembre 1876, il dénomme le *vert*, le *violet* et le *rouge* seulement.

Le 20, il dit le rouge *jaune*, le violet *vert*, le bleu *violet;* il dénomme le *jaune*.

Le 23, il dit le jaune *bleu*, le rouge *bleu*.

Le 26, il se trompe sur toutes les couleurs.

Le 27, il dénomme le *rouge* seulement.

Le 9 janvier 1877, bien.

Le 10, bien.

Le 13, très-bien.

Le 19, il dit le bleu *vert*.

Le 24, il dit le rouge *jaune*.

Le 30, il dit le bleu *vert*, le rouge *jaune*.

Le 27 février, il hésite sur le *rouge*.

Le 14 mars, très-bien.

Le 20, très-bien.

A cette date M. Brachet note Al... comme *guéri*.

A plusieurs reprises il l'examine et il reconnaît que la guérison se maintient. En janvier 1878, M. Brachet me fait parvenir une note dans laquelle il atteste qu'ayant pu voir de loin en loin Al..., il a constaté la persistance de la guérison, soit que l'examen ait été direct par interrogation, soit que, les objets colorés ayant été mêlés sur une table, l'enfant ait dû les assortir.

Enfin, le 17 février 1878, M. le professeur Dor et moi nous examinons Al... en présence de M. Brachet, à mon cabinet de la gare de Perrache, où nous avons rassemblé tous les moyens de diagnostic dont nous disposons.

Je rapporte d'après *Lyon médical* (t. XXVII, n^os des 14 et 15 avril 1878) le résultat de cet examen :

Al..., huit ans, première épreuve, Holmgren. — *Echeveau de laine verte*, il prend bien tous les *verts*, mais il ajoute des *gris fer*, *bleus* et *violets* très-clairs et *bois*.

2e Epreuve. — *Pourpre*, très-bien.

3e Epreuve. — *Rouge*, il prend tous les *rouges*, mais il ajoute quelques *pourpres* et des *bruns rouges*.

Epreuve Donders avec verres. — Il voit bien à 5 mètres le verre *vert* de 1 millimètre, la bougie étant à 50 centimètres. — Il voit bien le verre *rouge* de 1 millimètre, la bougie à 125 centimètres.

---

duite et ses moyens d'existence, et en rendront compte par un rapport spécial au chef de la police municipale, qui transmettra ce rapport au chef de la 1re division.

» Les inspecteurs ne perdront jamais de vue que l'objet des perquisitions et visites faites, en vertu de mandats, est la recherche des femmes ou filles qui se livrent à la prostitution publique, et non de celles qui n'ont à se reprocher qu'un fait de débauche privée, lequel, pour être répréhensible, ne doit pas cependant exposer celle qui s'en rend coupable aux conséquences qui ne doivent atteindre que les vraies prostituées.

» Ainsi, de ce qu'une femme est trouvée dans une maison garnie ou dans un lieu public, en état flagrant de débauche, il ne résulte pas contre cette femme imputation suffisante de prostitution, si elle est en relations habituelles avec l'homme qu'elle accompagne, et s'il n'est articulé aucun fait de provocation à la débauche moyennant argent.

» Il est expressément recommandé, lorsque des femmes sont trouvées couchées seules, même dans des maisons malfamées, de ne point procéder à leur arrestation, à moins que les circonstances ne donnent au commissaire de police la conviction que ces filles viennent de se livrer à un acte de prostitution.

» Les commissaires de police devront examiner avec soin et dans le plus bref délai les circonstances qui ont donné lieu à l'arrestation des filles insoumises; ils décideront, après avoir entendu la personne arrêtée, si l'arrestation doit être maintenue. Dans le cas où ils jugeraient utile de procéder d'urgence à certaines vérifications, ils pourront y pourvoir en faisant adresser un télégramme au chef de la police municipale par le poste de l'officier de paix de l'arrondissement.

» Ils dresseront procès-verbal de l'interrogatoire auquel ils auront soumis les personnes arrêtées.

» Il leur est expressément interdit de se servir pour cet interrogatoire de formules imprimées. »

Epreuve Dor à 5 mètres. — Il nomme très-bien le *jaune*, l'*orangé*, le *rouge* le grenat, *bleu* le vert et ne voit pas du tout le *violet*.
A 4 mètres, il voit le *violet* VC = 4/5.
A 3 mètres, il voit le *vert* VC = 3/5.

Al... était, il est impossible d'émettre un doute à cet égard, très-gravement affecté de daltonisme. C'est là un cas très-rare d'achromatopsie complète, tel que nous n'en avons pas rencontré de pareil dans les écoles. Le succès obtenu par M. Brachet est de toute évidence, et cette guérison presque complète, acquise grâce à des soins très-assidus, nous fait espérer que le daltonisme traité chez les enfants cédera, sauf exceptions très-rares et imprévues, à l'exercice méthodique.

III

Un grand nombre de jeunes gens et d'adultes légèrement affectés ont facilement et définitivement appris les couleurs par les mêmes moyens; il s'agit de montrer des daltoniens réputés incurables et de les guérir par l'exercice. Un des malades du docteur Bianchi et Le Guennec me paraissent être dans les conditions réclamées. J'ai cité dix-neuf agents du chemin de fer qui, par les soins de M. Git et les miens, ont été, dans l'espace de trois mois, corrigés de leur daltonisme par l'exercice; mais l'on veut absolument classer la fausse appréciation des couleurs parmi les maladies incurables, et si nous guérissons un daltonien, l'on nous assure que ce n'était pas un vrai daltonien. Pour sortir d'un tel cercle vicieux, nous devons dire : « Si c'est difficile, c'est fait; si c'est impossible, cela se fera! »

Eh bien, nous avons fait l'impossible! Le daltonisme doit être traité de bonne heure, dans la famille, dans les écoles, dans les régiments, dans les ateliers; mais, afin de répondre à toutes les objections et de constituer une preuve irrécusable, j'ai mis en traitement un homme de trente ans, l'un des plus gravement affectés que j'aie rencontrés depuis 1855.

Obs. III. — H... (Jean), trente ans, excellente constitution, très-bonne santé, né près de Colmar, sabotier, habite Romans. Il ne sait pas si sa mère ou son père étaient ou non daltoniens; il n'a pas conservé le souvenir précis de l'état de sa vue pendant son enfance; il dit avoir éprouvé, pour trouver les fraises mûres, plus de difficultés que les autres enfants. A cette époque, lorsqu'il entendait parler d'objets colorés, il n'en faisait pas cas, ne saisissant pas les différences que les expressions de ses camarades paraissaient indiquer. Il ne demandait jamais d'explication. Ainsi que nous l'avons constaté des centaines de fois chez les daltoniens, H... s'est de très-bonne heure *désintéressé* des couleurs.

Pendant la période de six à quinze ans, il a suivi l'école l'hiver seulement, d'octobre à mai; il n'a pas éprouvé de désagrément de l'état de sa vue, et il a continué à ne porter *aucune attention aux couleurs et à ne demander jamais aucune explication à personne; il avait toujours soin de ne jamais se prononcer sur les objets colorés.*

Il a été militaire; il a été libéré à Montélimar, a opté pour la France, et s'est fixé, il y a quatre ans, à Romans, où il s'est marié. Sa femme ne s'est pas aperçue du défaut de sa vue, et elle a été très-surprise lorsque H... s'étant présenté, le 6 décembre 1876, pour être examiné corporellement, il a été renvoyé à deux semaines pour un deuxième examen.

A la visite faite le 6 décembre, il fait des erreurs constantes sur toutes les couleurs, sauf sur le *jaune*. Le *rouge*, le *vert*, le *bleu* et le *violet*, représentés par des échantillons types, tels que les cartons de Crétès, les laines colorées graduées, la soie, les signaux réglementaires, sont l'objet de sa part de réponses toujours inexactes.

L'examen prolongé que je fais de ce candidat démontre d'une manière très-claire qu'il ne distingue aucune couleur, sauf le *jaune*, et même sur cette dernière couleur lui arrive-t-il d'hésiter.

De retour à Romans le même jour 6 décembre, il fait part de son échec à sa femme, qui, tout à fait surprise, l'interroge immédiatement et reconnaît pour la première fois les erreurs, la confusion totale que nous avons constatées. Elle lui fait la leçon séance tenante, et pendant trois jours consécutifs elle fait les plus grands efforts pour corriger ce défaut. Sa persévérance est couronnée d'un certain succès, et le 8 elle croit avoir mis H... à même de répondre convenablement aux questions sur les couleurs.

Le 9 décembre, notre malade se présente; il distingue très-bien les drapeaux. A 40 centimètres il indique d'une manière correcte les couleurs des cartons types de Crétès, représentant le *violet*, le *bleu*, le *vert*, le *jaune* et le *rouge*. A 3 mètres il se trompe sur les mêmes types, et dans la chambre noire il ne reconnaît pas du tout les lanternes réglementaires. Il confond absolument la lanterne *rouge* avec la lanterne *verte*.

A distance, sous la gare, il se trompe constamment sur la désignation des objets colorés, tels que les lettres et les numéros des wagons, les disques de signal, et tous les objets colorés sur lesquels on l'interroge.

Il eût été renvoyé définitivement, si le chef du service dans lequel il devait entrer ne m'eût pas fait savoir qu'il le destinait au travail intérieur d'une gare. Il est donc admis conditionnellement, et il reçoit l'ordre de se présenter fréquemment à ma visite.

Malgré l'ordre qu'il a reçu, les déplacements étant nuisibles à la régularité du service, il ne se présente que très-rarement. Il est exercé chaque fois. Il subit les épreuves, quelquefois assez bien, le plus souvent mal, jamais sans faute, si ce n'est sur les objets d'un volume assez considérable, tels que des écheveaux de laine, les cartons de Crétès à une distance de 30 à 50 centimètres. Il ne distingue pas les lanternes dans la chambre noire. A distance, ses réponses sont presque toujours erronées. Jamais il ne subit sans émotion les épreuves auxquelles il est soumis. L'épreuve de Daae lui fatigue la vue. L'on peut cependant constater les effets favorables de cette éducation tardive du sens chromatique, mais les progrès sont très-lents; il n'est pas facile, en effet, d'acquérir en quelques mois, quand on est très-mal doué, des notions que la plupart des personnes ne possèdent au minimum qu'après une assez longue série d'années.

Le 17 *février* 1878, je le fais regarder à travers les verres colorés réglementaires du chemin de fer.

Premier verre, rouge : *vert*. — Premier verre, vert : *violet*. — Deuxième verre, vert : *vert*. — Deuxième verre, rouge : *rouge*. — Troisième verre, vert : *vert*. — Premier verre, jaune : *rouge*. —

La deuxième partie est consacrée à la prostitution tolérée et comprend les mesures à prendre pour la surveillance des filles inscrites, qu'elles soient enfermées dans une maison de tolérance, ou qu'elles exercent librement et sous le contrôle de la police.

« Les inspecteurs doivent exercer une surveillance journalière sur les maisons de tolérance, à l'effet de s'assurer qu'il ne s'y passe rien de contraire à la tranquillité publique et au bon ordre, et que les maîtresses de maison se conforment rigoureusement aux conditions particulières qui leur sont imposées, ainsi qu'aux obligations d'ordre général, notoirement en ce qui concerne la mise et le nombre des filles qui peuvent circuler et les heures de sortie et de rentrée.

» Quant aux entrées et aux sorties qui ont lieu furtivement après l'heure de fermeture, elles ne constitueraient une contravention punissable qu'autant qu'il en résulterait un bruit de nature à troubler le repos public.

» Les inspecteurs rendront compte, sans retard, par un rapport spécial, de tout fait grave ou extraordinaire qui se passerait dans ces maisons, et rappelleront sans cesse aux maîtresses qu'elles doivent en donner immédiatement avis au commissaire de police de leur quartier, quand elles ne pourront en informer, en temps opportun, le bureau administratif ou l'officier de paix de l'attribution des mœurs.

» Ils veilleront à la rigoureuse observation de la défense faite aux maîtresses de maison de recevoir des élèves des lycées ou écoles civiles ou militaires en uniforme, ou des jeunes gens au-dessous de l'âge de dix-huit ans, et signaleront les infractions commises.

» *Filles inscrites*. — Les inspecteurs veilleront constamment à l'exécution de toutes les dispositions de l'arrêté du 1er septembre 1842.

» Ils exigeront des filles isolées, soit dans les visites des garnis ou autres lieux, soit dans le cours de leur surveillance sur la voie publique, la représentation de leur carte, afin de s'assurer de leur exactitude à la visite, et de rechercher les

Premier verre, violet : *vert*. — Quatrième verre, vert : *vert*. — Troisième verre, rouge : *rouge*.—Deuxième verre, jaune : *rouge*. — Premier verre, bleu : *bleu*.

« *Epreuve de Holmgren* (voy. *Lyon médical*, Dor et Favre, août 1878).— *Première épreuve : laine verte*. Il laisse de côté quelques *verts* et mêle quelques *roses gris* et *bois clair*.

» *Deuxième épreuve : laine pourpre*. Très-bien, sans faute.

» *Troisième épreuve : laine rouge*. Bien, mais il mêle un *orangé*.

» *Epreuve Donders*. — *Verre rouge*. Il le dit *vert* depuis 1 à 4 millimètres de diamètre, puis *rouge* au-dessus. V. C. = 1/5 pour le *rouge*.

» *Verre vert*. Il le dit *bleu* jusqu'à 3 millimètres, *violet* à 4 et 5, *vert* depuis 6. VC. = 1/6 pour le *vert*.

» *Verre jaune*. Il le dit *rouge* jusqu'à 15 millimètres, puis jaune = 1/15.

» *Verre bleu*. Il le dit *violet* jusqu'à 13 millimètres, bleu = 1/13.

» *Echelle Dor*. — A 5 mètres, il indique bien le *rouge* = 5/5. A 4 mètres, il indique bien le *bleu* = 4/5. »

Le 7 mai 1878. — *Epreuve de Holmgren*. — *Laine verte*. Hésitation; il prend presque tous les *verts*; il ajoute un *marron clair*. —*Laine pourpre*. Très-bien, sans faute et sans hésitation. — *Laine rouge*. Très-bien, sans hésitation et sans faute.

Epreuve de Daae (planche de la première édition). — Hésitation, mais très-bien jusqu'à la dixième ligne, qu'il dit être régulière. Cette planche éblouit H...; il éprouve quelque peine à la regarder.

Echelle de Crêtès. — Très-bien, sauf qu'il hésite sur le gris et qu'il le dit *vert*, puis *gris*.

Echelle de Stilling à 4 mètres. — Très-bien, sans erreur et sans hésitation.

Planche XX de Snellen. — Très-bien.

Planche des pavillons de la Confédération suisse. — Très-bien.

Me servant des écheveaux de laine de l'épreuve de *Holmgren*, je lui dis de rassembler tous les *rouges*, il les réunit tous. — Les *violets?* il laisse un *violet clair* et il ajoute un *bleu clair*. — Les *bleus?* il les réunit tous. — Les *jaunes* et les *orangés?* Très-bien. — Les *gris?* Très-mauvaise épreuve; il prend des *verts* et des *marrons clairs* et un seul *gris de fer*. — Les *marrons?* il les prend tous, sauf un, et il ajoute un *vert* et un *gris*.

Je mêle ensemble les *verts*, les *gris* et les *marrons*, et je lui dis de les assortir. Il mêle aux *verts* un *gris*, puis il se ravise et il le reprend pour le placer avec les *gris*; il choisit bien les *marrons*.

Je lui dis de séparer les *verts foncés* des *verts clairs*, il le fait très-bien.

J'engage H... à se faire exercer par sa femme, et je lui remets les objets nécessaires à ces répétitions.

Il vient me voir quelquefois le soir. Il ne commet plus d'erreur sur les différentes espèces de *rouge*, même les *rouges* très-clairs, jamais sur les *jaunes* et les *orangés*; mais il hésite quelquefois entre les *verts clairs*, les *gris clairs* et les *marrons clairs*. Il confond quelquefois les *bleus clairs* avec les *violets clairs*. Il distingue très-bien de jour et de nuit les couleurs franches, et je trouve dans la marche de son éducation une grande analogie avec ce que M. Brachet et moi nous avons noté chez l'enfant Al..., et, selon toute apparence, obtiendrons-nous chez H..., mais avec beaucoup plus de peine, un égal succès.

Je pourrais citer l'observation de beaucoup de malades moins gravement affectés et chez lesquels le traitement par l'exercice a donné de très-beaux résultats. Je dois ajouter que les améliorations et les guérisons obtenues chez les daltoniens doivent être constatées avec le plus grand soin, et je pense qu'il est prudent de ne pas s'en rapporter aux données fournies par un seul procédé. L'on doit être toujours en garde contre les rechutes.

IV

La très-ingénieuse théorie de Thomas Young, adoptée par Helmholtz, ne permet pas d'admettre la guérison et les modifications de la vue chez les daltoniens. Elle a produit les résultats les plus malheureux, et sous son couvert l'on a propagé sans un examen approfondi l'erreur qui consiste à classer le daltonisme parmi les maladies incurables. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette théorie séduisante; mais il faut, à propos de Thomas Young en tant que maître de l'opinion scientifique, dire avec le poëte :

« Quidquid delirant reges plectuntur Achivi. »

En s'appuyant sur quelques faits, et surtout sur la théorie des trois couleurs, l'on a dit : L'on naît daltonien, l'on meurt daltonien, et l'on a créé les termes absolument impropres de *cécité pour les couleurs*, *aveugle pour les couleurs*. Ces termes indiqueraient le fait de ne point connaître les trois couleurs fondamentales, rouge, vert et violet, soit une ou deux d'entre elles. En revanche, le *voyant normal* qui connaîtrait ces trois couleurs n'aurait plus rien à désirer. Il fallait, pour répondre aux calculs de cette théorie exclusive et réputée infaillible, un procédé exclusif et infaillible... Tel est le procédé de Holmgren, qualifié par l'auteur lui-même en ces termes : « la meilleure méthode de toutes celles qui soient connues aujourd'hui. »

Cette méthode vaut celle du médecin auriste qui s'extasierait devant un procédé capable de révéler à coup sûr tous les cas de cophose!...

Les résultats qu'elle fournit pourraient être comparés à ceux que donnait la classification dichotomique adoptée par mon ami X..., médecin et professeur très-distingué, quand il avait, dans sa jeunesse, divisé tous les hommes en deux catégories : les grands hommes et les crétins!... *Natura non facit saltus*, a dit Linnée en latin de botaniste!...

La théorie de Thomas Young n'a pas sa raison d'être, elle a fait beaucoup de mal; mais le procédé de Holmgren, qui dérive de cette théorie, peut être employé *quand on est pressé*; il permet de reconnaître rapidement les cas graves de daltonisme, mais il est *tout à fait insuffisant* quand il s'agit de distinguer tous les cas de dyschromatopsie *dont il faut s'occuper dans les chemins de fer, dans la marine, dans l'armée et dans les écoles*. Nous sommes à même de prouver cette

---

retardataires qui leur auraient été signalées par les bulletins semi-mensuels délivrés par le bureau administratif.

» Ils accompagneront, au besoin, à leur domicile, celles dont ils auraient des raisons de suspecter la véracité au sujet de l'absence de leur carte.

» Les inspecteurs qui, chargés d'amener une fille inscrite au bureau administratif, ne l'auront pas trouvée à son domicile, se borneront à rendre compte de cette circonstance, sans laisser trace de leur mission, afin de ne pas donner à la fille recherchée l'idée de disparaître.

» *Filles disparues*. — La recherche des filles disparues doit être faite avec la plus grande circonspection.

» Les inspecteurs devront se borner, à l'égard des filles disparues qui seraient rentrées dans leur famille, qui se livreraient à un travail honnête ou qui ne paraîtraient plus tirer leurs moyens d'existence de la prostitution publique, à faire connaître, par un rapport particulier, la situation actuelle de ces femmes.

» Ils n'amèneront au bureau administratif que les filles disparues qui seraient trouvées dans des maisons de tolérance, chez des filles publiques ou dans les lieux publics ouverts à la prostitution, et celles qui, rencontrées sur la voie publique, dans une maison garnie ou particulière, ne seraient dans aucun des cas d'exception sus-énoncés. »

La troisième partie du règlement contient les dispositions à prendre pour la translation des filles arrêtées à la préfecture de police.

La quatrième partie nous intéresse plus particulièrement, et traite des outrages publics à la pudeur, principalement de la sodomie et de la pédérastie qui, comme on le sait, échappent à nos lois pénales.

« La surveillance des inspecteurs du service actif des mœurs s'étendra sur tous les délits d'outrage public à la pudeur, et principalement sur les actes de sodomie.

» Mais ils s'abstiendront expressément de tout moyen qui paraîtrait avoir le caractère de la provocation, et s'attache-

assertion par des faits nombreux et concluants. Dès maintenant nous pouvons utiliser des procédés bien supérieurs à celui de Holmgren, tels que ceux de Dor, de Donders et de Daae.

Les oculistes sont unanimes pour déclarer que le daltonisme est incurable! Cette assertion n'est heureusement plus conforme à la vérité; mais si la plupart de nos éminents spécialistes avaient conservé cette opinion, nous leur demanderions si jamais ils ont été consultés par un daltonien qui leur ait demandé des soins. Harris, Dalton et tant d'autres sont demeurés jusqu'à la fin d'une longue vie dans le même état; mais ces malades, si nous en jugeons par nos daltoniens aussi gravement affectés qu'eux-mêmes, sinon plus, n'ont jamais fait ce qu'il fallait faire pour se guérir. Nous pouvons assurer, au contraire, que les daltoniens se conduisent comme *s'ils ne voulaient pas être guéris*. Nous n'avons *jamais* pu traiter des malades que du jour où nous avons eu des moyens *sûrs* de les *obliger* à se faire soigner. Le temps leur manque toujours, et en fin de compte l'on arrive, quand on insiste, à leur faire dire ce qu'ils ont entendu tant de fois répéter dès leur enfance, qu'ils n'espèrent obtenir aucun changement de leur état par aucun moyen.

Le traitement du daltonisme n'est pas d'ailleurs l'affaire des oculistes et des médecins, mais bien celle des femmes, des instituteurs et des institutrices.

L'opinion, en ce qui touche la fausse appréciation des couleurs, changera, et sous peu de temps les daltoniens sauront qu'ils peuvent être guéris; ils trouveront à leur portée tous les moyens de traitement... et s'ils ne voulaient pas en profiter, il y aurait peut-être lieu d'aviser et de les exproprier de leur infirmité pour cause d'utilité publique.

V

Si la couleur, cette qualité permanente ou fugace des corps; si les splendides apparences qui réjouissent notre vue, se manifestent par un nombre déterminé d'oscillations de l'éther et par une plus ou moins grande longueur des ondes lumineuses, ces phénomènes doivent être perçus par des appareils spéciaux capables de suivre ces modifications et de les faire apprécier au centre cérébral. Tels doivent être les organes bien disposés; leur fonctionnement doit s'établir d'une manière graduelle et comme instinctive. S'il arrive que ces organes soient héréditairement mal équilibrés, les oscillations de l'éther, les ondes lumineuses, sont en rapport avec des appareils désorientés qui ne se mettent que difficilement à l'unisson, et ne transmettent ordinairement au cerveau qu'une impression mal définie se rapprochant du *gris*. C'est ainsi que ceux dont le sens musical est, par une disposition de naissance, à l'état rudimentaire et n'a pas été cultivé, ne perçoivent que du *bruit* là où l'oreille musicale apprécie des sons et des accords.

Il n'y a pas de doute: si les notions premières des couleurs paraissent nous arriver d'une manière instinctive, les connaissances qui caractérisent les coloristes, les teinturiers habiles, les artistes industriels, les brodeuses... ne peuvent pas être acquises sans une *grande attention* et sans l'intervention de la *mémoire* et du *jugement;* et, d'ailleurs, pouvons-nous savoir, nous qui sommes en possession du minimum de notion des couleurs, combien de centaines ou de milliers d'*impressions* coïncidant avec les *expressions* de nos parents il a fallu pour nous donner la notion du *bleu*, du *vert* ou du *rouge?...* Suivant les principes de l'éducation de l'enfant, l'exercice méthodique expose devant l'œil une couleur normale, produisant un nombre défini d'oscillations et sollicitant comme le diapason une impression déterminée... L'accordeur n'est pas loin...

L'on aura plus ou moins de peine, mais chez les jeunes sujets, si la lumière est perçue tôt ou tard avec les soins nécessaires, les couleurs seront distinguées.

L'étude du daltonisme acquis, des modifications que les habitudes, la fatigue extrême, les maladies, les accidents, l'ingestion de certaines substances, impriment au sens chromatique ou au daltonisme, pourront me servir peut-être à formuler une théorie de la fausse appréciation des couleurs, et à faire complétement disparaître le préjugé qui consiste à tenir cette affection comme tout à fait au-dessus des ressources de l'art.

L'exercice sur les couleurs franches nous paraît devoir suffire en général; mais nous en sommes encore aux tâtonnements pour le choix des meilleurs moyens à mettre en œuvre.

Il est probable que nous saurons un jour utiliser les agents de la matière médicale au profit des daltoniens; nous n'avons à cet égard, jusqu'à ce moment, que des données très-vagues. Quant aux essais de correction par des verres colorés, faits dans ces derniers temps avec un certain succès, nous souhaitons que les résultats annoncés soient confirmés.. Ainsi les daltoniens, hier encore considérés comme absolument incurables, n'auront bientôt plus que l'embarras du choix parmi les procédés destinés à mettre leur vue d'accord.

L'on apprend, l'on sait, l'on distingue les couleurs en mesurant exactement la longueur des ondes lumineuses, en comptant les oscillations de l'éther.

Il faut absolument établir un rapport exact entre les impressions colorées et les expressions qui doivent les traduire.

Le plus souvent, les moyens variés qui permettent de préciser le diagnostic du daltonisme congénital peuvent suffire au traitement de cette maladie.

Nous ne savons pas positivement comment ces choses se font, mais « le faict est ».

---

ront surtout à constater le flagrant délit. Le fait de sodomie tenté ou consommé dans un lieu ouvert au public constitue le délit d'outrage public à la pudeur. »

La cinquième et dernière partie du règlement a trait aux mesures administratives. C'est surtout sur ce point qu'ont porté les modifications qui étaient réclamées depuis longtemps.

« Préalablement à toute opération, le commissaire interrogateur, chef du bureau des mœurs, devra procéder à l'examen des pièces relatives à l'arrestation des filles insoumises, afin de rechercher les cas où il y aura lieu de surseoir à la visite corporelle.

» L'interrogatoire des filles insoumises est fait par le commissaire interrogateur en personne; il donne lecture à la fille des déclarations par elles faites et lui fait signer le procès-verbal dressé à cette occasion. Il entend au besoin les agents.

» Lorsqu'il s'agira de procéder à l'inscription d'une fille insoumise majeure qui refuse de se soumettre aux obligations sanitaires et administratives, ou d'une fille insoumise mineure, au lieu de se borner, comme on l'a fait jusqu'ici, à un exposé écrit des faits, la décision sera réservée à une commission composée du préfet ou de son délégué, du chef de la 1re division et du commissaire interrogateur. Cette commission entendra la femme arrêtée et les agents.

» Il importe de rappeler que les filles publiques, au moment de leur inscription, reçoivent un avis imprimé portant qu'elles peuvent obtenir leur radiation des contrôles de la prostitution, sur leur demande, et s'il est établi par une vérification, faite d'ailleurs avec discrétion et réserve, qu'elles ont cessé de se livrer à la débauche.

» En ce qui touche les punitions disciplinaires à infliger aux filles inscrites, on continuera de procéder comme aujourd'hui, c'est-à-dire que les punitions seront infligées par le préfet, sur les propositions du commissaire interrogateur, visées par le chef de la 1re division. Toutefois, dans le cas où une fille inscrite réclamerait contre la punition qui lui est

Médecine légale.

Simple remarque a propos d'un cas de dystocie par enroulement du cordon autour du cou de l'enfant, par M. le docteur Mignot, médecin de l'hôpital de Chantelle.

Obs. — Dans la nuit du 25 janvier 1879, je fus appelé à la campagne pour accoucher une robuste paysanne de vingt-huit ans, déjà mère de deux enfants. Le travail durait depuis vingt-quatre heures. Bien que la tête du fœtus eût franchi le détroit supérieur, et que l'occiput fût en avant et à gauche, plusieurs heures s'étaient écoulées sans qu'elle avançât.

Quelle était la cause de cet arrêt? elle ne provenait pas de la mère, dont le bassin offrait beaucoup d'ampleur, et l'utérus se contractait avec énergie; quant au fœtus, on pouvait lui supposer un vice de conformation; mais mon doigt porté aussi haut que possible dans l'utérus, autour de la tête, descendue sur le plancher périnéal, n'y découvrait rien d'anormal qu'une bosse sanguine très-prononcée, et se trouvait insuffisant à déterminer le point où existait l'obstacle.

Je dirai, toutefois, qu'au moment de chaque douleur, je fus frappé de sa violence, qui arrachait des cris à la patiente, à laquelle je ne soupçonnais pas un tel excès de sensibilité, après deux accouchements, où elle n'en avait pas fait preuve.

Pour en venir tout de suite à l'objet spécial de cette note, je dirai que, m'étant résolu à faire une application de forceps, je ne puis parvenir d'abord, malgré des tractions énergiques, à faire descendre la tête; puis que, tout d'un coup, sous l'influence d'un nouvel effort, elle fit comme un saut en avant, franchit rapidement le détroit inférieur, et parut à la vulve. Je retirai tout de suite les branches du forceps, et constatai un enroulement du cordon ombilical autour du cou, dont il faisait une fois et demi le tour, et qui se tendait comme une corde prête à se rompre entre le cou et le placenta, encore adhérent au fond de l'utérus. Je pratiquai immédiatement la section du cordon, pour interrompre la compression et l'espèce de strangulation qu'il exerçait d'un côté sur l'enfant, et le tiraillement qu'éprouvait, de l'autre, la matrice menacée d'inversion, et l'accouchement fut promptement terminé.

L'enfant avait subi un commencement d'asphyxie; il était bleuâtre, cyanosé et sans mouvement. Quelques frictions énergiques le ranimèrent; bientôt il fit entendre des cris de moins en moins étouffés, et agita ses membres.

Réflexions. — A l'occasion de ce fait d'enroulement du cordon, fait assez rare, mais trop connu pour y insister, je veux seulement poser une question : Que serait-il arrivé si, comme le demandaient les parents de notre malade, on avait négligé de recourir à l'intervention médicale pour la délivrer et laisser agir la nature? L'enfant eût bientôt succombé, c'est incontestable, puisqu'il était cyanosé et sans mouvement quand nous l'avons arraché du sein de sa mère; mais comment serait-il mort?

Est-ce par suite de congestion cérébrale ou par suite d'asphyxie? La congestion cérébrale devait résulter de la constriction exercée autour du cou du fœtus par le cordon sur les vaisseaux de cette région; l'asphyxie pouvait provenir, pendant qu'il était renfermé dans l'utérus, de l'interruption de la circulation dans les vaisseaux ombilicaux, par suite de leur aplatissement contre le cou de l'enfant. L'enfant aurait été asphyxié sans avoir respiré, et aurait pu, néanmoins, présenter autour du cou l'empreinte du cordon ombilical sous forme de sillon.

Mais, je suppose que, sous l'influence des contractions utérines, la tête de cet enfant ait été chassée jusqu'à l'entrée de la vulve, qu'il y ait fait quelques inspirations, et que l'étranglement par le cordon eût continué à se faire, ce qui serait arrivé dans un accouchement solitaire ou clandestin, on aurait eu à constater un cas fortuit d'asphyxie par strangulation, chez un enfant ayant plus ou moins complétement respiré, avec les lésions caractéristiques de ce genre de mort. Et si la mère, pour se délivrer, avait enlevé et rejeté le cordon constricteur, elle aurait fait disparaître à la fois la cause de l'étranglement et la preuve de son innocence, en présence d'une accusation uniquement fondée sur les résultats fournis par l'examen du cadavre de son enfant.

Ce sont là des suppositions, je l'avoue; mais il suffit que, dans le vaste champ des possibilités, elles deviennent parfois une réalité, pour qu'on doive en tenir compte et y prêter un peu d'attention.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 3 février 1879. — Présidence de M. Daubrée.

Fermentations. Remarques sur la troisième réponse de M. Pasteur, par M. *Berthelot*. — M. Berthelot s'applique à établir les points suivants :

1° Aucun fait positif n'a été produit pour démontrer que le sucre cède à la levûre de l'oxygène, de préférence aux autres éléments. Aucun fait positif n'a été produit pour démontrer que la levûre se développe en prenant au sucre de l'oxygène, de préférence aux autres éléments. Au contraire, elle paraît prendre de l'hydrogène de préférence, ce qui est le contre-pied des affirmations de M. Pasteur. Par conséquent, aucun fait positif ne prouve que la métamorphose chimique du sucre soit corrélative d'un mode exceptionnel de nutrition des êtres microscopiques, ce mode étant tel qu'ils enlèvent au sucre de l'oxygène combiné à défaut d'oxygène libre.

2° Aucun fait positif n'a été produit pour démontrer que la fermentation alcoolique ait pour condition essentielle l'absence de l'oxygène libre. Au contraire, l'expérience prouve que la fermentation alcoolique s'accomplit très-bien en pré-

---

infligée, sa réclamation sera portée sans délai devant une commission composée du préfet ou de son délégué, assisté de deux commissaires de la ville de Paris appelés à tour de rôle.

» Cette commission statuera après avoir entendu la personne arrêtée, ainsi que les agents, s'il y a lieu.

» Lorsque la commission ne sera pas présidée par le préfet personnellement, sa décision devra être ratifiée par lui.

» Afin d'assurer la permanence du service, le sous-chef de la 3e section du 2e bureau sera nommé commissaire interrogateur *suppléant*, mais il n'interviendra qu'en cas d'empêchement du commissaire interrogateur titulaire. »

Enfin, nous trouvons, à la fin de ce document quelques lignes relatives au service médical. Les rédacteurs du règlement ont eu le bon esprit de ne pas donner à nos confrères chargés du service sanitaire de la préfecture des instructions analogues à celles qui précèdent, et ils se sont bornés à mentionner en quelques lignes les attributions des médecins.

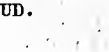
« Bien qu'il ne se soit produit aucun cas où la visite corporelle ait été faite de force, dit le règlement, il sera recommandé au service médical de s'abstenir d'y procéder dans le cas où il rencontrerait une résistance.

» L'incident sera, dans ce cas, porté immédiatement à la connaissance du préfet. »

Nous voyons avec plaisir que le règlement constate que la visite n'a jamais été imposée par les médecins de la préfecture lorsque les filles refusaient de s'y soumettre. Cette constatation enlève tout fondement aux réclamations souvent peu justifiées de la presse extra-médicale.

En somme, le nouveau règlement dont nous venons de donner l'analyse nous paraît combler la plupart des lacunes qui avaient été signalées par les hygiénistes et les philantropes.

A. Lutaud.



sence de l'oxygène libre. Aucun fait positif n'a été produit pour démontrer que le sucre fermente « toutes les fois qu'il y a vie sans air ». Au contraire, l'observation courante prouve que le sucre circule sans altération à travers les cellules et tissus végétaux vivants, dans des milieux absolument privés d'oxygène libre. Par conséquent, aucun fait positif ne prouve qu'il y ait en général coïncidence, et *à fortiori* corrélation, soit entre la vie sans air et la fermentation, soit entre la fermentation et la vie sans air.

C'est donc une assertion gratuite que de supposer en général que « le premier principe d'action de l'organisme micro-» scopique sur la matière fermentescible... » doive « résider » dans son affinité pour l'oxygène. » *A priori*, on peut imaginer qu'il y a des cas de ce genre; on peut imaginer encore des cas contraires, aussi bien que des cas étrangers à cette double vue systématique; mais rien n'est prouvé à cet égard.

M. Berthelot ajoute :

Une seule assertion nouvelle, produite dans la dernière note de notre savant confrère, mérite de nous arrêter. Il suppose que « l'être anaérobie fait la chaleur dont il a besoin en décomposant » une matière fermentescible susceptible de dégager de la chaleur » par sa décomposition ». C'est encore là une affirmation sans preuves, et même sans probabilités, comme je vais l'établir... Que les fermentations dégagent de la chaleur, le fait est vulgaire depuis bien des siècles.... Le cycle des transformations chimiques qui se produisent au sein des êtres vivants répond, en général, à un dégagement de chaleur, non-seulement dans le cas des oxydations, mais aussi dans le cas des hydratations et des dédoublements. Or, le développement des êtres anaérobies aurait lieu seulement en vertu de la seconde classe de réactions; il s'agit de savoir s'il ne se suffit pas à lui-même, sans le concours d'une fermentation simultanée...

Un certain poids de sucre est donné et mis en présence d'un certain poids de levûre : voilà l'état initial. De certains poids d'alcool, d'acide carbonique, etc., et de levûre sont produits : voilà l'état final. Les relations de poids qui existent entre ces diverses matières, aussi bien que les quantités de chaleur dégagées, sont indépendantes de toute hypothèse relative à la nature et à la connexion des transformations intermédiaires. Or, dans la métamorphose accomplie, le poids primitif du sucre peut être partagé en deux portions : la principale a fourni ses éléments à l'alcool et à l'acide carbonique, dont les poids réunis la représentent sensiblement; cette réaction dégage de la chaleur; d'autre part, une faible portion du sucre a cédé quelques-uns de ses éléments à la levûre, en vertu de réactions mal connues. Ces réactions mal connues absorbent-elles de la chaleur, empruntée à celle que développe la métamorphose simultanée du sucre, laquelle serait ainsi la source de la chaleur dont l'être anaérobie a besoin? ou bien dégagent-elles elles-mêmes de la chaleur, qui vient, au contraire, s'ajouter à la précédente; auquel cas la nutrition des êtres anaérobies n'aurait rien qui la distingue, sous le rapport thermique, de celle des êtres aérobies? C'est ce que l'état présent de la science ne permet pas de décider. L'assertion de M. Pasteur est donc sans preuves.

J'ajouterai qu'elle est contraire aux probabilités, c'est-à-dire aux données qui ont cours aujourd'hui dans la chimie physiologique...

Ainsi nous n'avons affaire qu'à de pures imaginations dans toute cette physiologie nouvelle, que M. Pasteur déclare aujourd'hui avoir inaugurée (*Comptes rendus*, t. LXXXVIII, p. 135, au milieu; 27 janvier 1879), après avoir assuré avec plus de vérité, il y a quelques semaines (*Comptes rendus*, t. LXXXVII, p. 1055, au bas; 30 décembre 1878), qu'il ne la connaissait nullement. Quoi qu'il en soit, la discussion actuelle me semble épuisée, car toutes les données scientifiques du problème ont été abordées. Puisse-t-elle avoir eu pour résultat utile de poser nettement les questions, ce qui constitue le commencement de leur solution!

Influence de la durée et de l'intensité sur la perception lumineuse. Note de MM. *Ch. Richet* et *Ant. Bréguet*.

On admet en général que la lumière est toujours perçue, même si sa durée est très-courte, et l'on cite, non sans raison, l'exemple de l'étincelle électrique, qui ne dure qu'un temps extrêmement court et qui est toutefois vue avec netteté. Cependant nous avons pensé qu'avec des lumières plus faibles que l'étincelle électrique l'influence de la durée très-courte n'était pas négligeable, et, en effet, l'expérience a confirmé nos prévisions.

Nous ne décrirons pas ici l'appareil qui nous a servi à produire des éclairs très-courts; il nous suffira de dire que l'on pouvait, au moyen de cet appareil, soit diminuer l'intensité lumineuse en plaçant au-devant de la flamme éclairante des plaques de verre enfumé, soit diminuer la durée de l'éclair en tendant plus ou moins un ressort. A l'aide de notre appareil, nous pouvions obtenir des éclairs ne durant que 1/2000 de seconde. Nous sommes arrivés, en procédant ainsi, aux résultats suivants :

1° Une lumière faible, perçue nettement quand elle impressionne pendant quelque temps la rétine, devient invisible quand sa durée diminue. 2° Pour la rendre visible de nouveau, il suffit soit de la rendre plus intense, soit d'augmenter sa durée. 3° On peut encore la rendre visible en répétant rapidement (au moins cinquante fois par seconde) cette excitation lumineuse faible et de courte durée. 4° Des lumières colorées sont soumises aux mêmes lois, et en outre sont toujours vues avec leur coloration propre, qu'elles soient fortes ou faibles, longues ou brèves.

On peut donc comparer ces phénomènes aux phénomènes de l'addition latente, dont l'un de nous a démontré l'existence, et pour le mouvement musculaire et pour la perception sensitive. On voit aussi qu'il y a dans la vision rétinienne une période d'inertie, peut-être négligeable pour les lumières intenses, mais dont pour les lumières faibles il faut tenir compte, puisqu'une lumière faible met un temps appréciable à vaincre cette inertie de la rétine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : Les rapports des médecins-inspecteurs des eaux de Lamalou et de Saint-Sauveur pour l'année 1877. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : Une lettre de M. le docteur *Duché* (de Ouanne-sur-Yonne), qui se porte candidat au titre de membre correspondant.

M. *Larrey* présente : 1° De la part de M. le docteur *Gavoy*, médecin-major de l'armée, une brochure intitulée : *Morphologie du cerveau par l'étude des localisations des centres excito-moteurs des hémisphères et de l'opération du trépan*, avec planches. — 2° Un mémoire de M. le docteur *Henri Dumont*, intitulé : *Essai d'une histoire médico-chirurgicale de l'île de Puerto-Rico.*

Nécrologie. — M. *H. Roger* donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Chauffard. Ce discours ému et d'un tour élevé est accueilli par de nombreuses marques d'approbation.

Rapports. — M. *Planchon* donne lecture de deux rapports sur les remèdes secrets et nouveaux, dont les conclusions négatives sont mises aux voix et adoptées.

Ostéomyélite et septicémie. — M. *Trélat* prononce un discours sur la discussion qui occupe l'Académie depuis plusieurs séances.

Le premier point du discours de M. Trélat est relatif à la communication de M. Gosselin ; le deuxième à la communication de M. Colin.

M. Lannelongue a employé le mot d'ostéomyélite pendant la croissance ; M. Gosselin a dit qu'il approuvait le travail de M. Lannelongue; mais il s'est élevé contre la nomenclature. En faveur de sa réclamation, il avait des raisons sérieuses : d'abord la priorité du titre (on sait que M. Gosselin a proposé autrefois le terme d'ostéite épiphysaire); ensuite l'impossibilité dans laquelle on se trouve le plus souvent de démontrer avec certitude le véritable point de départ de la maladie.

Lorsque M. Trélat a fait son cours sur cette question, à la Faculté, il a subi lui-même l'évolution d'esprit qui s'est faite chez M. Lannelongue et M. Panas, il se range donc à l'avis des chirurgiens qui désignent l'affection sous le nom d'*ostéomyélite*. Il se fonde sur le raisonnement suivant : le tissu médullaire périostal et endostal et celui des canaux de Hawers sont toujours le siége de l'inflammation; ces tissus sont constitués par des cellules spéciales (myéloplaxes) qui, d'après les travaux récents, paraissent être l'élément de la formation vasculaire. L'inflammation à son début se développe toujours dans ces éléments, et c'est par cette sorte de gaîne *endopériomédiostale* que se fait la transmission rapide de l'inflammation et de la nécrose.

M. Gosselin a dit que, si l'on emploie le mot d'ostéomyélite pour toutes les maladies inflammatoires des os, on produira de la confusion ; mais M. Trélat avoue que le mot d'*ostéite épiphysaire* l'a lui-même induit en erreur, en lui faisant croire que c'était l'épiphyse elle-même qui était seulement atteinte; mais les choses se passent là comme ailleurs et le mot d'ostéomyélite, quoique un peu vague, donne une idée exacte de l'affection. On peut, du reste, ajouter des qualificatifs différents lorsqu'on veut spécifier le siége de l'inflammation.

En ce qui concerne la question générale de la septicémie, soulevée par M. Colin, M. Trélat pense que le travail de M. Lannelongue n'était pas de nature à provoquer une discussion de ce genre. Il a néanmoins étudié avec soin les discours de M. Colin qui lui ont paru un peu incohérents et dans lesquels il n'a rien trouvé de nouveau. L'auteur de ces discours semble contester le rôle des organismes inférieurs dans la production de la septicémie. Voudrait-il admettre que l'agent de la septicémie se forme dans les tissus? Dans ce cas il émet une théorie que M. Trélat, M. Verneuil et beaucoup d'autres chirurgiens ont émise avant lui.

M. *Colin* interrompt l'orateur pour dire que l'agent septique s'élabore dans la plaie, grâce au contact du pus et de l'air, et qu'il est ensuite introduit dans l'économie par le torrent circulatoire.

M. *Trélat* répond à M. Colin que sa conception est absolument hypothétique et n'est démontrée ni par l'expérimentation clinique, ni par les recherches de laboratoire. M. Colin a dit qu'il n'était ni chirurgien ni clinicien, mais il n'en invente pas moins une chirurgie opératoire des plus curieuses. Il se figure que le chirurgien choisit pour opérer le point de l'organisme où l'obus et la roue ont passé, le point qui est gorgé de liquides ichoreux et purulents; mais le plus souvent le chirurgien fait pénétrer son couteau dans des tissus sains.

M. Colin donne ensuite à la fin de son discours des conseils aux chirurgiens, qui lui en savent certainement gré. Il leur dit que, au lieu de faire la chasse aux vibrions, il faut d'abord soigner la plaie. M. Trélat demande quel est le chirurgien digne de ce nom qui néglige de traiter les plaies.

Voici comment M. Trélat formule son opinion sur cette question :

Il n'est pas douteux que la fermentation putride ne soit caractérisée par la multiplication des organismes inférieurs dans les tissus de l'économie. Mais il ne suffit pas de respirer un ou même cent vibrions pour être atteint : il faut que l'organisme rencontre ce concours de circonstances qui permet la multiplication des vibrions. Tous les chirurgiens ont rencontré des cas de septicémie survenus après des opérations très-simples et sur des individus parfaitement sains; peut-on admettre dans ces cas que les agents septicémiques se sont développés dans la plaie par le contact de l'air et du pus? Non, certainement, puisqu'il n'y a pas de pus et que la mort survient deux ou trois jours après l'opération! D'autres fois, le chirurgien ouvre d'énormes phlegmons et le malade ne meurt pas: il y avait cependant, dans ces cas, les conditions indiquées par M. Colin pour le développement de la septicémie.

M. Trélat se résume en disant que le point obscur de la question consiste à déterminer les conditions dans lesquelles les organismes inférieurs se *développent* et se *multiplient* dans l'économie. Il s'agit moins de savoir où l'organisme inférieur se forme que de savoir comment il se multiplie. C'est sur ce point que M. Colin devrait faire porter ses expérimentations, au lieu de donner aux chirurgiens des leçons sur le pansement des plaies.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. *Henri Gueneau de Mussy* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Fracture de l'humérus pour remédier à une luxation irréductible. — Hernie crurale étranglée. Du pincement de l'intestin. — Des irrigations oculaires et de l'emploi méthodique des collyres. — De la greffe chirurgicale dans ses applications à la thérapeutique dentaire. — Cancer du sein chez un homme.

M. *Gross* (de Nancy) adresse à la Société une observation ayant pour titre : Amputation de la jambe à la partie moyenne pour une difformité du pied; éruption syphilitique trois jours après l'opération; la plaie prend l'aspect d'un ulcère syphilitique; traitement spécifique; guérison. (M. Verneuil, rapporteur.)

— M. *le Président* annonce la mort de M. Mirault (d'Angers), membre correspondant.

— M. *Després* présente à la Société la malade chez laquelle il a rompu l'humérus pour remédier à une luxation ancienne irréductible de l'épaule. La malade peut mettre la main sur la tête et amener le coude au niveau de la pointe du sternum. Avant la fracture, le coude demeurait écarté du tronc et immobile. M. Després espérait produire une pseudarthrose; mais la consolidation s'est effectuée malgré les mouvements imprimés chaque jour à l'humérus, et le cal est très-appréciable. On électrise tous les jours les muscles de l'épaule et du bras pour développer les mouvements.

M. *Verneuil*. M. Després a échoué dans sa tentative. Le but qu'il poursuivait n'a pas été atteint : il n'a pu obtenir la pseudarthrose. D'ailleurs, les mouvements imprimés au membre fracturé n'empêchent pas la consolidation de la fracture quand les os doivent se consolider. M. Verneuil croit qu'il ne faut pas imiter la conduite de M. Després. Lorsqu'on ne peut réduire une luxation, il faut laisser agir la nature et la mobilité reparaîtra en partie. Chez la malade de M. Després on aurait obtenu autant de mouvements sans fracturer l'humérus.

M. *Marc Sée*. Chez la femme présentée par M. Després, la tête humérale est mobile; on a donc rompu des adhérences. Et puisque la fracture est consolidée, on se demande ce que cette fracture a pu faire gagner à la malade. On a rompu des adhérences fibreuses; peut-être n'a-t-on pas fracturé l'humérus.

M. *Tillaux*, chez une malade, a redressé une cuisse qui était dans une mauvaise attitude; la question de fracture est secondaire. Le membre est redevenu parallèle à l'autre et la malade marche; M. Tillaux ne sait s'il y a eu fracture ou rupture d'ankylose. Chez la malade de M. Després il y avait une luxation; c'est risquer beaucoup que d'obvier à une luxation non réductible en cassant le col de l'os. On voit, en effet, des malades qui retrouvent une somme suffisante de mouvements sans réduction de la luxation et sans fracture de l'os.

M. *Després*. L'existence de la fracture du col huméral ne fait de doute pour personne. Un individu qui a une luxation de l'épaule non réduite ne pourra faire des mouvements comme la malade de M. Després; ces mouvements seront très-limités. La fracture ainsi produite est inoffensive et le résultat est excellent. Chez des malades solides et bien musclés, M. Després tenterait la réduction des luxations avec des moufles; mais, chez une malade maigre et chétive, il vaut mieux fracturer l'os.

M. *Le Dentu*. La fracture est incontestable chez la malade de M. Després. Le cal est très-appréciable. Les manœuvres qui ont rompu l'os ont dû rompre aussi les adhérences de la tête. Dans deux circonstances, M. Le Dentu a constaté combien il était difficile de s'opposer à la formation d'un cal.

Chez un individu ayant une fracture du col huméral avec luxation de la tête, la consolidation s'est faite malgré les mouvements répétés du bras. Chez un autre malade, qui se présenta à la consultation avec une fracture non consolidée du col de l'humérus et déplacement peu accentué de la tête, l'accident datant de deux mois, il suffit de quinze jours d'immobilisation pour consolider l'humérus.

— M. *Théophile Anger* fait un rapport sur une observation lue à la Société de chirurgie par M. Lemay (de Saint-Sever). Hernie crurale étranglée opérée après le cinquième jour; guérison. Le malade avait de la diarrhée, la face grippée; dans l'aine existait une tumeur douloureuse. L'opération démontra que l'intestin était pincé; M. Lemay réduisit sans rechercher si l'intestin était altéré. Le malade guérit.

M. *Duplay*. Les pincements de l'intestin sont rares; si l'observation de M. Lemay est complète, elle mérite d'attirer l'attention.

Chez une femme de cinquante ans, M. Duplay constata une certaine bénignité dans les symptômes d'étranglement : vomissements, constipation; quelques gaz sortaient par l'anus. Tumeur peu douloureuse et irréductible dans l'aine; cette tumeur était surtout douloureuse en un point qui correspondait au canal crural. Opération. Au fond du sac on trouva une portion d'intestin du volume d'une grosse groseille : débridement; la tumeur rentra, les accidents cessèrent et la malade guérit. C'est un exemple de pincement intestinal.

M. *Gillette* rappelle un cas semblable. Une femme de soixante-dix ans avait une tumeur crurale gauche; l'étranglement remontait à six ou sept jours. Vomissements; face grippée. Opération; le sac contenait de l'épiploon et un peu d'intestin noir non gangrené; réduction. Guérison.

M. *Desprès* n'a vu qu'une fois le pincement de l'intestin. Le malade mourut dans le service de Velpeau sans avoir été opéré; on trouva à l'autopsie un pincement intestinal.

M. *Théophile Anger*. Le pincement de l'intestin n'est pas très-rare; tous les chirurgiens l'ont rencontré. Peut-être n'a-t-on pas assez insisté sur la différence des symptômes de l'étranglement vrai et du pincement intestinal. M. Anger a observé deux exemples de pincement intestinal.

— M. *Courserant* lit une note sur les irrigations oculaires et l'emploi méthodique des collyres. (Commission : MM. Tillaux, Horteloup, Terrier.)

— M. *Magitot* lit un mémoire sur la greffe chirurgicale dans ses applications à la thérapeutique dentaire (voy. *Gazette hebdomadaire*, 17 janvier 1879, p. 37).

— M. *Th. Anger* présente un malade atteint de squirrhe du sein et portant une tumeur au niveau de la clavicule du côté opposé. Le malade a eu la syphilis, et M. Anger croit qu'il s'agit d'une gomme périostique.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Injections intra-veineuses de lait : M. de Sinéty, M. Laborde. — Structure de la cornée : M. Ranvier. — Lésions des racines rachidiennes antérieures dans la paralysie saturnine : M. Déjerine. — Températures locales : M. Couty. — Lésions expérimentales des ventricules latéraux : M. Gossy.

M. *de Sinéty* demande à M. Laborde, à l'occasion de la communication faite par ce dernier dans la séance précédente, si le lait dont il s'est servi pour ses injections intra-veineuses était récemment, ou depuis plusieurs heures, sorti de la mamelle. Les globules du lait n'ont pas primitivement d'enveloppe; c'est seulement au bout de deux ou trois heures après l'extraction du lait, ou plus rapidement si l'on prend soin de l'agiter, qu'on voit les globules graisseux s'entourer d'une substance qui semble être de la caséine. Ce fait a peut-être une certaine importance au point de vue des accidents emboliques signalés par M. Laborde.

M. *Laborde* répond qu'il a varié ses expériences de manière à se placer dans les conditions les plus diverses. Le temps écoulé depuis le moment où le lait est recueilli, jusqu'à celui où il est injecté, n'exerce aucune influence sur les phénomènes observés; ceux-ci se modifient seulement en raison de la quantité du liquide introduit dans les veines. Au sujet de la présence des éléments laiteux dans le sang, M. Laborde ajoute que, dans les injections veineuses, on voit les globules blancs absorber les corpuscules graisseux. Si l'on examine, au contraire, le sang d'un animal qui vient de téter depuis une heure et demie environ, les globules rouges sont emprisonnés dans une couche de granulations réfringentes que l'éther dissout ou entraîne rapidement, laissant aux hématies leur forme et leur aspect normaux. Cette modification des globules fait défaut chez un animal sevré de lait depuis dix heures. On peut, au contraire, l'observer chez l'homme à la suite d'un repas composé surtout d'aliments gras.

M. *Ranvier* croit que ces observations ne doivent être acceptées qu'avec beaucoup de réserve, car l'éther dissout les globules rouges. Il ne peut donc pas s'expliquer les phénomènes décrits par M. Laborde.

M. *Laborde* répond que l'action de l'éther sur les globules rouges est relativement lente et que le phénomène dont il parle est presque instantané.

— M. *Ranvier* fait une communication sur la structure de la cornée. Sur l'animal vivant, tous les éléments qui entrent dans la composition de cette membrane ont le même indice de réfraction; cette disposition est la condition absolue de sa transparence; elle explique pourquoi ces éléments ne peuvent être distingués à l'examen histologique de la cornée normale. Si on prend un œil de grenouille, qu'on l'expose pendant quelques minutes à des vapeurs d'acide osmique, et qu'on l'examine ensuite à la lumière transmise, on ne peut découvrir encore aucun élément, sans doute parce que l'acide osmique a fixé toutes les parties constituantes de la cornée, sans altérer leur forme et leurs propriétés physiques. Mais si, avant de traiter la cornée par l'acide osmique, on la laisse dans une chambre humide, s'imbiber d'humeur aqueuse, on peut, après avoir balayé l'épithélium à l'aide d'un pinceau, apercevoir très-nettement au microscope des corpuscules et des faisceaux conjonctifs. Ceux-ci se sont gonflés en s'imprégnant du liquide qui baignait la cornée et sont, par suite, devenus moins réfringents. Les corpuscules ont, au contraire, résisté à l'imbibition et conservé leur réfrangibilité naturelle. De là la possibilité de distinguer les uns des autres les divers éléments de la cornée qui, sans cet artifice de préparation, échappent à l'observation.

— M. *Déjerine* a recherché si, dans les cas de paralysie saturnine, les racines rachidiennes ne présentaient pas de lésions. On savait déjà que les nerfs intra-musculaires présentent les altérations caractéristiques de la névrite parenchymateuse (segmentation de la myéline, multiplication des noyaux de la gaîne de Schwann, disparition du cylindraxe), et il avait pu poursuivre ces altérations, dans plusieurs cas de paralysie des extenseurs de la main et des doigts, le long du nerf radial jusqu'au plexus brachial. Dans deux cas sur cinq, il en a reconnu la présence dans les racines rachidiennes antérieures de la région cervicale; dans l'un d'eux, où la paralysie était limitée à l'avant-bras droit, les racines droites étaient seules atteintes. Faut-il conclure de ces faits que la paralysie saturnine est due à une névrite à marche ascendante, ou, au contraire, à une lésion cérébrale à marche descendante? M. Déjerine incline plutôt vers la dernière hypothèse.

— M. *Couty* a observé que, dans les affections fébriles, la

température de la main subit une élévation plus considérable que celle de l'aisselle. Dans certaines affections à manifestations extérieures, rougeole, érysipèle, rhumatisme articulaire, la température palmaire conserve son élévation après la chute de la fièvre. Il n'en est pas de même dans les affections internes. Dans quelques cas enfin : phthisie, pleurésie ancienne, embarras gastrique, elle s'élève sans que la température axillaire présente un accroissement proportionnel. Avant de tirer des conclusions de ces observations, M. Couty a voulu étudier à l'état normal la thermométrie palmaire. La chaleur de la main, mesurée chez plusieurs personnes saines dans les mêmes conditions, offre de grandes différences individuelles; la moyenne sera chez l'un de 27 degrés, chez l'autre de 30 degrés. Mais chez tous la fatigue, le travail musculaire, la digestion produisent des modifications de même sens et à peu près de même valeur. Ces études doivent être poursuivies.

— M. *Cossy* a fait, avec l'aide de M. *Bochefontaine*, dans le laboratoire de M. Vulpian, quelques expériences sur les lésions intéressant les ventricules latéraux. En suivant la faux du cerveau, puis, en traversant le corps calleux, de manière à ménager les circonvolutions, il a introduit dans ces cavités du nitrate d'argent cristallisé : il n'a observé, à la suite de cette expérience, aucune contracture. Au contraire, l'injection dans les ventricules de liquides coagulables (empois d'amidon, paraffine), a déterminé des contractures presque immédiates. Rapprochant ces faits expérimentaux des faits cliniques où les parois ventriculaires ont été intéressées sans qu'il y eût de contracture, M. Cossy se demande si, dans la pathogénie de ce symptôme, il ne faut pas substituer l'hypothèse de la compression cérébrale intra-ventriculaire à la supposition communément admise d'actes réflexes produits sous l'influence de l'irritation de l'épendyme.

M. *Charcot* fait observer que, dans certains cas où la membrane ventriculaire est simplement soulevée par un caillot qui ne la déchire pas, qui ne peut exercer aucune compression, on a vu cependant se produire des contractures.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

De la guérison rapide des accès d'asthme par l'emploi des injections hypodermiques de morphine et de l'action eupnéique de la morphine, par le docteur H. Huchard, médecin des hôpitaux.

On connaît depuis longtemps l'action sédative exercée par les injections hypodermiques de morphine sur les accès d'asthme ou du moins sur certaines dyspnées paroxystiques. Cependant on leur préfère le plus souvent les préparations de belladone et de datura, qui ne diminuent pas les sécrétions bronchiques et n'empêchent pas ainsi le ramollissement et l'expulsion de l'exsudat. Aussi les faits cités par M. H. Huchard ont-ils une valeur sérieuse en démontrant que fréquemment, dans les accès d'asthme les plus intenses, les injections hypodermiques de morphine ont une efficacité immédiate. L'auteur affirme même que cette influence sédative de l'injection peut, en modérant chaque attaque dès son apparition, « délivrer l'organisme de cette sorte d'habitude spasmodique et guérir plus ou moins complétement le mal ». Après quelques considérations historiques sur le sujet dont il s'occupe, M. H. Huchard étudie les modalités diverses que l'asthme peut revêtir ; il met en présence des considérations de physiologie pathologique et les réflexions dictées par l'étude thérapeutique des préparations morphinées, et il arrive ainsi à interpréter théoriquement les faits que l'expérience clinique lui avait enseignés.

Dans une seconde partie de son travail M. H. Huchard examine quelle est l'utilité des préparations morphinées, administrées par la voie hypodermique, pour combattre d'autres manifestations dyspnéiques telles que l'asthme cardiaque et la dyspnée urémique. Enfin, dans un troisième chapitre, il fait remarquer les différences d'action que présentent les préparations de morphine suivant qu'elles sont prescrites sous forme de potion ou sous forme d'injection hypodermique. Il termine cette étude si consciencieuse et si intéressante par cette conclusion qui résume l'ensemble de ses recherches : *La morphine fait respirer*. (Comm. à la Société clinique, et *Union médicale*, Paris, 1878.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de l'exploration de la poitrine chez les animaux domestiques (Percussion, auscultation, pnéographie), par M. F. Saint-Cyr. In-12 de 460 pages, avec figures. — Asselin et Cie, Paris, 1879.

Le livre de M. le professeur Saint-Cyr vient combler une lacune depuis longtemps regrettée. Il n'existe pas, en effet, dans la littérature de l'art vétérinaire, un traité pour diriger l'examen physique des organes thoraciques. Tout au plus trouve-t-on, éparses dans les traités de pathologie, quelques indications sur l'examen de la poitrine; bien plus, tous ces traités, déjà anciens, ne donnent pas les signes récemment étudiés, et il en résulte que, mêmes récoltés çà et là, les renseignements dont peut profiter le vétérinaire sont bien incomplets, et parfois même erronés. Ajoutons que les études de pathologie expérimentale et comparée étant de plus en plus en honneur, et rendant d'importants services à la médecine, nous serons, autant que les vétérinaires, les obligés de M. Saint-Cyr, si son travail est tel qu'il nous permette de nous assimiler vite et bien les recherches cliniques faites sur les animaux. M. Saint-Cyr avait donc une double tâche à remplir ; nous allons voir comment il l'a fait.

Il nous semble que le point le plus intéressant, celui que, par conséquent, nous essayerons de faire surtout ressortir, c'est la comparaison des résultats fournis par un même mode d'observations appliqué aux animaux et à l'homme.

L'auteur fait précéder son étude d'un résumé anatomique de la poitrine, des poumons, des plèvres, et du cœur ; puis il remarque les différences qu'on constate chez les divers animaux domestiques : le cheval, le bœuf, le mouton et le chien. Après quoi il passe en revue les divers modes d'exploration physique.

La percussion est le premier mode d'exploration à appliquer. Comme chez l'homme, on emploie la percussion immédiate et la percussion médiate. L'auteur commence par exposer ce qu'on constate à l'état normal dans la poitrine des animaux.

Au point de vue pratique, il divise de la manière suivante les signes fournis par la percussion : 1° son clair ; 2° son mat ; 3° bruit de pot fêlé ou hydro-aérique ; 4° frémissement hydatique ; et il expose les principaux caractères de ces différents bruits.

Il analyse ensuite un autre signe fourni par la percussion et sur lequel on n'insiste pas assez chez l'homme, la résistance au doigt sur lequel on percute ; cependant Awenbruger, Laennec, Piorry, en ont donné une longue description.

Puis M. Saint-Cyr expose en détail quelle est la sonorité de la poitrine chez les animaux domestiques : 1° chez les solipèdes; il fait observer que, chez ces animaux, l'épaule couvre une grande partie de la poitrine, et que le son n'est pas le même à droite et à gauche (il accompagne sa description de figures schématiques qui montrent très-clairement les diverses va-

riétés de la sonorité); 2° chez les ruminants, l'épaule couvre moins la poitrine, de sorte que la sonorité est plus prononcée et que la percussion fournit des renseignements plus importants; 3° dans la race canine, la poitrine est remarquable par sa sonorité et son élasticité. De plus, comme l'épaule est très-mobile, on peut facilement, en portant fortement les pattes antérieures en avant, découvrir le thorax et le percuter jusque dans le premier espace intercostal, du moins dans cette partie qui correspond à la région sous-clavière chez l'homme. A gauche on constate la submatité du cœur, et, plus en arrière, la sonorité tympanique produite par le sac gauche de l'estomac, et la submatité de la rate. A droite, la matité produite par le foie, et au-dessous un bruit hydro-aérique qu'on dit produit par l'intestin contenant des liquides et des gaz; cependant M. Saint-Cyr ne peut affirmer que cette explication soit la véritable.

D'une manière générale, la poitrine est plus ou moins sonore chez les sujets très-jeunes ou vieux que chez les adultes, ce qui paraît tenir, pour le premier cas, à l'activité plus grande de la respiration; pour le second, à l'espèce de raréfaction que le poumon subit avec l'âge et à la proportion d'air plus grande relativement à la matière organique qu'il contient alors. Il y a également plus de sonorité chez les jeunes sujets de race pure. Il faut encore ajouter qu'il y a des variétés individuelles que rien ne semble pouvoir expliquer, et contre lesquelles il faut être toujours en garde.

A l'état de maladie, les signes fournis par la percussion de la poitrine, chez les animaux, sont de tous points comparables à ceux qu'on observe chez l'homme. Nous nous bornerons à signaler ce qui a trait à la péripneumonie contagieuse: « Il n'est pas de maladie, dit M. Saint-Cyr, qui solidifie le poumon d'une manière plus complète et dans une plus grande étendue que la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine, aussi n'en est-il pas qui donne lieu à une matité plus fémorale, et cela sur une surface parfois considérable. Il est cependant des cas où cette affection se présente sous forme de pneumonie lobulaire par noyaux du volume du poing ou un peu plus. » On conçoit que dans ces circonstances on éprouve les mêmes difficultés de diagnostic que chez l'homme dans des cas analogues, et on ne peut y arriver que par une percussion attentive et méthodique.

Nous pourrions dire de l'auscultation ce que nous avons dit de la percussion, c'est-à-dire qu'on constate sur beaucoup de points les mêmes symptômes que chez l'homme. Nous nous bornerons donc à signaler des particularités tout à fait spéciales et les règles qui doivent présider à l'auscultation des animaux. Chez le cheval, le bruit de la respiration présente les caractères d'une crépitation fine qui se perçoit très-nettement pendant toute l'*inspiration;* l'*expiration* est complétement silencieuse. Chez la plupart des autres animaux, chez le chien par exemple, outre le bruit d'inspiration qui offre à peu près les mêmes caractères que chez le cheval, on en perçoit un pendant l'expiration: c'est un murmure moins fort et plus bref, et qui offre manifestement un caractère un peu soufflant. Tel est le bruit ou murmure respiratoire naturel, le bruit de la respiration normale, ausculté sur la poitrine, avec lequel il est très-important de bien familiariser son oreille. Pour cela, il faut l'entendre souvent; il faut ausculter avec attention et plusieurs fois la poitrine de nos divers animaux.

Voici le résumé de ce qu'on observe : c'est que « chez le cheval, ce bruit thoracique est tout entier inspiratoire, tandis qu'il est à la fois inspiratoire et expiratoire chez la plupart des autres animaux, chez lesquels toutefois, le murmure inspiratoire est toujours plus fort, plus prolongé que celui d'expiration, lequel offre en outre un timbre légèrement soufflant, que ne présente pas, au même degré tout au moins, le bruit d'inspiration. » Puis l'auteur entre dans de nombreux détails sur les modifications que peut présenter la poitrine à l'état normal.

Le seul signe physique morbide, sur lequel nous appelons l'attention, parce que la connaissance en est due aux vétérinaires, est celui qu'ils désignent sous le nom de bruit de *gouttelettes*.

Le bruit de *gouttelettes* a été signalé pour la première fois vers 1850 ou 1851, par un vétérinaire militaire; son étude a été propagée depuis par M. Rey, professeur à l'Ecole de Lyon. Il existe un mémoire très-complet sur la question, publié par M. Liautard (1860). Si on approche son oreille des nasaux d'un cheval, dans certaines circonstances on entend : « de moment en moment, à intervalles à peu près égaux, un petit claquement court, rapide, instantané, parfaitement comparable à celui que ferait un liquide tombant goutte à goutte à la surface d'un autre liquide. » Il se manifeste toujours entre la fin de l'inspiration et le début de l'expiration sans qu'il soit possible de dire qu'il appartient plutôt à l'une qu'à l'autre; on entend encore le bruit en d'autres points du corps, jamais aussi bien qu'à l'entrée des nasaux. Pour M. Liautard, il croit que c'est un bruit qui se passe dans le larynx, au niveau de la glotte.

Voici en résumé la signification qu'on lui donne : « Dans toutes les affections, dit M. Liautard, où la respiration devient difficile, où l'inspiration exige une dilatation exagérée de la glotte, se trouvent réalisées les conditions favorables à la manifestation du bruit de gouttelettes. C'est ainsi que nous l'avons entendu plus ou moins souvent dans la pneumonie, la bronchite, l'emphysème pulmonaire, dans quelques cas de morve, de gourme, de coryza. » Cependant, M. Saint-Cyr fait remarquer que c'est surtout dans la pleurésie qu'on l'entend.

Enfin, M. Saint-Cyr consacre un dernier chapitre à la *pnéographie ;* cette méthode, jusqu'ici peu applicable chez l'homme, mérite toute attention quand il s'agit des animaux. Pour juger de ce que peut donner au point de vue clinique la méthode pnéographique, il était d'une extrême importance de l'appliquer chez les animaux, il fallait faire des expériences. Or, l'étude que M. Saint-Cyr a faites sur les animaux malades, après avoir étudié l'état sain, sont bien propres à éclairer cette question : « Ces résultats sont encore fort incomplets, dit-il; tels qu'ils sont, cependant, ils ne sont pas dépourvus de tout intérêt, et ils suffisent tout au moins pour faire entrevoir quel parti la science et la pratique pourront tirer un jour de l'étude pnéographique de la respiration, quand cette étude sera un peu plus avancée et plus facilement applicable. »

Tel est le livre de M. Saint-Cyr. Toute la partie qui est consacrée à l'auscultation et à la percussion est aussi complète que possible. La lacune qu'il se proposait de combler n'existe plus.

Il est très-intéressant pour le médecin de lire ce travail: il lui fera voir qu'en maintes circonstances les symptômes observés chez les animaux lui serviront à étudier les mêmes signes chez l'homme. C'est une nouvelle preuve que la pathologie comparée est une étude féconde, et qu'elle est la réalisation spontanée de cette grande base de la médecine moderne : l'expérimentation.

H. Chouppe.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE : CHAUFFARD.

La mort subite de M. le professeur Chauffard a douloureusement ému tous les vrais amis de l'Université, tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de nos institutions médicales, et nous sommes certain d'exprimer leurs sentiments en disant ici tous les regrets que nous inspire cette perte si inattendue. Médecin des hôpitaux, professeur de la Faculté, membre de

l'Académie, inspecteur général de l'enseignement supérieur, notre éminent confrère était digne des hautes fonctions qu'il a a été appelé à exercer; et, disons-le hautement, il les a dignement remplies. Lorsque, en 1857, il quitta définitivement sa ville natale, où, pendant dix années, il avait exercé la médecine et continué les traditions de son vénérable père, ce fut à la suite d'un remarquable concours qu'il obtint le titre d'agrégé qui lui permit de suppléer Andral, et mit ainsi en relief les brillantes qualités dont il était doué. Nommé en 1861 médecin du Bureau central, M. Chauffard était appelé, en 1870, à monter dans la chaire de pathologie générale qu'Andral avait illustrée. A cette époque, il avait déjà publié ses *Lettres sur le vitalisme*, divers travaux de philosophie ou de critique médicale, et ses *Principes de pathologie générale*, ouvrage dont on peut contester l'esprit et la méthode, mais dont nul ne saurait méconnaître la valeur. Son enseignement, qui devait nécessairement résumer ces importants travaux, n'eut cependant ni le succès, ni l'éclat qu'un esprit aussi élevé, un savant aussi distingué était en droit d'espérer. On ne s'en étonnera point, si l'on songe combien il devient plus difficile chaque jour d'intéresser à des idées exclusivement théoriques et doctrinales un auditoire qui ne se passionne plus que pour les recherches de laboratoire ou les observations cliniques. M. Chauffard avait des convictions à défendre, une doctrine à faire connaître. Il ne voulut pas suivre le mouvement qui entraînait les esprits vers l'étude exclusive de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. Il s'efforça de vulgariser des idées qui n'étaient aisément comprises que par un petit nombre d'esprits distingués. Sa parole fut toujours correcte et sa plume toujours élégante; mais il fallait, pour suivre les développements que le professeur donnait à des doctrines qui n'avaient pas toujours le degré de précision auquel accoutume l'étude des faits, certaines connaissances philosophiques et un amour de l'étude que n'eurent pas, au même degré, tous ceux qui l'ont écouté ou qui ont lu ses ouvrages. Il est d'ailleurs très-intéressant de comparer entre elles les premières et les dernières pages qu'il a écrites, pour mieux comprendre l'évolution progressive qui s'est faite dans l'esprit de ce penseur éminent. Quelques-uns des chapitres de son livre sur la *Vie*, que nous avons analysé récemment, et ces chefs-d'œuvre d'analyse et de critique consacrés à l'étude des travaux de Broussais, de Chomel, d'Andral, de Cl. Bernard, sont, à ce point de vue, bien instructifs. On y voit avec quelle conscience M. Chauffard s'efforçait de concilier les découvertes positives de la science moderne avec les idées qu'il s'était faites de la vie et de ses fonctions. Le temps n'était peut-être pas éloigné où une nouvelle doctrine de la *spontanéité* et de la *spécificité dans les maladies* eût contredit quelques-unes des pages écrites en 1867. On l'a compris en écoutant, à l'Académie, ses trois discours sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. On n'a point oublié non plus la discussion sur la tuberculose, ni l'art avec lequel le savant académicien sut trouver, dans sa deuxième communication, une doctrine nouvelle pour interpréter les faits qu'on venait de lui opposer.

L'œuvre de M. Chauffard se complétait et se perfectionnait donc chaque jour, et cependant, que d'occupations diverses, que de travaux souvent ingrats le détournaient des études qu'il préférait! Inspecteur général de l'enseignement supérieur, le professeur de la Faculté avait été appelé à ces fonctions, si difficiles à bien remplir, à une époque et dans des conditions où, seul, il était capable de satisfaire à tous les devoirs qu'imposait alors une aussi lourde responsabilité. Or, nous pouvons l'affirmer, c'est avec l'esprit le plus libéral, avec la plus scrupuleuse impartialité, qu'il a présidé aux réformes qui ont eu pour résultat de perfectionner l'enseignement supérieur de la médecine. Chacun sait la part qu'il a prise à la création et à l'organisation des facultés de Lyon et de Bordeaux. On a pu lire ici même les éloquentes paroles qu'il a prononcées en inaugurant ces deux grandes écoles. Quant à ceux qui ont eu à solliciter son intervention, ou à lui indiquer quelque réforme utile à accomplir, ils n'oublieront jamais la cordiale et affectueuse bienveillance avec laquelle ils ont toujours été reçus et écoutés. « J'ai l'espérance, disait M. Chauffard, en inaugurant les cours de la Faculté de Lyon, que mon dévouement à l'œuvre naissante me sera compté à ce moment où l'œuvre est née, et me vaudra votre bienveillance en parlant de nos efforts et de nos désirs communs. » Nous aussi, nous avons l'espérance que justice sera rendue à cet honnête homme, à cet homme de bien, qui fut toujours, non-seulement un grand médecin et un écrivain remarquable, mais encore le plus affable, le plus courtois, le plus loyalement intègre des hauts fonctionnaires de l'Université.

— Les obsèques de M. Chauffard ont eu lieu dimanche, 9 février. Une foule de notabilités scientifiques et médicales avait tenu à venir lui rendre un dernier hommage. Quatre discours ont été prononcés sur sa tombe : par M. Potain, au nom de la Faculté; par M. H. Roger, au nom de l'Académie; par M. Hervieux, au nom de la Société médicale des hôpitaux; par M. Hérard, au nom de l'Association générale. Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de publier ces discours.

L. Lereboullet.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. Gervais, membre de l'Institut, professeur au Muséum et ancien professeur de la Faculté de Montpellier. M. Gervais était l'un des collaborateurs du *Dictionnaire encyclopédique*.

— Les journaux allemands nous apportent la nouvelle de la mort de Stilling, le célèbre anatomiste et chirurgien de Cassel, auquel on doit des études si remarquables sur la structure du cerveau et de la moelle épinière, et des mémoires de chirurgie pratique sur l'ovariotomie, les rétrécissements de l'urèthre, etc. Stilling a été plusieurs fois lauréat de l'Académie des sciences de Paris.

— On annonce aussi la mort de M. Mérault (d'Angers) (voyez à l'*Académie de médecine*).

PENSIONS AUX VEUVES DE MÉDECINS MORTS DE MALADIES CONTAGIEUSES.

Nous n'avons pas jugé à propos de répondre aux observations dirigées par deux ou trois journaux de médecine contre notre article relatif à la pétition qui tend à obtenir du Gouvernement des pensions pour les veuves de médecins morts de maladies contagieuses. Nous avons dit loyalement ce que nous pensons de cette pétition; nous n'avons nulle envie de faire contre elle une campagne. Mais il nous sera au moins permis d'opposer à des récriminations assez vulgaires l'opinion d'un des répresentants les plus considérables de la presse médicale anglaise. On lit dans le *Medical Times and Gazette* (vol. I, 1879, n° 1492) :

« A première vue, la proposition peut paraître plausible; mais un court examen montre qu'elle est basée sur une fausse analogie. Aucun des journaux de médecine français que nous avons vus ne l'appuie, et deux des principaux d'entre eux, la *Gazette hebdomadaire* et la *Gazette médicale*...., apportent contre son adoption des arguments qui semblent irréfutables. »

On remarquera cette déclaration de notre collègue : qu'il n'a vu la pétition défendue par aucun organe de la presse française. C'est qu'en effet les journaux les plus élevés dans l'opinion publique se sont abstenus. Ils ont exprimé, par leur silence, exactement ce que nous avons exprimé par une déclaration formelle. Le choix de leur mode de désapprobation a un motif qui n'est pas malaisé à deviner, mais qui ne regarde qu'eux; c'est le même probablement qui détermine l'approbation d'autres journaux. Ceux-là nous comprendront qui connaissent les nécessités du journalisme en général.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — SÉANCE GÉNÉRALE ANNUELLE.

La séance annuelle a eu lieu dimanche dernier au théâtre du Château-d'Eau, vaste salle qui peut contenir deux à trois mille personnes, et où pas une place n'est restée vacante. Cette séance était présidée par notre éminent confrère, M. Théophile Roussel, récemment élu sénateur. Ce choix avait une signification : c'est que la loi, dite *loi Roussel*, si opportune et si bienfaitrice qu'elle soit, ne doit aucunement ralentir la charité active des Sociétés privées, mais bien plutôt l'encourager par un exemple et par une sorte de patronage. C'est ce qui ressort de l'excellent discours du président de la Société, le docteur Marjolin, le défenseur des tours, qui apporte, on le sait, une chaleur d'âme particulière dans toutes les questions de bienfaisance et d'humanité. L'action spontanée de la Société protectrice s'unit aux prescriptions impératives de la loi Roussel dans un but commun, qui est la diminution de l'effroyable mortalité des nouveau-nés; mais, de plus, en pénétrant dans les familles et, pour ainsi dire, dans toutes les couches de la misère, en y étudiant de près les causes du dénûment, celles de la dégradation physique et de la dégradation morale, de tout ce qui enfin pèse tristement sur la destinée des enfants, la Société protectrice trouve des remèdes particuliers que la loi ne peut fournir. La loi cherche à prévenir le mal; la Société tout à la fois le prévient et le guérit. Ce discours de M. Marjolin, un peu chargé de détails minutieux qui auraient paru longs à une Académie, répondait bien par cela même aux dispositions d'un auditoire sensible aux choses du ménage, fussent-elles celles de la « couture » et du « pot-au-feu ». On l'a bien vu par les applaudissements qui ont salué l'orateur.

Ensuite on a entendu : 1° le compte rendu des travaux et de la situation de l'œuvre pendant l'année 1878, par M. le docteur Duchesne, secrétaire général; 2° le rapport de la commission du prix, par M. B. Raynaud, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel; 3° le rapport de la commission des médailles à décerner à MM. les médecins-inspecteurs et les inspecteurs délégués, par M. le docteur Fauvelle; 4° l'appel des lauréats; 5° le rapport de la commission des encouragements à l'allaitement maternel et des récompenses aux mères-nourrices, par M. le docteur Linas.

Un certain nombre de lauréats se sont présentés à l'appel de leurs noms pour recevoir leurs prix de la main de M. Th. Roussel.

La séance a été terminée par une *matinée* musicale et littéraire qui a eu lieu entre quatre heures et six heures du *soir*, et que peu de personnes ont désertée.

INSPECTION GÉNÉRALE. — Par décret en date du 10 février 1879, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Gavarret (Louis-Dominique-Jules), professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé inspecteur général de l'instruction publique, pour l'ordre de la médecine, en remplacement de M. Chauffard, décédé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 20 janvier 1879, M. Parrot, professeur d'histoire de la médecine, a été transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies des enfants créée à ladite Faculté.

— M. Campenon est institué prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Richelot. M. Nélaton est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Campenon. Ces arrêtés auront leur effet à dater du 1er novembre 1878.

— Il est créé à la Faculté de médecine de Paris trois cours auxiliaires, savoir : 1° un cours d'accouchements; 2° un cours de pathologie interne; 3° un cours de pathologie externe. Les agrégés de la Faculté de médecine de Paris dont les noms suivent sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés, pendant l'année scolaire 1878-79 : MM. Charpentier : cours d'accouchements; Fernet : cours de pathologie interne; Terrier : cours de pathologie externe.

— Sont nommés maîtres de conférences à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1878-79 : MM. Gariel, agrégé de physique; Gautier, agrégé de chimie; de Seynes, agrégé de botanique.

— M. de Seynes, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est rappelé à l'exercice pendant un an, en remplacement de M. Lanessan.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 30 janvier 1879, ont été nommés : MM. les docteurs MM. les docteurs Grancher, Dieulafoy et Straus, médecins à l'hôpital de Ménilmontant; M. Liouville, médecin à l'hospice La Rochefoucauld; M. Legroux, médecin à l'Hôpital temporaire de la rue de Sèvres; M. Rendu, médecin à l'hôpital de Lourcine; et M. Gillette, chirurgien à l'hospice de Bicêtre.

LA PESTE. — Le conseil sanitaire de Marseille a résolu : 1° de demander au ministre du commerce que toutes les mesures de préservation adoptées par la direction du port de Marseille soient rendues immédiatement obligatoires dans tous les autres ports du littoral; 2° d'imposer une quarantaine de qaarante-huit heures à tous les navires provenant de la mer Noire, bien que munis d'une patente nette; 3° l'assainissement absolu de toutes marchandises suspectes ou capables d'importer des miasmes (laines, etc.).

COURS PUBLICS. — M. E. Chambard, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collége de France, ouvrira son cours d'histologie normale et pathologique le 1er mars 1879. Pour les renseignements, s'adresser à M. Chambard, au Collége de France, les jeudis, mercredis et samedis de deux heures à quatre heures.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 31 janvier au 6 février 1879, on a constaté 1026 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 12. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 5. Variole, 7. — Croup, 22. — Angine couenneuse, 19. — Bronchite, 52. — Pneumonie, 98. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 10. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 3. — Erysipèle, 3. — Autres affections aiguës, 242. — Affections chroniques, 464 (dont 162 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 50. — Causes accidentelles, 29.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

Vingt-sixième année N° 8 21 Février 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité,* chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 20 février 1879.

La peste de 1879 et les quarantaines. — *Académie des sciences :* Même sujet.

La peste de 1879.

(Deuxième article.)

Au milieu de nouvelles incertaines, on conçoit la panique qui s'est répandue parmi les populations de Moscou, de Kief et d'Odessa. Dans la province d'Astrakan, à part les nombreuses localités voisines de cette ville, on signalait la présence du mal à Selitrenn, sur le Volga, au nord d'Astrakhan, dans la ville de Tsaritsin, plus au nord encore, et à Nikolaïef, dans la province de Saratow; mais des renseignements plus récents et plus autorisés ont contredit ces nouvelles.

Le document le plus complet qui nous soit parvenu est le rapport de l'*Office impérial de santé allemand,* que la plupart des journaux ont reproduit, et que nous devons aussi faire connaître. A l'aide de ce rapport, il sera facile, avec une bonne carte géographique sous les yeux, de suivre la marche de l'épidémie depuis ses origines jusqu'à Astrakhan.

Il n'y a pas à avoir le moindre doute sur le fléau qui frappe les environs de cette ville. C'est une explosion, limitée jusqu'ici, mais très-intense, de la peste indienne, compliquée de pneumonie et ayant une marche très-aiguë et promptement fatale. C'est la vraie *maladie noire* du quatorzième siècle. La théorie de l'inhumation à une profondeur insuffisante des nombreux sujets morts de typhus par suite de la dernière guerre turco-russe, celle de l'enfouissement à fleur de terre des chevaux morveux, sont peu fondées. Celle qui fait de l'invasion actuelle le dernier anneau asiatique, par conséquent le premier rameau européen d'une chaîne d'explosion pestilentielle dont l'angle nord-ouest de la Perse a vu depuis plusieurs années le développement, cette théorie-là, dit le rapport allemand, est beaucoup plus rationnelle.

C'est dans les montagnes de la province d'Aderbaidjan que la peste, après une disparition de vingt-huit ans, s'est de nouveau montrée en 1863-64, 1870-71, 1873-74, 1876-77, alternant avec des explosions analogues ayant eu lieu en 1867-68, 1873-74, 1877, près de Bagdad, dans la vallée inférieure de l'Euphrate. On sait que la majorité des Persans appartient à la religion schyite, c'est-à-dire à la secte musulmane qui suit la tradition d'Ali. Les principaux sanctuaires de cette religion se trouvent dans des villes de la vallée inférieure de l'Euphrate, qui possèdent les tombeaux d'Ali et de son fils. Le rapport allemand mentionne les nombreuses relations des habitants du nord-ouest de la Perse avec la ville de Mesched-Hossein ou Keibela, à 98 kilomètres sud-ouest de Bagdad, sur un bras de l'Euphrate, qui garde la sépulture de l'iman Hossein, fils d'Ali, tué en ce lieu, de même qu'Ali avait été tué à Kufa. Ces villes saintes sont le but de nombreux pèlerinages qui s'accomplissent peut-être dans leur ensemble avec moins de danger pour la salubrité publique que les grands pèlerinages à la Mecque, dont nous avons raconté ici même, en 1865, le dégoûtant épisode (*Gazette hebdomadaire,* n^{os} de septembre 1865 et suiv.). Les Persans schyites sont dans l'usage de transporter à Mesched-Hossein, par des caravanes spéciales, les corps de leurs parents, afin qu'ils reposent auprès des restes du fils de leur prophète. Ces transports cadavériques se font avec l'omission des règles les plus élémentaires de l'hygiène. Il est à remarquer, dit le rapport allemand, que les explosions pestilentielles ont plus d'une fois coïncidé avec les époques où ces transports ont eu lieu.

C'est une coutume très-ancienne en Orient, et dont l'extirpation sera difficile, de mal ensevelir les cadavres. Après toutes les grandes guerres, les mêmes causes infectieuses s'y sont montrées. Corneille parle, dans sa tragédie de *Pompée,* de :

> Ces montagnes de morts, privés d'honneurs suprêmes,
> Que la nature force à se venger eux-mêmes,
> Et dont les troncs pourris exhalent dans les vents
> De quoi faire la guerre au reste des vivants.

C'est encore la même chose aujourd'hui. Voltaire trouve ce développement inopportun dans l'exposition d'une tragédie (*Commentaires sur Corneille*). Il aurait eu moins à redire, sinon au point de vue du bon goût littéraire, du moins à celui de la vérité, si Corneille avait mis :

> De quoi *donner la peste*...

Depuis qu'on écrit l'histoire, les plus grandes épidémies, les plus redoutables contagions nous viennent de l'Orient. Au moment où la politique et la guerre assignent aux limites de ces divers empires des modifications importantes, l'assemblée plénière des représentants des pays civilisés devrait bien leur imposer les mesures nécessaires pour qu'ils ne nous envoient plus tous les quinze ans le choléra ou la peste, s'ils ne peuvent parvenir à les éteindre chez eux.

En février 1877, continue le rapport allemand, l'épidémie s'avance jusqu'à Recht, capitale du Ghilan. Cette grande ville, située à 10 kilomètres de la baie d'Inzéli, est le centre d'un mouvement maritime fort important avec le gouvernement d'Astrakhan. Les environs ont, en outre, de nombreux rapports par terre avec les habitants de l'est du Caucase, et sont le siége d'une contrebande active pour les soieries et le thé. Dès le mois de mai 1877, plusieurs cas sporadiques plus ou moins graves éclatèrent dans le gouvernement d'Astrakhan. On a invoqué, pour les expliquer, le contact des sujets atteints avec des pelletiers d'origine persane. Des affections relativement légères précédèrent à Vetlianka et ses environs l'épidémie

actuelle, dont l'humidité et l'élévation de la température favorisèrent d'abord le développement. Avec le retour du froid qui eut lieu le 24 décembre, l'épidémie aurait commencé à diminuer. Sans doute l'action de l'humidité doit être mise au nombre des causes débilitantes qui facilitent pour leur part l'apparition de la peste, comme elles facilitent celle d'autres états cachectiques, tels que la fièvre puerpérale, la diphthérie, le scorbut et le typhus. Mais la peste ayant, en sus de l'élément asthénique, commun à tous ces états, un caractère spécifique qui lui est propre, il ne faut pas exagérer, tout en en tenant compte, cette influence de l'humidité, pas plus que celle d'une température douce. M. Lutaud a eu raison de faire ses réserves sur ce dernier point d'étiologie, et de rappeler que la peste avait sévi antérieurement dans l'Ukraine et en Roumanie par les froids les plus intenses (*Gazette hebdomadaire* de 1879, n° du 31 janvier).

Les cordons sanitaires et les quarantaines paraissent avoir eu d'excellents effets. Tsaritzin, point terminal des chemins de fer russes du côté d'Astrakan, a été isolé du reste du monde. Grâce à ces mesures énergiques, aucun cas n'aurait apparu ni dans le gouvernement de Saratow, qui confine à celui d'Astrakan, ni dans aucun autre gouvernement russe. Le discours prononcé par l'empereur Guillaume, le 12 février, à l'ouverture du Reichstag, contient ces paroles rassurantes : « La Russie réussira très-prochainement à étouffer le fléau, au moins chez elle. Dès que ce résultat sera obtenu, la circulation aux frontières sera remise sur son pied conforme aux bonnes relations politiques qui unissent les deux pays. »

Les autres gouvernements ne sont pas restés inactifs.

La Grèce a prescrit une quarantaine de quinze jours pour toutes les provenances de la mer d'Azof, de la mer Noire et de tous les ports turcs. L'Italie a pris des mesures analogues. Le conseil de santé de Madrid a demandé la suppression du service rapide de Lisbonne à Saint-Pétersbourg. Il a prescrit de plus une quarantaine de sept jours pour toutes les provenances de la mer Noire, de la mer d'Azof, de la mer Égée, de l'archipel turc, de la Grèce, de la Syrie, ainsi que pour celles de Salonique, parties après le 20 janvier. L'intendance sanitaire de Port-Mahon a porté à quinze jours la durée de la quarantaine.

Le gouvernement français a pris à son tour des mesures qui semblent répondre aux plus légitimes exigences. Il s'est de plus efforcé d'éclairer l'opinion publique en lui exposant la réalité des faits pour prévenir une panique sans motifs qui, d'ailleurs, si elle était justifiée, n'empêcherait pas la propagation du fléau. Si, en effet, l'épidémie n'est pas sortie de son foyer primitif, à quoi bon mettre en quarantaine même les provenances de l'Égypte et de la Tunisie, ainsi que l'a prescrit tout récemment le Conseil sanitaire de Marseille? On avait parlé des cas survenus à Cavala, en Roumélie, et à Xamtri, près de Salonique. Mais, d'après les informations du *Journal officiel* du 11 février, l'épidémie ne se serait pas étendue et les mesures énergiques prises pour l'éteindre dans son foyer auraient été efficaces. Un médecin français a été envoyé par le gouvernement de la République pour aller étudier et au besoin combattre sur place la maladie, de concert avec les membres de la commission austro-allemande. Les bruits qui ont couru sur l'apparition du fléau dans la Turquie d'Europe, notamment à Cavala, proviennent d'une erreur d'appréciation. La peste n'existe encore qu'à une distance considérable de la mer Noire et de la mer d'Azof, et les points envahis sont entourés de cordons sanitaires. Néanmoins, pour plus de sûreté, des mesures de précaution (quarantaines de deux jours au moins, avec désinfection des objets dangereux) seront appliquées jusqu'à nouvel ordre dans nos ports de la Méditerranée, Algérie comprise, pour toutes les provenances d'Orient, et des mesures plus sévères seraient appliquées en cas de besoin. Une dépêche de Trieste, publiée le 12 février par un journal marseillais et annonçant que l'apparition de la peste en Roumélie n'est pas confirmée, semblait justifier ces simples mesures de précaution. Mais le gouvernement italien ayant porté à vingt jours la durée des quarantaines, même pour les provenances d'Égypte, où l'épidémie n'existe pas, il a fallu, afin de sauvegarder notre propre commerce, entrer dans cette voie. Nous croyons qu'on a bien fait, au point de vue purement médical.

Déjà le Conseil sanitaire de Marseille avait demandé l'application immédiate, à tous nos ports de la Méditerranée, même avant l'arrivée des ordres du ministre, de toutes les mesures de précaution prescrites à Marseille par la direction de la santé. Ces jours-ci, il a prescrit une quarantaine de dix jours pour toutes les provenances de la mer Noire, de la mer d'Azof, de l'Archipel, de la Turquie, de l'Asie Mineure, de l'Égypte et de la Tunisie, et en même temps la mise en quarantaine et la désinfection complète, au Frioul et aux îles, de tous chiffons et lainages arrivant par mer (*Sémaphore* du 12 février).

Personne ne peut s'élever contre ces mesures de première nécessité. Deux honorables courtiers en chiffons cependant ont presque conclu, implicitement du moins, à leur inutilité, en rappelant l'immunité fréquemment observée au lazaret par des agents inférieurs de l'administration sanitaire, qui se vautrent et s'allongent sur les chiffons qu'ils sont chargés de déballer et de désinfecter. C'est là un fait qui trouve son analogue dans plusieurs épidémies et qui n'a d'ailleurs rien d'absolu. Ces deux courtiers ont été plus utiles à la tranquillité publique en démontrant ce qu'avait d'exagéré une rumeur qui s'était propagée dans Marseille sur l'apport direct d'échantillons de chiffons à la bourse de cette ville. Il suffit que des bruits de cette nature aient pu se répandre pour que l'autorité veille avec vigueur à ce qu'ils ne soient jamais l'expression de faits réels.

Voici maintenant les nouvelles informations contenues dans le *Journal officiel* du 15 février. La reproduction est presque textuelle.

Les nouvelles précédentes sont confirmées en ce qui touche la non-extension du fléau. Seulement une dépêche de Saint-Pétersbourg annonce que, par suite du dégel, il y a augmentation des cas dans les localités atteintes. Quant à la Turquie d'Europe, ce n'est pas la peste, c'est le typhus exanthématique qui y règne à l'état épidémique depuis la dernière guerre.

Pour rassurer l'opinion publique et sauvegarder notre commerce contre la mise en quarantaine des provenances françaises dans les ports d'Italie, d'Autriche et d'Espagne, toutes les provenances de la mer Noire et de l'empire ottoman seront considérées comme suspectes, et, même en cas de patente nette, il leur sera appliqué le règlement relatif à la patente brute.

Ces mesures sont plus rigoureuses dans les ports de la Méditerranée que dans ceux de l'Océan.

Dans les ports de la Méditerranée, les navires suspects (article 36 du règlement général), c'est-à-dire n'ayant aucun cas de peste constaté pendant la traversée, seront soumis à une quarantaine qui ne peut être purgée que dans un port à lazaret.

Pour les personnes, la quarantaine d'observation est de cinq à dix jours pleins, soit au lazaret, soit à bord si le lazaret est insuffisant.

Le déchargement sanitaire, la désinfection des effets à usage, de ceux susceptibles et du navire, est obligatoire.

La quarantaine des personnes restées à bord est de cinq à dix jours pleins et ne commence que quand la désinfection du navire est terminée.

Si les navires sont infectés, c'est-à-dire s'ils ont eu, s'ils ont encore des accidents de peste à bord (article 36 du règlement), les malades sont immédiatement débarqués au lazaret.

Les non-malades sont soumis à une quarantaine de dix à quinze jours pleins, à partir de l'entrée des précédents au lazaret.

Le déchargement sanitaire et la désinfection des effets et du navire est naturellement plus rigoureuse encore que dans le cas de simple suspicion, et la quarantaine de dix à quinze jours pleins pour les passagers restés à bord ne commence que quand la désinfection est terminée.

Dans les ports de la Manche et de l'Océan, les mêmes mesures ont été prescrites; seulement la quarantaine d'observation n'est que de trois à cinq jours pleins dans les cas de suspicion et de cinq à dix dans les cas d'infection nautique.

Si nous étions menacés par les provenances maritimes du Nord, comme nous pouvons l'être par celles du Sud, il y aurait lieu d'égaliser les délais.

Quelque vexatoires en apparence que soient ces ordonnances, nul ne doit refuser de s'y soumettre. On a pensé, en les édictant, que la surveillance sanitaire d'Astrakhan ne répondait qu'à une partie des exigences, et que l'épidémie, non encore éteinte peut-être dans la Russie du Caucase et le nord-ouest de la Perse, pourrait nous arriver par les ports orientaux de la mer Noire, par ceux de l'Asie Mineure, par les caravanes qui font le trajet du Caucase à Smyrne, en Syrie et en Égypte. Nous avons le ferme espoir que ces précautions seront efficaces et que nous pourrons, en conséquence, terminer ou interrompre cette étude. Une de ses conclusions pratiques est l'adoption, en temps d'épidémies, des purifications et des quarantaines terrestres telles que le gouvernement romain les pratiquait dès 1865 pour préserver du choléra la Ville Éternelle, telles que le gouvernement espagnol les imposait récemment aux régiments revenant de ses possessions du nord-ouest de l'Afrique, où la fièvre jaune avait paru; telles qu'on les applique actuellement pour nous préserver sur les frontières européennes de la Russie. Si nous étions parvenu à ces résultats, nous ne regretterions pas d'avoir pris la plume.

A. Espagne.

La peste de Vetlianka et les quarantaines.

L'Académie des sciences vient d'être saisie par M. de Lesseps (séance du 17 février) de la question des quarantaines, à l'occasion des mesures prises par le gouvernement français contre l'importation des marchandises venant de l'Orient.

Le savant académicien proteste énergiquement contre ces mesures qui, d'après lui, n'auraient aucune efficacité. Il se déclare l'adversaire résolu des quarantaines, qui ne seraient qu'un mal très-certain et un remède imaginaire. Pour mieux prouver que la peste n'est pas contagieuse, il rappelle qu'en 1834 et 1835 il a vu de très-près l'épidémie du Caire, qu'il a enseveli de ses propres mains plusieurs pestiférés, qu'il s'est couché côte à côte avec eux, et qu'il n'a point été atteint de la maladie, alors cependant qu'elle faisait autour de lui près de 75 000 victimes.

M. de Lesseps aurait pu, comme le lui a fait remarquer M. Bouillaud, citer l'exemple de Desgenettes, et nier tout à la fois la contagion et l'inoculabilité de la peste. Mais, s'il est d'accord avec Clot-Bey et la plupart des médecins qui ont observé la peste en Égypte, il ne l'est point, bien qu'il ait cru pouvoir le dire, avec le plus grand nombre des épidémiologistes. Aux expériences de Desgenettes, Clot-Bey et Pruner, on peut opposer, en effet, celles de White qui succomba huit jours après l'inoculation, et de Céruti, qui tua cinq personnes sur six en prétendant inoculer la maladie par mesure préventive. Aux observations que cite M. de Lesseps, aux tentatives faites à Moscou en 1770 et au Caire en 1835 sur des forçats ou des condamnés à mort qui furent barbouillés avec du sang pestiféré ou soumis à des inoculations restées inoffensives, on peut répondre en citant les nombreux faits dans lesquels l'importation de la peste a été rendue évidente. C'est ce qui est démontré pour la peste de Marseille apportée le 25 mai 1720 par le bâtiment commandé par le capitaine Chataud. La peste se déclara au lazaret, et ses premières victimes furent les gardes de la quarantaine. Depuis cette époque la peste fut importée, en 1769, par les Turcs en Moldavie et en Valachie. En 1813 à Malte, en 1815 à Noja, en 1818 à Venise, l'importation est aussi indéniable. On en pourrait énumérer de plus nombreux exemples. Mais ces faits sont connus de tous les épidémiologistes et les subtilités de dialectique soulevées au sujet de la définition des mots *infection* et *contagion* ne leur enlèvent point leur valeur. Si l'on explique difficilement les faits négatifs, puisque les conditions de race, de tempérament, d'acclimatement sont insuffisantes (l'épidémie de Vetlianka en est la preuve) pour préserver de la peste certains individus, on ne saurait cependant les opposer aux faits positifs d'inoculation et d'importation. L'immunité dont jouissent certaines personnes, malheureusement en trop petit nombre, ne doit pas entraver les mesures de préservation que réclament les intérêts des populations exposées à l'importation d'un aussi dangereux fléau. Nous nous associons donc aux protestations énergiques qu'a fait entendre M. Bouley. Il faut agir de suite: il faut chercher à étouffer la maladie dans son foyer d'origine; il faut adopter sans hésitation les mesures rigoureuses qu'a proposées le docteur Botkin et qu'ont adoptées les autorités russes.

Mais, si nous croyons à la contagion de la peste, si nous reconnaissons la nécessité de combattre par tous les moyens possibles l'extension du fléau et de chercher à le localiser sur les rives du Volga, à l'aide d'un cordon sanitaire aussi infranchissable que possible et à l'aide de mesures de désinfection et de purification locales très-rigoureuses, nous pensons aussi que l'émotion créée en Europe par cette nouvelle épidémie et les appréhensions qu'elle a suscitées sont exagérées. Nous sommes persuadé que des mesures quarantenaires rigoureuses n'auraient pas leur raison d'être sur nos côtes, et que, l'épidémie actuelle pouvant durer assez longtemps, elles seraient ou bien maintenues inutilement pendant plusieurs mois au grand dommage de nos intérêts commerciaux, ou bien supprimées très-rapidement et négligées dès lors, en raison du discrédit qui les aurait frappées, au moment où elles pourraient devenir nécessaires. Les quarantaines rigoureuses seront inutiles, parce qu'il est permis

d'espérer que la peste ne s'étendra pas aujourd'hui au delà de son foyer d'origine.

C'est ce que vient de déclarer avec autorité M. le docteur A. Fauvel dans un article que publie la *Revue d'hygiène* (n° 2, p. 89). Les documents nous manquent pour pouvoir déterminer si l'épidémie actuelle a pris naissance spontanément à Vetlianka, comme s'est développée l'épidémie de Recht, ou si elle n'est que la propagation de cette dernière. Mais ce que nous devons affirmer, car il semble qu'on l'ignore, c'est que cette épidémie, si cruelle qu'elle soit, n'est pas une maladie nouvelle, qu'elle n'est que la suite et la conséquence d'une série d'épidémies locales qui, depuis 1858, sévissent, comme tous les maux de misère, dans ces régions déshéritées où les bienfaisantes influences de l'hygiène ont tant de peine à s'exercer. En 1858, l'épidémie de la province de Benghazi ne s'est pas étendue. Les épidémies de 1863 dans le district persan de Makin, de 1867 et 1873 à Bagdad, de 1870 et 1871 dans le Kurdistan, de 1874 au sud de la Mecque, enfin celle de 1877 à Recht n'ont pas dépassé Constantinople, la Russie méridionale ou la Perse.

« Chaque épidémie, dit M. Fauvel, a pour ainsi dire évolué sur place, c'est-à-dire au milieu des circonstances qui l'avaient fait naître et se propager. Les caractères de la maladie sont restés les mêmes, sa gravité n'a pas diminué, elle n'a rien perdu de sa ténacité dans les lieux qu'elle a atteints, mais sa tendance à se répandre au loin a été moindre, sans que ce résultat puisse toujours être attribué aux précautions prises pour arrêter sa marche envahissante. » Dans toutes ces régions habitent des populations « misérables, vivant dans des localités insalubres, et dans des conditions de malpropreté et d'infection portées au plus haut degré. Presque toutes ces épidémies ont été précédées d'une famine qui avait réduit les habitants à se nourrir de détritus de toute sorte. » Il n'est donc point étonnant que la peste qui règne d'une manière presque permanente dans les régions que nous venons de signaler ait eu un degré de gravité exceptionnel après la guerre russo-turque qui vient de rendre plus misérables encore les populations qui y ont pris part.

M. le docteur Tholozan, qui à plusieurs reprises déjà a appelé l'attention sur les épidémies de peste localisées à certaines régions, n'avait-il point prévu l'épidémie actuelle, lorsque le 20 juin 1877 il disait à l'Académie des sciences : « La guerre actuelle entre la Turquie et la Russie pourra bien favoriser le transport de la peste par tes troupes asiatiques, et créer dans les agglomérations d'hommes qu'entraînent les nécessités stratégiques des conditions hygiéniques défavorables qui prédisposent à la maladie. » La peste, comme le typhus et le scorbut, affectionne les milieux créés par les nécessités de la guerre ; mais de ce que la recrudescence de la peste pouvait être prévue, de ce que les observations épidémiologiques semblent prouver qu'elle restera limitée à son foyer d'origine, faut-il en conclure, avec M. de Lesseps ou bien avec le docteur Hirsch, qui est aussi opposé à l'établissement des quarantaines, que l'on doit uniquement se préoccuper de chercher à guérir les malheureux qui sur le territoire d'Astrakan sont décimés par le fléau ? Telle ne saurait être notre pensée. M. le docteur Fauvel fait remarquer que si de Vetlianka, Pritchiba, Nicolsky, Tschernyjar, Starizkoje, la maladie gagnait Tzaritzin, le danger serait bien plus grand. Une voie ferrée pourrait transporter la maladie à Moscou ; une autre en favoriserait l'extension jusque sur le littoral de la mer d'Azof ou de la mer Noire. Or ce dernier chemin traverse des contrées qui ont été ravagées par la guerre, de sorte que, dit M. Fauvel, « si la maladie venait à faire invasion en Roumélie où tant de ruines et de misères ont été accumulées, elle y trouverait des conditions bien favorables à son développement. » Il importe donc que l'épidémie actuelle soit très-sévèrement circonscrite et combattue dans la province d'Astrakhan. Mais il importe aussi et surtout que les autorités sanitaires soient tenues au courant de la marche et des progrès de l'épidémie actuelle. La mission confiée à M. le docteur Zuber, professeur agrégé d'épidémiologie au Val-de-Grâce, répond à ce vœu si légitime. Si l'épidémie actuelle reste limitée et peut être étouffée dans son foyer sur les bords du Volga, point ne sera besoin de multiplier des mesures de préservation très-préjudiciables aux intérêts du commerce et de l'industrie. Mais si les efforts tentés pour arrêter l'extension du fléau ont été inefficaces dans la Russie méridionale, si la maladie vient à atteindre la mer d'Azof, il sera indispensable d'agir avec promptitude et énergie. Nous espérons encore qu'il ne sera pas nécessaire d'ajouter aux prescriptions que vient de faire le gouvernement français des moyens de préservation plus rigoureux, et nous ne pouvons mieux terminer qu'en reproduisant la conclusion de M. Fauvel. « En résumé, dit-il, les craintes conçues en Europe à la nouvelle de l'apparition d'une épidémie pestilentielle au sud-est de la Russie ne sont pas justifiées dans leur exagération ; nous pensons que cette épidémie ne se propagera pas beaucoup au delà de ses foyers actuels et même que, par suite des mesures énergiques prises par le gouvernement russe, elle sera éteinte... Nous admettons qu'en tout état de cause, grâce à des mesures préventives sagement appliquées, ni l'Europe en général, ni la France en particulier n'auraient rien à craindre de cette épidémie. »

L. L.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Hémichorée préhémiplégique ; hémianesthésie. — Foyer hémorrhagique dans le noyau lenticulaire et la capsule interne du côté opposé, par le docteur J. Grasset, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les faits d'hémianesthésie et d'hémichorée préhémiplégique sont rares ; les autopsies des cas de ce genre ont donc toujours un grand intérêt. En ce moment, où les localisations cérébrales sont si étudiées et encore si discutées, l'observation suivante mérite d'être connue et rapprochée de celles qu'ont réunies déjà différents auteurs (Veyssière, Rendu, Raymond, etc.).

Obs. — Le nommé Boud... (Achille), né à Paris, âgé de cinquante-neuf ans, est depuis quelques années à l'Hôpital Général ; depuis son entrée à l'hôpital, on n'a jamais constaté chez lui le moindre signe d'hémiplégie ancienne.

Le 17 janvier 1879, il se lève comme d'habitude (il ne couchait pas à l'infirmerie) à six heures du matin. Il monte un petit escalier en portant une fiole à la main ; un moment il veut mettre la fiole dans sa poche, perd l'équilibre, tombe et se blesse grièvement à la main gauche : l'hémorrhagie est assez abondante.

A huit heures, l'hémorrhagie a été arrêtée avec de l'amadou et du perchlorure de fer ; il est assis à l'infirmerie et me raconte lui-même l'accident qui lui est arrivé ; il ajoute qu'il s'est donné en tombant un coup à la tête ; on n'en trouve aucune trace extérieure. Il n'a à ce moment aucune espèce de paralysie.

A deux heures après-midi, pas de paralysie encore ; il répond comme d'habitude aux questions. Il s'est mis au lit parce qu'il s'est senti un peu fatigué.

A deux heures et demie, on le trouve tout couvert de sang; l'hémorrhagie de la main gauche s'est reproduite et il est rempli de sang. En même temps il a l'air ahuri, la bouche ouverte, ne répond pas aux questions qu'on lui adresse et a le bras droit paralysé.

Bientôt après, mon collègue le docteur S.-H. Serre pratique, avec un succès complet, la ligature de deux ou trois artérioles de la main; à partir de ce moment l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite. A ce moment et pendant toute la soirée la jambe droite n'est pas paralysée; elle est, au contraire, animée de mouvements incessants, dans un état d'instabilité constante; le reste du corps reste immobile. 38 degrés et 38°,4 de température.

Le lendemain 18 (matin), nous le trouvons allongé sur le dos, la bouche ouverte, le regard fixe, la tête fortement étendue en arrière. Il entend bien ce qu'on lui dit, mais ne parle que très-difficilement et articule très-mal. Il ne peut pas tirer la langue; quand on l'invite à le faire, il fait de vains efforts pour obéir, mais sa langue ne peut pas dépasser les arcades dentaires. Le bras droit est complétement paralysé; la jambe est aussi paralysée, mais d'une manière moins absolue; il n'y a plus trace de mouvements choréiformes. L'anesthésie est complète dans tout ce côté. Pas de déviation marquée de la face; le malade ferme bien les deux yeux ensemble et isolément. 38 degrés; 37°,7. — Une bouteille eau de Sedlitz; lavement purgatif.

Le 19, troisième jour, l'état s'est aggravé; la paralysie est complète dans le bras et la jambe du côté droit; il remue, au contraire, spontanément le bras et la jambe gauches; la tête tombe à droite. Le malade ne répond pas du tout aux questions adressées, est complétement affaissé. 37°,8; 38 degrés.

Le 20, quatrième jour, la tête, qui jusqu'alors avait eu de la tendance à tomber à droite, est tournée à gauche ainsi que les yeux. On peut, en le lui ordonnant, lui faire porter les yeux jusqu'à la ligne médiane; ils ne la dépassent pas, et tant qu'ils gardent cette position ils sont animés de mouvements oscillatoires peu rapides dans le sens vertical; ils reviennent ensuite dans l'angle gauche de l'orbite. La paralysie et l'anesthésie sont complètes dans le bras et la jambe à droite; pas de contractures; pas de déviation de la face. Le malade va sous lui; il ne répond pas du tout et avale difficilement.

Le 21, cinquième jour, un peu mieux; il comprend ce qu'on dit et parle un peu. Même état des membres. Avec la connaissance plus complète qu'il a aujourd'hui, on constate plus nettement que jamais l'anesthésie du côté droit. Quand il fait effort pour soulever le bras droit, il contracte un peu le biceps et le grand pectoral.

Le 22, sixième jour, même état. Quelques mouvements obscurs dans le bras droit; il parle un peu, demande de la tisane. La tête est toujours fortement étendue en arrière et dirigée à gauche; mais, quand on l'y invite, il la ramène assez bien à la ligne médiane. Quelques mouvements dans la jambe droite. L'anesthésie est la même, moins accentuée à la jambe qu'au bras et à la face.

Le 23, septième jour, de nouveau plus mal. Affaissement complet; prostration absolue. Même état de la tête. Il succombe le 24 au matin.

Autopsie, faite le 25, à huit heures du matin. — Arachnoïde un peu dépolie; aspect très-légèrement laiteux le long de quelques vaisseaux, sur la convexité. Rien à la surface du cerveau dépouillé de ses méninges. Athérome généralisé, très-intense, de tous les vaisseaux de la base. Rien dans les ventricules ni dans le mésocéphale.

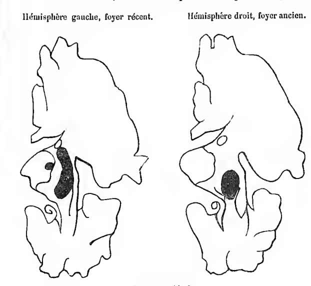
On pratique les coupes de Pitres.

Hémisphère gauche. — *Coupe préfrontale :* rien. *Coupe frontale :* le couteau traverse un foyer hémorrhagique récent; vaste caillot qui remplace tout le noyau lenticulaire, sauf sa partie tout à fait inférieure; la capsule externe et l'avant-mur sont également détruits. La capsule interne n'est pas détruite; elle présente seulement, tout à fait en haut (partie lenticulo-striée), une teinte rosée résistant à l'eau et semble soulevée par une lésion sous-jacente.

Coupe pariétale : le foyer a détruit tout le noyau lenticulaire; il occupe de plus toute la partie de la capsule interne qui sépare le noyau lenticulaire du noyau caudé, sans atteindre ce noyau caudé lui-même (qui est intact); la capsule externe et l'avant-mur sont détruits, sauf à leur partie tout à fait inférieure. De plus, sur la couche optique, près du bord externe de ce ganglion, affleurant la capsule interne (dans sa partie lenticulo-optique), petit foyer, gros comme une lentille dans toutes ses dimensions, absolument indépendant du grand foyer décrit.

Coupe pédiculo-pariétale : fin du foyer qui occupe toujours la partie de la coupe en dehors de la capsule interne.

Hémisphère droit. — *Coupe frontale :* ancien foyer hémorrhagique (ou plutôt cicatrice à lèvres très-distinctes l'une de l'autre) occupant la partie la plus externe du noyau lenticulaire, la capsule externe et l'avant-mur, affleurant à peine, à la partie supérieure,



Coupe pariétale.

la capsule interne, qui est intacte; d'autre part, la substance blanche innominée qui sépare l'avant-mur de l'insula est également intacte.

Coupe pariétale : noyau lenticulaire détruit, ainsi que la capsule externe et l'avant-mur; capsule interne intacte.

Coupe pédiculo-pariétale : fin de la lésion; même siége.

Toutes les lésions ont été inscrites immédiatement, comme nous le faisons habituellement, sur des schémas empruntés à la thèse de Pitres, et que nous reproduisons ci-contre.

Ainsi voilà un homme qui a présenté une hémiplégie avec hémianesthésie, c'est là un premier point intéressant. De plus, l'hémiplégie n'est devenue complète qu'après un certain temps, et, alors que le bras était seul paralysé, la jambe du même côté a présenté des mouvements choréiformes très-nets. Puis ces mouvements ont disparu, et la jambe a été paralysée comme le bras. Notre malade a donc eu une hémichorée préhémiplégique et une hémianesthésie.

Au point de vue anatomique, nous avons trouvé, pour expliquer ce syndrome, un foyer hémorrhagique récent occupant, dans l'hémisphère du côté opposé, le noyau extra-ventriculaire du corps strié et la capsule interne dans sa partie lenticulo-striée (entre le noyau lenticulaire et le noyau caudé).

La lésion était nette, précise, et je n'ai pas besoin de faire ressortir l'intérêt qu'il y a à la rapprocher de ce qui a été trouvé jusqu'à présent dans les cas d'hémianesthésie (voy. la *Thèse* de Rendu) et dans les cas d'hémichorée (voy. la *Thèse* de Raymond). C'est évidemment là l'intérêt capital de cette observation, mais ce n'est pas le seul.

Nous avons trouvé dans l'autre hémisphère un ancien foyer ayant détruit également le noyau lenticulaire, la capsule externe et l'avant-mur, mais qui avait absolument respecté la capsule interne. Cet ancien foyer avait-il, dans le temps, donné lieu à une hémiplégie? Nous ne pouvons malheureusement rien affirmer à ce sujet. Ce qu'il y a de certain, c'est que depuis trois ans au moins Boud... ne présentait pas trace d'hémiplégie, et que, par suite, si elle a jamais existé, elle était complétement guérie. Nous ne pouvons pas en dire plus, n'ayant pas interrogé spécialement le malade sur ce qui s'était passé dans sa vie avant son entrée à l'hôpital.

Un autre fait à remarquer, c'est la symétrie remarquable que présentaient les deux lésions. C'est là une chose qui m'a

frappé déjà plusieurs fois dans l'hémorrhagie cérébrale, et tout récemment encore nous trouvions chez une femme deux foyers hémorrhagiques qui, à un assez long temps d'intervalle, s'étaient développés dans des points symétriques des deux hémisphères, à la partie interne de la capsule interne (couche optique et noyau caudé). C'est là un point que nous signalons simplement à propos de ce fait, sauf à y revenir plus tard spécialement.

J'insisterai en terminant sur l'utilité qu'il y a à ce que tous les médecins en position de faire des autopsies adoptent, dans l'analyse et la description du cerveau, une marche identique et une nomenclature toujours la même. Pour cela, les noms de Charcot et les coupes de Pitres paraissent s'imposer. J'ajouterai cependant que les coupes doivent être faites aussi près que possible les unes des autres. Tout récemment encore j'ai trouvé un foyer de ramollissement (ayant produit une hémiplégie) qui était compris tout entier entre la coupe frontale et la coupe pariétale de Pitres, et qui aurait échappé si l'on n'avait pas subdivisé la tranche obtenue.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA *Gazette hebdomadaire.*

La toxicologie. — Orfila et Ambroise Tardieu.

Dans le n° 6 de la *Gazette hebdomadaire* (7 février 1879), je viens de lire une notice sur Ambroise Tardieu. Loin de moi la pensée de discuter aujourd'hui les travaux du professeur de médecine légale récemment enlevé à la Faculté de Paris! Mais l'amour de la vérité et de la science, autant que le respect d'une mémoire qui m'est chère, m'entraîne à relever une assertion absolument erronée.

« Avant les travaux d'Ambroise Tardieu, la médecine légale, dit M. Constantin Paul, reposait tout entière sur une toxicologie de convention, qui ne ressemblait en rien à la toxicologie vraie. Il l'a éclairée d'un jour tout nouveau en développant le côté clinique de cette science. » Suffit-il de relire, comme le conseille M. Constantin Paul, les procès Lafarge, Castaing, Bocarmé, Lapommeraye et Danval pour reconnaître que « presque toujours la preuve a été établie, sans l'isolement du poison » ? Je ne le pense pas. Laissons de côté les deux derniers procès, nous éviterons ainsi de mettre en cause Tardieu et ses doctrines; éliminons aussi les procès Lafarge et Bocarmé; car, dans les deux cas, le poison a été parfaitement isolé. Reste donc l'affaire Castaing; ici, en effet, les experts n'ont pu invoquer comme signes de l'empoisonnement que les symptômes et les lésions de tissus; mais cette affaire date de 1829, et elle prouverait que déjà même, à une époque où Tardieu avait à peine cinq ou six ans, on attachait une grande importance au côté clinique de la toxicologie.

La vérité est que, depuis longtemps, tous les bons auteurs de médecine légale et tous les experts instruits tiennent grand compte des symptômes et des lésions de tissu. Devergie a multiplié les observations cliniques, et Orfila, dont M. Constantin Paul a peut-être visé particulièrement l'œuvre, loin de considérer la démonstration chimique comme la preuve nécessaire et suffisante de l'empoisonnement, insiste à maintes reprises dans ses ouvrages sur la valeur des autres signes. Résumant pour ainsi dire sa doctrine, Orfila écrit en lettres italiques dans sa *Toxicologie* (5e édition, t. II, p. 900) les lignes suivantes: *Dans aucun cas l'existence d'un poison dans une matière suspecte ne suffit seule pour conclure à un empoisonnement, et il faut nécessairement joindre à cet élément important de l'expertise médico-légale les preuves tirées des symptômes éprouvés par les malades, et souvent aussi des altérations de tissu trouvées après la mort.*

Orfila.

Paris, 14 février 1879.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Fermentations. Dernière réponse a M. Pasteur. Note de M. *Trécul.* — Une discussion s'engage entre M. Trécul, qui maintient comme exactes les citations qu'il avait faites auparavant de quelques passages des écrits de M. Pasteur, et celui-ci, qui maintient que ses opinions n'ont pas été reproduites fidèlement.

Fermentations. Quatrième réponse a M. Berthelot, par M. *Pasteur.* — De cette réponse très-développée nous relevons seulement les passages suivants :

Première affirmation de M. Berthelot : « Aucun fait positif, dit-il, n'a été produit pour démontrer que le sucre cède à la levûre de l'oxygène, de préférence aux autres éléments. » Ce qui signifie que, M. Pasteur ayant fait une induction, je lui demande gratuitement une preuve, afin de paraître plus profond. Ce premier alinéa des affirmations de M. Berthelot, je le lui renvoie en ces termes : *Aucun fait positif n'a été produit pour démontrer que le sucre* NE *cède* PAS *à la levûre de l'oxygène, de préférence aux autres éléments.*

Deuxième affirmation : « Aucun fait positif n'a été produit pour démontrer que la levûre se développe en prenant au sucre de l'oxygène, de préférence aux autres éléments. » Ce sont, pour ainsi dire, rigoureusement les mêmes expressions que celles de la première affirmation. Qu'importe, cela fait nombre. Il y a, toutefois, une addition à cette seconde observation : c'est que « la levûre paraît prendre de l'hydrogène au sucre, de préférence à l'oxygène »; *or*, c'est là une assertion tout à fait gratuite.

Troisième affirmation : « Aucun fait positif ne démontre que la métamorphose du sucre soit corrélative d'un mode exceptionnel de nutrition des êtres microscopiques, ce mode étant tel qu'ils enlèvent au sucre de l'oxygène combiné à défaut d'oxygène libre. » Si, dans la pensée de M. Berthelot, cette affirmation, qui a peut-être deux sens, n'est pas identique aux deux premières, c'est-à-dire introduite encore pour faire nombre, je déclare qu'elle est erronée, parce que tout l'oxygène provient réellement de l'oxygène combiné si les conditions sont convenables.

Les quatrième, cinquième et sixième assertions de M. Berthelot sont contraires aux observations les plus simples et les mieux établies; je le démontrerai s'il m'y oblige, quoique cela résulte déjà très-clairement de mes réponses précédentes, ou bien je démontrerai qu'il confond, pour le besoin de sa cause, les mots *coïncidence de fait* et *coïncidence obligée; corrélation de fait* et *corrélation nécessaire*...

M. Berthelot avait dit : « Il n'est donc pas probable que le développement vital de la levûre aux dépens du sucre exige l'intervention d'une énergie étrangère, empruntée à la métamorphose simultanée d'une autre portion du sucre en alcool et acide carbonique; » et afin d'établir cette conclusion il avait fait « l'évaluation de la chaleur mise en jeu dans la transformation du sucre dans les divers principes de la levûre : la cellulose, les matières grasses et les substances albuminoïdes. » M. Pasteur reconnaît bien que son contradicteur est autorisé à dire que 1 gramme de sucre environ se suffit à lui-même pour la formation de 1 gramme de levûre. Mais ici on oublie la vie. Lorsqu'on considère un être vivant quelconque, une minime partie de l'énergie empruntée aux aliments est employée à la formation du *cadavre;* le reste de cette énergie, *reste que vous oubliez*, a été dépensé pendant la vie. Il n'y a aucune relation entre le poids considérable des aliments exigés pour la vie d'un animal pendant son existence et le poids de son corps. « Vous considérez, dit M. Pasteur, l'épargne d'énergie chimique accumulée dans l'organisme; vous considérez, si l'on peut ainsi dire, l'énergie utilisée pour construire le corps et vous laissez de côté l'énergie dépensée pendant la vie, qui n'a fait que traverser le corps, qui se retrouve tout entière et sous forme de chaleur dégagée et

sous forme d'énergie chimique contenue dans les produits excrétés. »

Sur les propriétés physiologiques et le mode d'élimination du méthylsulfate de soude. Note de M. *Rabuteau*. — Le méthylsulfate ou sulfométhylate de soude est un sel blanc, inodore, d'une saveur presque nulle, à laquelle succède un arrière-goût sucré. Il est difficilement cristallisable et déliquescent. Il s'altère peu à peu à l'air, surtout lorsqu'il est humide, en donnant du sulfate de soude qui le rend amer et dégageant une odeur légèrement alliacée, qui rappelle celle du sulfate de méthyle (1).

L'auteur a injecté dans une veine d'une patte postérieure, chez un chien de taille moyenne, 10 grammes de méthylsulfate de soude dissous dans 25 grammes d'eau. L'animal n'a paru rien éprouver, si ce n'est que, les trois jours suivants, il a eu des selles rares et tout à fait sèches.

L'expérimentation clinique a démontré que le sulfométhylate de soude purge facilement aux doses de 15 à 20 grammes dissous dans deux verres d'eau.

L'auteur avait remarqué, dans les urines du chien en expérience, un excès de sulfates, ce qui conduisait à admettre une métamorphose plus ou moins complète du méthylsulfate en sulfate, dans l'organisme. Pour élucider la question, il a pris, le 24 janvier, 3 grammes de méthylsulfate de soude, par fractions de 50 centigrammes à 1 gramme dans la journée. Dans ces conditions, le sel devait être absorbé sans produire d'effet purgatif et s'éliminer par la voie rénale. L'analyse de ses urines lui a permis de constater que le méthylsulfate absorbé s'était transformé, à peu près complétement, en sulfate. Ce sel se comporte comme le sulfovinate ou éthylsulfate, étudié par l'auteur antérieurement (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 10 juin 1870).

Sur l'ossification sous-périostique, et particulièrement sur le mécanisme de la formation des systèmes de Havers, dans l'os périostique. Note de M. *Laulanié*. — Suivant l'auteur, quand on examine des coupes transversales pratiquées sur les os longs de fœtus de mammifères (ses observations ont eu principalement pour objet le radius des ruminants domestiques, le métacarpien et la première phalange du cheval), il semble que les images très-saisissantes et souvent très-régulières que l'on a sous les yeux peuvent s'expliquer en admettant la formule suivante : le périoste *abandonne* alternativement des bandes circulaires et continues de moelle, et des bandes circulaires et interrompues de substance osseuse. Cette expression conduit à comprendre l'origine des cavités primitives qui doivent plus tard être remplies par les systèmes de Havers. Pour cela, il importe de rappeler que les bandes osseuses sont d'autant plus épaisses qu'elles sont plus centrales, c'est-à-dire plus anciennes, tandis que les bandes médullaires diminuent et rétrogradent devant le tissu osseux qui se développe à leurs dépens. Mais le fait le plus intéressant est la présence de *commissures radiées*, rattachant les bandes osseuses voisines. L'auteur entre dans une description minutieuse, qu'il termine par le résumé suivant :

A l'origine, une bande médullaire est continue à elle-même et adossée au périoste. Elle s'en éloigne peu à peu, par suite des formations nouvelles, tout en restant rattachée au périoste par des tractus qui établissent la continuité de toute la moelle. Son activité se traduit peu à peu par l'épaississement des bandes osseuses qui l'avoisinent, et aussi et surtout par sa segmentation spontanée et la formation concomitante des commissures radiées.

(1) Le sulfométhylate qui a servi à ces recherches a été préparé suivant le procédé de MM. Dumas et Peligot, en traitant 1 partie d'alcool méthylique par 2 parties d'acide sulfurique, saturant ensuite par le carbonate de baryte et décomposant le sulfométhylate de baryte par le sulfate de soude.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'instruction publique transmet : L'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur *Bourgoin* dans la section de pharmacie, en remplacement de M. *Boudet*, décédé.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : Le rapport de M. le médecin-inspecteur des eaux minérales de Charbonnières pour l'année 1878 (*Commission des eaux minérales.*)

M. *Poggiale* présente, au nom de M. le docteur *Yvon*, un volume intitulé : *Formulaire de matière médicale et de pharmacologie.*

M. *Achille Chereau* offre en hommage l'article *Forceps*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Laboulbène* fait hommage à l'Académie d'une brochure ayant pour titre : *L'hôpital de la Charité*, avec les deux dates : 1606-1878.

Élection. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Lagneau; en deuxième ligne, M. Proust; en troisième ligne, M. Gallard; en quatrième ligne, M. Lunier; en cinquième ligne, M. Léon Colin; en sixième ligne, M. Ernest Besnier; candidat adjoint: M. Vallin.

Le nombre des votants étant de 79, majorité 40, M. Lagneau obtient 40 suffrages, M. Proust 18, M. Lunier 10, M. Gallard 6, M. Léon Colin 4, bulletin blanc 1. En conséquence, M. *Lagneau*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Septicémie. — M. *Davaine* donne lecture d'un mémoire destiné à faire suite à la discussion pendante et intitulé : *Recherches sur quelques-unes des conditions qui favorisent ou qui empêchent le développement de la septicémie.* L'auteur appelle d'abord l'attention sur ce fait, que les animaux ont, suivant leur espèce, des aptitudes différentes à contracter la septicémie. Il ne suffit donc pas, pour élucider la question, d'accumuler des faits : il faut surtout s'attacher à trouver dans quelles conditions ils se produisent.

M. Davaine a cherché à savoir si la température exerce une certaine influence sur le développement de la septicémie, et il est arrivé à conclure, après de nombreuses expériences, que la température de l'atmosphère où vivent ces animaux les rend plus ou moins aptes à contracter la septicémie.

Parmi les nombreuses maladies qui attaquent l'homme, il en est une où l'action de la température atmosphérique est particulièrement remarquable, c'est la *fièvre jaune*, dont nos confrères de la marine française viennent de subir la cruelle et glorieuse expérience.

Quant à l'action d'une basse température considérée dans la septicémie et le charbon, elle diffère dans les deux maladies. Si la septicémie devient moins active et s'éteint, comme la putréfaction, par une température voisine de zéro, le charbon ne s'en développe pas moins en toute saison.

Il s'est assuré de ce fait à diverses reprises. Il résulte de ses expériences, que toutes les maladies de nature septique ne sont pas influencées de la même manière par la température atmosphérique, bien que, sans doute, sous ce rapport, le plus grand nombre de ces affections se rapprochent de la septicémie.

M. Davaine s'efforce ensuite de combattre l'opinion d'après laquelle la vie ou la force vitale s'oppose au développement du virus septique dans l'économie des animaux. M. Davaine déclare qu'il n'a point pour but de soulever la question des forces vitales, et il croit que les physiologistes sont aujourd'hui d'accord sur la puissance ou plutôt sur l'impuissance qu'on doit leur attribuer. Il veut seulement examiner cette question au point de vue de la septicémie. Si, dit-il, nous injectons à un lapin un millionième de goutte de sang septique, cet animal contracte toujours la septicémie et meurt. Cette même quantité de virus est absolument inoffensive pour le cobaye,

et même on voit que, par une température voisine de zéro, un dixième de goutte de sang septique ne suffit pas à lui donner la maladie. Il faudrait donc conclure que le cobaye a une résistance vitale de beaucoup supérieure à celle du lapin.

Si maintenant nous considérons la maladie charbonneuse, nous savons qu'un millionième de goutte de sang charbonneux tue le cobaye et ne produit aucun effet apparent sur le lapin. Dans ce cas, la même manière de voir nous amènera à conclure que la force vitale est plus développée chez le lapin que chez le cobaye. La force vitale n'a donc rien à voir dans ces maladies virulentes.

M. Davaine étudie les conditions nécessaires au développement de la maladie. La première condition, c'est l'introduction du virus dans les organes de l'animal vivant. Ce virus est une des bactéries de la putréfaction. Une deuxième condition, c'est que l'organe ou le milieu dans lequel nous introduisons le virus soit favorable à la reproduction des bactéries.

Une troisième condition se rapporte à la quantité de bactéries introduite dans les tissus. Elle varie d'une espèce animale à une autre, et aussi dans la même espèce, comme chez le cobaye.

Une quatrième condition se trouve dans le degré de virulence de la substance inoculée, qui varie considérablement suivant la nature de la matière et suivant la température dans laquelle s'est opérée la putréfaction. Maintenant, que deviennent les bactéries introduites dans les tissus par une injection sous-cutanée? Lorsque leur nombre est suffisant pour occasionner la mort, une certaine quantité se retrouve dans le lieu de l'inoculation, et le reste est transporté dans divers organes. Elles se multiplient rapidement et bientôt infectent toute l'économie.

Dans le cas où leur nombre est insuffisant pour occasionner la mort, elles se multiplient d'abord sur place, d'autres sont tout de suite emportées au loin; elles arrivent successivement, par la circulation du sang, dans les organes excréteurs, où elles sont éliminées comme les substances toxiques. C'est par cette élimination que s'effectue la guérison de la septicémie, suivant M. Davaine. C'est elle qui est également la cause de la contagion qui s'établit parfois dans le local où se trouvent les animaux atteints de septicémie, contagion due certainement à des miasmes exhalés par les malades.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Devant revenir, dans le prochain numéro, sur une des communications faites dans la dernière séance, nous publierons en même temps le compte rendu de la séance entière.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Quatre amputations de membre avec le thermocautère. — Luxation ovalaire ancienne de la cuisse; réduction.

La correspondance comprend : 1° la thèse de doctorat de M. *Toussaint : L'artère pédieuse et ses anévrysmes ;* 2° *Leçons sur la syphilis*, par M. *Cornil;* 3° l'article NEZ du *Dictionnaire encyclopédique*, par M. *Spillmann*.

— M. *Dubrueil* (de Montpellier) adresse à la Société quatre observations d'amputation de membre avec le thermocautère.

Un vieillard atteint de gangrène sèche de la jambe fut amputé avec le thermocautère sur la limite de la partie saine et de la partie mortifiée. L'opéré mourut de pneumonie.

Le 1er octobre 1878, M. Dubrueil fit une amputation de cuisse à deux lambeaux (antérieur et postérieur) à la partie inférieure du membre pour une affection du genou gauche; il lia l'artère fémorale et scia le fémur. L'opération dura une heure douze minutes; on employa 200 grammes de chloroforme pour endormir la malade, qui perdit environ 200 grammes de sang. Thrombose de la veine fémorale; infection purulente; mort à la fin du mois.

Même amputation chez une autre femme pour une maladie du genou; amputation circulaire. Ligature préalable de la fémorale à la racine du membre. Guérison.

Dans la quatrième observation, traumatisme du pied; emphysème sous-cutané remontant jusqu'à la hanche; désarticulation coxo-fémorale; hémorrhagie par la fémorale profonde; ligature en masse; durée de l'opération, quarante-cinq minutes. Mort le lendemain.

M. Dubrueil est partisan des amputations de membre avec le thermocautère.

M. *Verneuil*. Il ne faut pas laisser croire que le thermocautère deviendra l'instrument usuel pour les amputations. Dans certains cas exceptionnels, quand les malades ne peuvent plus perdre de sang, on conçoit qu'on ait l'idée d'employer le thermocautère, l'écraseur, les caustiques, etc.; mais c'est l'exception. Avec les procédés antiseptiques on ôte aux amputations les dangers qu'elles avaient autrefois.

M. Dubrueil a fait la ligature préalable de la fémorale à la racine du membre; M. Verneuil n'approuve pas cette pratique; il est plus simple de lier dans la plaie. Le thermocautère ne doit remplacer le bistouri dans les amputations que très-exceptionnellement.

M. *Tillaux* a pratiqué une désarticulation de l'épaule et une désarticulation de la hanche avec le thermocautère. Les deux malades étaient tellement faibles qu'on ne pouvait leur laisser perdre du sang. On peut employer le thermocautère quand la bande d'Esmark n'est pas applicable, à la racine d'un membre, par exemple. L'opération est beaucoup plus longue et la guérison plus lente.

M. *Le Fort*. Le grand inconvénient du thermocautère est, en effet, la durée de l'opération et la lenteur de la guérison. M. Le Fort a obtenu cependant une fois la réunion par première intention après l'ablation d'une tumeur du sein avec cet instrument, mais c'est l'exception.

Dans tous les cas, il vaudrait mieux se servir de l'anse galvanique. M. Le Fort n'est pas partisan de la bande d'Esmark pour l'amputation de la cuisse, à cause du suintement sanguin considérable qui se produit après l'opération.

M. *Farabeuf* s'est demandé souvent s'il n'y a pas lieu d'abandonner la ligature des artères loin de l'endroit où on doit amputer; entre cette ligature et le siége de l'opération on laisse des collatérales qui peuvent former une hémorrhagie secondaire précoce.

M. *Tillaux*. En faisant la ligature préalable de la fémorale, M. Dubrueil a ajouté une complication inutile à une opération grave, et il s'exposait aux hémorrhagies secondaires.

M. *Verneuil* trouve qu'il est inutile de lier la fémorale loin du point à amputer; il est plus simple de placer une pince sur l'artère aussitôt qu'on la coupe. La cuisse est nourrie par l'artère fémorale profonde, et la fémorale n'a rien à y voir. M. Verneuil voulant éviter l'inflammation du moignon, fit la ligature préalable de la fémorale à la pointe du triangle de Scarpa. Il amputa la jambe au tiers supérieur, et cela n'empêcha point les tibiales de donner du sang au moment de la section. (Voy. thèse de doctorat de Machenaud.)

M. *Le Fort* a relevé tous les faits relatifs à la ligature préalable de la carotide avant l'extirpation des tumeurs du cou;

il a remarqué que, malgré cette ligature, l'opération était le plus souvent compliquée d'hémorrhagies graves.

— M. *Després* a observé cinq luxations ovalaires de la cuisse, dont une ancienne; c'est de celle-ci qu'il va parler aujourd'hui.

Un individu, puisatier, fut surpris au fond d'un puits par un éboulement de terre; la masse de terre se détachant sur le côté gauche de l'individu, poussa lentement et progressivement le malade sur le sol; la cuisse gauche fut maintenue longtemps dans l'abduction forcée; on délivra le blessé, qui avait une luxation ovalaire du fémur. Le membre est dans l'abduction et la rotation en dehors, le tronc étant fléchi sur le bassin. Le malade entra à l'hôpital Cochin deux mois après l'accident.

La mensuration donna 2 centimètres d'allongement pour le membre blessé. M. Després donna le chloroforme jusqu'à la résolution complète. Il constata alors que la flexion de la cuisse était facile; la tête du fémur était à égale distance de la racine de la verge et de l'ischion. A la place occupée normalement par le grand trochanter existe un vide manifeste; il s'agit d'une luxation ovalaire. Contre-extension avec une alèze; tractions sur la cuisse dans l'extension au moyen de moufles; on tire jusqu'à 250 kilogrammes sans résultat. Les tractions sont continuées, la cuisse étant portée en dehors; rien. Dans une troisième tentative, tractions, la cuisse étant fléchie sur le bassin; on tire à 300 kilogrammes. Le malade fut porté dans son lit; la luxation était réduite sans avoir donné de signes particuliers de réduction. Au bout de quelques mois, le malade faisait quelques mouvements; puis il marcha avec des béquilles, et il quitta l'hôpital après deux mois de traitement.

Les observations de réduction de luxation ovalaire ancienne de la cuisse sont rares; on en trouve une dans A. Cooper; deux sont indiquées dans Malgaigne; le livre de Bigelow n'en contient pas d'exemple. En 1874, M. Notta a présenté une observation à la Société de chirurgie; la luxation datant de six semaines fut réduite après trois tentatives. Les luxations ovalaires sont susceptibles de se réduire spontanément; dans l'observation de M. Després, c'est la traction en dehors qui paraît avoir agi le plus efficacement.

M. *Berger* a observé une luxation récente ovalaire produite pendant la réduction d'une luxation ischiatique ancienne.

M. *Le Fort* trouve qu'une traction de 300 kilogrammes est énorme, même pour la cuisse; il n'oserait aller jusque-là. Il faut cependant une certaine force pour réduire une luxation ancienne, tandis qu'on ne doit pas employer la force pour une luxation récente. Toutes les fois qu'on a affaire à une luxation ancienne, il faut pratiquer des manipulations pendant plusieurs jours pour mobiliser la tête avant de tenter la réduction.

M. *Tillaux*. Pour la production de la luxation ovalaire, il faut admettre l'abduction forcée du membre avec flexion; l'abduction seule ne suffit pas. La transformation de la luxation ischiatique en luxation ovalaire, pendant la réduction, est un fait habituel; c'est la même portion de la capsule qui reste intacte dans les deux cas, et la différence est dans la rotation du membre en dedans ou en dehors.

M. *Le Fort*. La luxation ovalaire peut se produire par l'abduction seule de la cuisse sans flexion. M. Le Fort en cite un exemple concluant chez un puisatier pris dans un éboulement.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — La méthode antiseptique et le pansement à l'alcool. — Observation d'ovariotomie. — Présentation de malade.

La correspondance comprend : 1° le *Traité de la syphilisation*, par *Auzias-Turenne;* 2° la thèse de M. *Kirmisson : Des opérations préliminaires en général;* 3° l'article CRANE, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par M. *Pozzi*.

— M. *Lucas-Championnière* fait un rapport sur un mémoire de M. *Gross* (de Nancy) : *La méthode antiseptique; résultats obtenus à l'hôpital de Nancy*.

M. Gross a surtout pratiqué des amputations et des désarticulations; toutes ses opérations ont été suivies de guérison. Après les résections et les ablations de tumeurs, il y eut une suppuration abondante. L'auteur termine son mémoire en disant que le pansement de Lister répond au plus grand nombre des indications du pansement des plaies. Il attribue à l'affrontement minutieux des surfaces une importance capitale, ce qui est exagéré. M. Lucas-Championnière dit que, même dans les cas de plaies contuses, on obtient la réunion avec le pansement de Lister, et l'immobilisation n'est pas nécessaire.

— M. *Perrin* lit un travail sur la valeur comparative de différentes méthodes de pansement. Le pansement de Lister paraît à beaucoup de chirurgiens la meilleure formule du pansement antiseptique; M. Perrin veut réagir contre cette opinion.

M. Lister a posé en principe que les germes sont la cause de la suppuration et des complications des plaies; il n'a eu en vue que les germes; il ne s'est pas occupé du terrain, et c'est pour cela que sa méthode est défectueuse. Toute la question est de savoir si les précautions prises par M. Lister pour écarter les germes ou les détruire sont efficaces; si elles ne sont pas efficaces, son pansement ne diffère pas de ceux connus déjà, de celui de M. Azam, par exemple.

M. Perrin a institué avec M. Marty, professeur de chimie au Val-de-Grâce, des expériences qui lui paraissent concluantes. Si les pulvérisations d'acide phénique détruisent les germes, elles doivent empêcher la fermentation. Comme liquides de culture, M. Perrin a choisi l'eau d'orge, le lait, le sang, l'urine. Il a fait deux parts de ces liquides : l'une exposée dans l'air d'une salle de chirurgie, et l'autre dans le même air phéniqué au moyen des pulvérisations.

On a vu que la décoction d'orge exposée à l'air fourmille de bactéries, dans l'air phéniqué comme dans l'air de la salle; de même pour le lait. Au bout de douze jours, les bactéries sont mortes et remplacées par des monades vivantes.

Les mêmes expériences ont été recommencées en novembre dernier avec de l'eau d'orge, du sang frais, de l'urine fraîche, exempts d'organismes vivants; les résultats ont été les mêmes. Ainsi les pulvérisations d'acide phénique n'exercent aucune influence sur la formation des bactéries et des monades; elles n'empêchent pas la fermentation; les pulvérisations phéniquées ne modifient pas l'air vicié et ne rendent pas l'atmosphère aseptique; la méthode de Lister pèche donc par la base. Les bons résultats de la méthode sont dus à une bonne réunion immédiate, au drainage, aux pansements faits avec soin.

M. Perrin accorde toute sa confiance à une méthode qui agit sur le terrain pour le rendre stérile : c'est de l'alcool qu'il s'agit. Ce liquide n'irrite pas comme l'acide phénique et il mérite la préférence. C'est le meilleur et le plus pratique des antiseptiques.

Un des adeptes les plus fervents de M. Lister, Volkmann, déclare que le pansement de Lister ne peut bannir des salles de chirurgie l'érysipèle et il substitue le thymol à l'acide phénique. Depuis les travaux de Batailhé, Gaulejac, Chédevergne sur les pansements à l'alcool, depuis les observations recueillies dans le service de Nélaton, M. Perrin a mis en usage les pansements alcoolisés, et il n'a pas eu d'érysipèle chez ses opérés.

En 1867, M. Lister avait à Glascow 15 pour 100 de mortalité pour ses amputations; dans une autre statistique, on trouve 27 pour 100. M. Saxtorph a 27 pour 100. La statistique

la plus considérable est celle de Volkmann (de Halle); elle comprend les opérations faites de 1874 à 1877; pour les amputations, 7,7 pour 100 de morts; pour les résections, 9,4 pour 100.

M. Perrin voudrait voir venir un mouvement d'opinion en faveur des pansements à l'alcool; pour le moment, aucune statistique importante n'a été publiée. Dans son relevé personnel, comprenant 20 cas, la mortalité est de 5,2 pour 100. Les résultats obtenus dans le service de Nélaton sont remarquables (53 guérisons sur 54 opérations en 1863).

C'est la chirurgie conservatrice et surtout la chirurgie d'armée qui doit bénéficier des progrès des pansements; l'alcool est l'agent qui remplit le mieux le but, et il s'applique plus facilement que les solutions phéniquées. Pour les plaies contuses, M. Perrin fait des irrigations d'alcool étendu de moitié d'eau, jusqu'à ce que la plaie soit nettoyée et bourgeonnante. Il est prématuré de se prononcer en ce moment en faveur d'une méthode de pansement; il faut que chaque chirurgien nous donne d'abord les résultats de sa pratique.

Dans les salles de M. Perrin, les plaies chirurgicales sont toutes traitées de la même façon : alcool à 90 degrés sur la plaie, jusqu'à ce que tout écoulement de sang ait cessé; tube à drainage pour les plaies profondes, et suture si cela est indiqué. M. Perrin applique ensuite de l'ouate imprégnée d'alcool et un taffetas gommé; injections ou irrigations par le tube à drainage. Pansement chaque jour. Le drain est enlevé le huitième jour, ainsi que la suture. On n'a besoin ni de bandes, ni de charpie, ni de compresses.

Pour les plaies accidentelles, si elles sont simples, même pansement que pour les plaies chirurgicales. Dans le cas contraire, irrigations alcooliques jusqu'à l'apparition des bourgeons charnus. S'il y a une fracture, on place le membre dans une gouttière pour l'immobiliser.

— M. *Pozzi* lit deux observations d'ovariotomie suivies de guérison.

— M. *Berger* présente une femme syphilitique depuis dix ans, et portant à la langue une ulcération reposant sur une base indurée; M. Berger croit à un épithélioma.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Anesthésie par le protoxyde d'azote : M. Paul Bert. — Lymphatiques utérins : M. Mierzejewshy. — Régénération des milieux de l'œil : M. Philipeaux. — Dangers du chauffage par les poêles sans tuyaux : M. Gréhant. — Trigonocéphalie : M. Hamy.

M. *Paul Bert* fait le récit détaillé de la première opération chirurgicale pratiquée à l'aide de l'anesthésie par le protoxyde d'azote. Depuis longtemps les dentistes emploient cet agent pour insensibiliser les sujets auxquels ils arrachent des dents; mais l'anesthésie obtenue par leurs procédés habituels ne saurait être prolongée plus de cinq à vingt secondes sans danger d'asphyxie et n'est même pas toujours complète. Les Américains, il est vrai, ont voulu l'employer pour la grande chirurgie; mais ils n'ont fait que des opérations à bâtons rompus, obligés de suspendre à chaque instant les inhalations de gaz pour laisser respirer le blessé, obligés, par suite, de suspendre leurs manœuvres opératoires ou de les poursuivre malgré une insensibilité incomplète. Le problème à résoudre était donc de faire respirer le malade tout en lui administrant le protoxyde d'azote. Dans les conditions ordinaires, un mélange de ce gaz avec de l'air ou de l'oxygène ne produit pas l'anesthésie. M. Bert a réussi à la déterminer en opérant sous une pression supérieure à la pression atmosphérique. L'expérience, tentée sur des chiens, avait déjà donné des résultats satisfaisants. C'est le 13 février dernier que le protoxyde d'azote sous pression a été administré pour la première fois à jeune fille. L'opération a eu lieu dans une chambre de fer éclairée par de larges hublots, dans laquelle la pression a été maintenue à 92 C. M. Préterre dirigeait l'inhalation du gaz anesthésique, composé de8 5 de protoxyde d'azote et de 150 d'oxygène, mélange très-respirable, très-inoffensif à la pression extérieure, mais incapable à cette même pression de produire l'anesthésie. M. Labbé a pratiqué l'opération, qui devait être à la fois courte et douloureuse : avulsion d'un ongle incarné. M. Bert étudiait les phénomènes présentés par la malade. Celle-ci s'est endormie en vingt ou vingt-cinq secondes, n'a absolument rien senti pendant l'opération ni le pansement, et, à la suite d'une anesthésie qui a duré quatre minutes et demie, s'est réveillée spontanément, sans agitation, sans troubles moteurs ou sensitifs, moins d'une minute après que l'on a cessé les inhalations. Elle a eu seulement peu après quelques petits sanglots. Une pareille anesthésie si calme, si nettement privée de l'excitation qui accompagne toujours l'administration de l'éther et du chloroforme doit faire préférer le protoxyde d'azote à ces deux derniers agents. La question n'est sans doute pas encore jugée; il faut faire l'épreuve des grandes opérations. Mais tout fait prévoir qu'elle sera favorable; et, dès lors, le protoxyde d'azote deviendra d'un usage journalier en chirurgie, sinon dans la pratique civile, du moins peut-être dans les hôpitaux, où les chambres nécessaires à son administration pourront être établies à peu de frais.

— M. *Pouchet* présente, au nom de M. *Mierzejewsky* (de Saint-Pétersbourg), une note sur les lymphatiques sous-péritonéaux de l'utérus. Ces vaisseaux, étudiés au moyen d'injections à la gomme-gutte, forment deux réseaux manifestes : l'un sous-endothélial, l'autre plus profond, et comprennent entre eux les vaisseaux sanguins. Ces rapports des deux ordres de vaisseaux se rencontrent dans plusieurs autres membranes.

— M. *Gréhant* expose les résultats auxquels est arrivé M. Philipeaux dans les expériences qu'il a faites sur l'œil du lapin. L'humeur vitrée, quand l'œil est vidé, que le cristallin est enlevé, et qu'elle s'est elle-même aux trois quarts écoulée, se régénère, régénère une cristalloïde, qui à son tour reproduit un cristallin.

— M. *Gréhant* a étudié sur le chien les effets de la respiration de l'air vicié par les produits de combustion dégagés d'un de ces poêles sans tuyaux dont l'usage tend à s'établir. Après deux heures d'expérience, l'animal, maintenu auprès du poêle dans une chambre dont les conditions étaient celles d'une pièce habitable, était incapable de se tenir sur ses pattes, menacé d'une asphyxie complète; le sang présentait la moitié de son hémoglobine combinée à de l'oxyde de carbone.

— M. *Hamy* présente un crâne atteint de la déformation étudiée en Allemagne par Welcher sous le nom de *trigonocéphalie*. Il s'agit d'une synostose prématurée des deux frontaux, à la suite de laquelle le cerveau se développe en refoulant en dehors les régions pariétales, de telle façon que la tête, vue par sa partie supérieure, se limite en avant par un angle, au lieu de la ligne courbe régulière qui caractérise, à l'état normal, la région frontale. Cette malformation n'est pas incompatible avec la vie.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU

De l'action de la pelleticrine : M. Dujardin-Beaumetz. — Crises hystériques d'origine stomacale : M. Dally. — Vomissements incoercibles de la grossesse : M. Créquy. — De l'action du salicylate de soude sur le rhumatisme articulaire aigu des enfants : M. Archambault. — Discussion : MM. Moutard-Martin et Édouard Labbé.

M. *Dujardin-Beaumetz*, à propos de la discussion soulevée dans la dernière séance, rappelle à la Société sa précédente communication sur la pelleticrine : Les résultats obtenus avaient été favorables, depuis cette époque d'autres observations lui ont été signalées; si pour les unes les résultats ont été favorables, pour les autres, au contraire, ils étaient négatifs. Poursuivant ses recherches, il a reconnu que cet alcaloïde, qu'on obtient de l'écorce de grenadier, était extrêmement volatil, et que, sa décomposition se produisant dans l'estomac lui-même, il n'agissait plus directement sur le tænia. Sur son indication, un pharmacien, M. Tanlay, a fait un tannate de pelleticrine, diminuant ainsi l'action volatile de cette substance, et, sur deux malades auxquels on avait administré tous les ténicides connus, il a obtenu, à la dose de 50 centigrammes de tannate de pelleticrine, les tænias entiers avec leur tête. M. Dujardin-Beaumetz ajoute qu'il faut attendre deux ou trois heures avant d'administrer l'huile de ricin.

— M. *Dally* vient d'observer deux cas intéressants de crises hystériques d'origine stomacale. Le premier cas concerne une jeune fille qui au passage des aliments, principalement des aliments solides, était atteinte de crises convulsives, cloniques, hystériformes : plus les aliments étaient volumineux, plus les crises étaient rapides et violentes. De plus, en appuyant même légèrement sur la région de l'estomac, on provoquait une crise, crise d'autant plus forte que la pression était plus grande. En dehors de la pression, il a pu constater que ces phénomènes étaient toujours liés au passage des aliments dans le pylore. Essayant l'électricité (courants continus) sur la région stomacale, M. Dally provoquait des crises violentes d'une durée de quatre à cinq heures, au début du moins, car sous l'influence de l'électricité, du massage de l'estomac et des douches, l'amélioration a été assez rapide. Dans le deuxième cas, les crises étaient beaucoup moins longues, elles ne duraient que trois à cinq minutes : il s'agissait d'un jeune garçon de treize ans, chez lequel les crises étaient aussi consécutives au passage des aliments dans l'œsophage et le pylore. La seule différence qui existe entre ces deux observations est dans la forme et la longueur de l'attaque : pour la jeune fille, l'attaque était bien celle d'une hystérie majeure; pour le jeune homme, elle simulait plutôt la forme de la danse de Saint-Guy : toutes deux se sont amendées sous l'influence du même traitement. M. Dally conclut en disant que ces deux faits démontrent qu'il y a une hystérie périphérique d'origine stomacale.

M. *Blondeau* fait remarquer que ces deux faits se rapprochent beaucoup de ce qu'on observe dans l'œsophagisme.

M. *Dally* répond qu'ils en diffèrent, non-seulement par la durée des troubles nerveux, mais par l'absence de vomissements qu'on observe toujours dans l'œsophagisme.

— M. *Créquy* demande ce qu'il faut faire dans le cas suivant : une jeune femme enceinte est prise au troisième mois de sa grossesse de vomissements et de douleurs le long de l'œsophage tels qu'on fut obligé de pratiquer l'avortement. Cette jeune femme, redevenue enceinte et éprouvant des accidents analogues à la même époque, vient consulter M. Créquy qui prescrit sans succès le régime lacté, les injections de morphine. Il demande s'il ne doit pas essayer les vaporisations d'éther : en ce cas comment devra-t-il les pratiquer?

M. *Bucquoy* répond qu'il n'a personnellement obtenu aucun résultat favorable avec les vaporisations d'éther qu'on a vantées à une certaine époque : il préfère de beaucoup l'emploi du chloral à haute dose, en lavement, dans les cas de vomissements incoercibles.

M. *Archambault*, après avoir lu la clinique de M. Jaccoud sur les vaporisations d'éther, a voulu expérimenter cette médication sur des enfants atteints de chorée : or, sur les vingt enfants, les résultats ont été absolument nuls : ces faits négatifs doivent être d'autant plus rapprochés des cas heureux signalés par les médecins allemands, qu'on ne peut supposer que ces vingt enfants fussent tous rébarbatifs à l'action de l'éther, employé en pulvérisation et selon les indications de M. le professeur Jaccoud. M. Archambault a beaucoup plus de confiance dans le chloral : c'est, pense-t-il, à ce médicament que M. Créquy doit faire appel pour la malade dont il vient d'entretenir la Société.

M. *Bouloumié* a obtenu de bons résultats par l'emploi du chloral dans des cas de vomissements incoercibles de causes hystériques : bien que ces faits ne soient pas identiques à celui de M. Créquy, puisque la malade de M. Créquy est enceinte, il croit devoir signaler les heureux résultats du chloral.

— M. *Archambault* fait une communication sur l'action du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire des enfants. Cette action est d'autant plus importante que le rhumatisme est non-seulement fréquent chez l'enfant, mais de plus qu'il présente plus de gravité que chez l'adulte, à cause de la fréquence des accidents viscéraux et principalement du côté du cœur. Bouillaud a insisté avec raison sur ce fait que chez l'adulte les accidents viscéraux sont plus fréquents dans le rhumatisme généralisé que dans le rhumatisme mono-articulaire ; ce qu'il aurait pu dire, c'est que chez l'enfant le rhumatisme mono-articulaire s'accompagnait fréquemment de phénomènes et de lésions cardiaques (endocardite, péricardite, etc.). Le cœur se prend chez l'enfant comme se prend une articulation, aussi le rhumatisme est-il fréquemment la cause de lésion cardiaque qu'on constate chez l'adulte, alors même qu'il n'a conservé aucun souvenir des accidents rhumatismaux de l'enfance.

M. Archambault ne voudrait pas affirmer que le salicylate de soude soit le médicament spécifique du rhumatisme, comme le sulfate de quinine l'est pour les fièvres intermittentes, mais il s'en rapproche : il est de plus inoffensif. En tout cas le salicylate de soude est de beaucoup préférable à tous les médicaments précédemment employés ; les enfants le supportent facilement, ceux qui le vomissent sont rares, rarement aussi on observe des vertiges et des bruits dans les oreilles dont les adultes se plaignent fréquemment. Cette absence d'accidents doit peut-être être attribuée à la facilité d'élimination qu'on observe chez les enfants : le salicylate de soude, en effet, se retrouve dans les urines un quart d'heure à vingt minutes; on en constate cependant encore des traces soixante heures après l'absorption du médicament, mais, cette quantité étant infinitésimale, on peut dire que chez les enfants le salicylate de soude ne s'accumule pas.

Si on donne à un enfant atteint de rhumatisme articulaire aigu, au deuxième ou troisième jour de la maladie, la dose que M. Archambault a coutume de prescrire pour les enfants de cinq à dix ans, c'est-à-dire de 5 à 8 grammes de salicylate de soude en quatre doses à trois heures d'intervalle entre chaque, on peut être certain qu'à partir de la troisième dose l'amélioration est évidente; à la quatrième, la douleur cesse presque complètement. Le médicament n'agit pas seulement sur la douleur, comme on l'a dit, mais sur l'état général : ainsi la température s'abaisse de 1 à 2 degrés, et la fluxion articulaire diminue. Telle est la règle, constante; une seule fois M. Archambault a vu un enfant auquel il avait prescrit du salicylate de soude, ne présenter le lendemain aucune amélioration; faisant analyser les urines, il a pu s'assurer que

le médicament prescrit n'avait pas été donné. Le lendemain matin, sous l'influence du médicament, les choses se passaient telles que M. Archambault l'avait prévu et telles qu'il vient de le décrire.

Dans le rhumatisme mono-articulaire, les résultats sont les mêmes.

Mais le fait le plus important à noter dans les avantages du salicylate de soude, c'est qu'il agit comme préservatif des accidents viscéraux. Il est difficile de préciser exactement la proportion des accidents viscéraux qu'on observe dans les rhumatismes généralisés ou mono-articulaires, mais, si on l'évalue chez les enfants aux deux tiers des cas, on sera dans le vrai. Or, depuis que M. Archambault emploie le salicylate de soude, dans aucun cas, il n'a vu survenir d'accidents cardiaques dans le cours ou à la suite de l'attaque de rhumatisme : on arrête donc la fluxion articulaire et on prévient les accidents cardiaques ; double avantage qui ne permet pas d'hésiter dans l'emploi de cette méthode.

Or, combien de temps faut-il faire usage du salicylate de soude? C'est là un point assez important : voici la méthode adoptée par M. Archambault. Il prescrit le salicylate à la dose de 6 grammes pendant trois jours (18 grammes), alors même que la douleur a cessé dès le deuxième jour, puis il attend; si la douleur reparaît, il recommence pendant trois jours à la même dose, et ainsi de suite ; mais la troisième récidive est rare.

M. Archambault a employé la méthode pour le traitement du torticolis de cause rhumatismale : chez douze enfants la disparition de la douleur et le rétablissement des mouvements musculaires ont eu lieu du jour au lendemain.

Quelle dose doit-on prescrire pour les enfants? On peut donner des doses considérables, 8 et 10 grammes, sans déterminer d'accidents. M. Archambault n'a vu qu'un seul enfant être pris de vomissement, mais cet enfant, outre son rhumatisme articulaire, était atteint de purpura, d'hématurie et d'albuminurie : les vomissements survinrent à la quatrième dose; cependant le salicylate s'éliminait par les urines malgré l'affection des reins. Il pense donc qu'on peut et qu'on doit l'employer hardiment à la dose de 6 grammes en vingt-quatre heures (en trois fois).

M. *Moutard-Martin*, n'a jamais administré le salicylate de soude à des enfants, mais il est étonné de voir que M. Archambault n'a jamais observé d'accidents. Les adultes, en effet, ne supportent pas tous également bien le salicylate de soude : de plus les malades atteints d'affection rénale le supportent toujours mal. Les accidents sont plus rares du côté de l'estomac (vomissements) que du côté du cerveau (étourdissement, syncopes, surdité), aussi faut-il tâter le terrain avant de prescrire des doses élevées, et commencer par 6 grammes pour arriver à 8, 10 et 12 grammes.

M. Moutard-Martin est heureux d'apprendre que non-seulement la tolérance est plus grande chez l'enfant, mais que de plus son action est pour ainsi dire immanquable. Chez l'adulte, il n'en est pas tout à fait de même : il a remarqué que chez les malades atteints de rhumatisme articulaire franchement aigu l'amélioration était ordinairement extrêmement rapide. Mais parfois il arrive qu'après une amélioration de ce genre, sans qu'on puisse invoquer une imprudence ou un refroidissement, les accidents reparaissent deux ou trois jours après. Si on reprend alors le salicylate de soude, ce n'est plus au bout de deux ou trois jours que l'amélioration reparaît, mais de cinq ou six jours, ainsi de suite jusqu'au moment où le salicylate de soude reste sans action. Il y a donc un précepte à tirer de ce fait, c'est de prolonger l'emploi du salicylate alors même que les accidents ont disparu, mais alors il faut se méfier de l'anémie rhumatismale qui survient plus rapidement et qui est plus difficile à guérir.

M. *Archambault* dit que le rhumatisme articulaire est le même chez l'enfant que chez l'adulte : il n'y a pas, en effet, de pathologie propre à l'enfance. Mais si le rhumatisme présente les mêmes caractères cliniques, on peut dire cependant qu'il est moins tenace chez l'enfant, car celui-ci est plus sensible à l'action des médicaments. C'est pour cela qu'on obtient peut-être des guérisons sans récidives, comme il arrive trop peu souvent chez l'adulte.

Or, avec le salicylate de soude, les effets produits sont saisissants; ils ne sont pas comparables à ceux du sulfate de quinine : on peut couper la douleur en une nuit et obtenir la guérison en trois ou quatre jours. M. Archambault n'a jamais vu le salicylate de soude échouer, ni produire d'accidents; peut-être le verra-t-il, mais pour le moment il ne connaît pas un fait négatif. Dernièrement encore une jeune fille de son service était atteinte de douleurs articulaires; comme cette jeune fille était hystérique, on pouvait se demander si ces douleurs étaient dues à l'hystérie ou à un rhumatisme : M. Archambault prescrivit du salicylate de soude; en deux jours les douleurs disparaissent; on cesse le salicylate, les douleurs reviennent et cessent après l'emploi plus prolongé du même médicament : il s'agissait donc évidemment d'un rhumatisme articulaire.

M. Archambault prescrit le salicylate de soude de la façon suivante :

Rhum	20	grammes.
Sirop de limon	40	—
Salicylate de soude	6	—

A prendre en trois fois dans les vingt-quatre heures.

M. *Edouard Labbé* dit qu'il est bon d'insister sur les bénéfices qu'on obtient par l'emploi du salicylate de soude : quelques cas malheureux sont en effet venus jeter la défaveur sur cette substance dont il n'a eu qu'à se louer : ces cas négatifs doivent probablement être dus plutôt à une mauvaise administration qu'au médicament lui-même. Il reviendra sur cette question dans la prochaine séance.

D[r] Joseph Michel.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas d'hydrophobie, par le docteur T. Curtis.

Cette observation est intéressante à plusieurs égards; elle est un exemple d'hydrophobie causée par une morsure de chat. Le malheureux patient n'a pas eu conscience de sa maladie, et l'on a pu ainsi observer les phénomènes en dehors des impressions qu'on attribue ordinairement à l'émotion individuelle des hydrophobes. Au point de vue thérapeutique, le curare a été employé à doses élevées, et, comme l'a fait remarquer, devant la Société médicale de Boston, notre ancien collègue des hôpitaux de Paris, le docteur Curtis, le résultat obtenu n'est pas de nature à encourager de nouveaux essais. Enfin, si l'on admet la théorie proposée par l'auteur, le curare serait même contre-indiqué par des considérations physiologiques. Pour M. Curtis, en effet, les phénomènes prédominants de l'hydrophobie chez l'homme sont les paroxysmes de dyspnée et d'apnée, c'est-à-dire que l'activité du centre respiratoire est maintenue en état permanent de dépression par suite d'altérations locales de structure ; de plus, en raison des influences dépressives provenant des régions sensitives (*emotional regions*) du cerveau, également altérées, cette activité peut être, à un certain moment, réduite à néant par des excitations très-faibles d'origine périphérique, d'où le paroxysme de l'apnée paralytique ; et enfin la mort survient pendant un paroxysme par le défaut complet des forces inspiratoires. Ajoutons, avant de résumer brièvement cette observation, que la tentative de traitement par le curare a été provoquée par plusieurs observations et des arguments publiés dans le *Boston medical and surgic. Journal* de mars et août 1878

Obs. — Il s'agit d'un homme de soixante-huit ans, admis le 9 septembre à l'hôpital général de Massachusetts. Cet homme avait été mordu par un chat sept semaines avant son entrée à l'hôpital; il en était résulté une nécrose de la phalange onguéale du pouce. Le premier symptôme observé par le malade avait été la difficulté d'avaler au souper de la veille; mais pendant la nuit il avait été agité et le matin il n'avait pu déjeuner. Tout essai tenté par lui pour porter le liquide à sa bouche amenait une attaque caractérisée par de la suffocation et des convulsions dans les bras et les jambes. Le malade était nerveux, excité, agité, mais conservait sa raison; il ne pouvait rester tranquille, marchait, parlait, se jetait sur le lit et se levait brusquement; il était anxieux, la parole était saccadée avec quelques hésitations, la bouche était sèche, il y avait de la salive visqueuse sur les lèvres et la langue, le pouls était à 88. Pendant la nuit, l'agitation avait été extrême. Le lendemain, 10 septembre, à onze heures, une consultation eut lieu entre les docteurs Cabot, Shaw, Warren et Curtis; on offrit au malade un verre d'eau, il le refusa, disant qu'il ne le prendrait qu'avec une cuiller à thé; en prenant l'eau dans la cuiller il éprouva de l'agitation et du dégoût, mais continua à porter la cuiller à la bouche; lorsqu'il arriva à la distance d'un pied de la bouche, les traits se contractèrent, la main trembla, la respiration devint haletante; cependant il put ingurgiter l'eau dans la bouche, en en perdant une bonne portion, et se mit à parcourir la chambre en soupirant et en soufflant. La respiration semblait à ce moment entièrement costale et n'était effectuée qu'avec les plus grands efforts, les coudes étant élevés à chaque inspiration; cet accès dura une demi-minute. On put le reproduire en humectant la face, en plongeant le doigt dans une tasse remplie d'eau, en lui mettant de la glace dans la main, par l'action d'un courant d'air rapide. En somme, le diagnostic d'hydrophobie ne sembla pas douteux; mais le malade ne paraissait pas le moins du monde se douter que ces symptômes pouvaient provenir de la morsure d'un chat enragé. Les médecins consultants décidèrent l'emploi du curare.

A 2 h. 10 on fit la première injection de curare, contenant un tiers de grain (moins de 2 centigrammes); il n'y eut aucun signe appréciable; on donna la même dose à 3 h. 20, à 5 h. 15; à 6 heures, 1/2 grain; à 8 h. 45, 3/4 de grain; à 9 heures et à 10 heures, mêmes doses. En somme, à 11 heures, il avait absorbé par injection 3 grains 3/4, près de 20 centigrammes de curare; le pouls était à 90, et la respiration variait de 40 à 60. On nourrissait le malade par des lavements de vin, de bouillon et d'eau; il n'y avait pas de signes notables de l'action du curare.

Le 11 septembre, on continua la médication, et à 6 h. 15 le malade, qui avait reçu en tout 6 grains et demi de curare, échappa à la surveillance de son gardien, parcourut les salles, sortit de l'hôpital et n'y rentra qu'après une résistance qui ne permettait pas de mettre en doute la conservation des forces musculaires.

A partir de ce moment le malade fut sujet à des accès de fureur, à des paroxysmes de dyspnée; cependant il ne chercha pas à mordre; mais il luttait contre trois personnes avec une force musculaire étonnante. On multiplia les injections avec du curare provenant d'une source différente; on injecta à 7 heures un grain de curare; à 8 h. 15, 1 grain et demi; à 10 h. 15, 1 grain et demi et à 11 heures enfin, les accès se reproduisant tout aussi violents, on injecta 2 grains. Ce n'est qu'entre 11 heures et demie et minuit que le malade donna des signes d'affaiblissement musculaire. A minuit il sembla plus calme, put parler et même plaisanter avec l'infirmier. Enfin à une heure il devint très-faible, il tomba de sa chaise, demanda qu'on lui soutînt la tête; les paroxysmes se reproduisaient à deux minutes d'intervalle; on injecta encore 2 grains de curare; mais, en même temps que la faiblesse du pouls augmentait, les accès continuaient, et dans les convulsions les muscles se contractaient énergiquement. A 1 h. 30 les accès devinrent plus courts, moins forts, mais plus fréquents, jusqu'à la mort, qui eut lieu quelques instants plus tard...

Les résultats de l'autopsie ne sont pas encore publiés, mais les centres nerveux ont été conservés pour un examen ultérieur. (*The Boston medical and surgical Journal*, november 7 and 14, 1878.)

A. H.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies de la vessie et de l'affection calculeuse, par M. le docteur Henri Picard; 1 vol. in-8. Paris, 1878, J.-B. Baillière et fils. Prix 10 fr.

Nous avons déjà donné à nos lecteurs l'analyse de deux ouvrages du docteur H. Picard: le premier, consacré aux maladies de la prostate, le second, aux maladies de l'urèthre; le *Traité des maladies de la vessie*, dont nous nous occupons aujourd'hui, forme, avec les deux livres précédents, une étude complète des maladies des voies urinaires.

Ainsi que l'indique son titre, le livre de M. Picard est divisé en deux parties : la première, consacrée aux affections propres de la vessie, la seconde à l'affection calculeuse proprement dite.

La première partie est divisée en quinze chapitres, dont le premier est consacré à l'anatomie et à la physiologie de la vessie. L'épithélium vésical et la question de l'absorption par la muqueuse vésicale y sont spécialement étudiés. Arrivant à la pathologie, l'auteur décrit l'exstrophie de la vessie et consacre de longues pages aux opérations pratiquées pour remédier à ce vice de conformation, donnant, avec raison, la préférence au procédé du professeur Le Fort, qui permet de fermer complétement la vessie, quoique celui de Wood soit applicable à un plus grand nombre de cas.

Les inflammations de la vessie font l'objet d'un chapitre très-intéressant et très-complet; puis vient l'étude des blessures et des ruptures de cet organe. Les corps étrangers de la vessie, si variés et si nombreux, et les instruments si ingénieux auxquels leur extraction a donné lieu, sont ensuite passés en revue et étudiés avec soin.

Les chapitres qui suivent sont consacrés aux fistules urinaires de la vessie chez l'homme et chez la femme : fistules hypogastriques, ombilicales, vésico-vaginales, vésico-utérines. Les différents modes de traitement auxquels elles donnent lieu : méthode française, ou de Jobert, méthode américaine, ou de Marion Sims, modifiée par Bozeman, sont l'objet d'une description complète et d'une appréciation exacte. Les cystocèles, les maladies diathésiques : tubercules et cancer, les varices, ont chacune leur chapitre. L'auteur arrive ensuite à l'étude de la rétention et de l'incontinence d'urine : rétention par défaut de contraction, rétention par obstacle; incontinence de cause locale, incontinence de cause générale, essentielle ou nocturne. La première partie de l'ouvrage se termine sous la désignation de troubles généraux, par une description très-intéressante des phénomènes morbides, plus ou moins graves, auxquels donne lieu le défaut d'excrétion ou la résorption des matériaux de l'urine : fièvre, troubles gastro-intestinaux, phlegmasies diverses; puis paralysies urinaires dont le mode d'apparition diffère de celui des manifestations précédentes.

La seconde partie est consacrée, comme nous l'avons dit, à l'affection calculeuse que M. Picard définit ainsi : « Une maladie dans laquelle l'économie, en vertu d'une manière d'être innée ou acquise, produit ou abandonne, en plus forte proportion qu'à l'état normal, certains matériaux que l'urine entraîne et laisse déposer, sous forme de sable, de gravier ou de calculs, dans un point de son parcours du rein à l'extérieur. » Cette définition est, pour l'auteur, le point de départ de l'étude des matériaux des calculs qu'il décrit sous la dénomination de : pierre dans le rein et de pierre dans la vessie. A la pierre dans le rein se rattachent : la colique néphrétique, l'hématurie, la pyélite, l'hydronéphrose. D'après la nature des concrétions, la gravelle, cause de tous ces troubles, peut être divisée en gravelle acide, alcaline, indifférente. L'acide urique, l'acide oxalique, les phosphates, la cystine et la xanthine sont ainsi largement étudiés au triple point de vue de leur nature chimique, de leur morphologie et de leur

formation dans l'organisme. Une fois formé dans le rein, un calcul peut s'y développer ou passer dans la vessie, exigeant l'une des deux opérations désignées sous le nom de lithotritie et de taille. Ces deux opérations sont étudiées dans le livre de M. Picard, non-seulement dans tous les détails du manuel opératoire, mais l'historique en est aussi exposé d'une manière intéressante et étendue.

L'espace nous manque pour donner une analyse plus complète de ce livre qui se recommande aux praticiens et aux élèves par un grand nombre de qualités. L'exposition de chaque question est claire et méthodique, les détails superflus ont été évités, la bibliographie a été faite avec beaucoup de soin et d'exactitude. Des planches nombreuses, la plupart originales, permettent de comprendre très-rapidement les procédés opératoires parfois très-compliqués de la pathologie des voies urinaires. Partout on voit que l'auteur est sur un terrain qu'il connaît à fond. Nous avons cependant un petit reproche à formuler, c'est que, dans ce livre, la critique est parfois un peu timide. Il nous semble que l'enseignement et les travaux antérieurs de M. Picard lui donnent le droit de formuler avec plus d'autorité ses appréciations sur des questions qu'une étude de plusieurs années a dû lui rendre familières. Mais ce reproche n'enlève rien aux qualités fondamentales d'un livre qui mérite de prendre place dans la bibliothèque de tous les praticiens.

A. Lutaud.

VARIÉTÉS

Banquet offert par le corps médical à M. Ballay

En offrant un banquet à M. Ballay, le corps médical parisien a voulu non-seulement fêter l'intrépide explorateur de l'Afrique centrale, mais encore, on le verra en lisant les divers toasts, offrir un juste tribut de gratitude et d'admiration à ces médecins de la marine dont le courageux dévouement honore la France et la profession médicale. Cette fête de la médecine navale a d'ailleurs été pleine de cordialité et d'animation. Près de cent convives, médecins ou membres des Sociétés d'anthropologie et de géographie, s'étaient assis à la table que présidait M. le docteur Rochard, inspecteur général du corps de santé de la marine. Le premier toast, porté par M. Rochard à son jeune et vaillant camarade, a été souvent interrompu par les enthousiastes applaudissements de toute l'assistance acclamant l'orateur, qui savait exprimer en termes si élevés le noble dévouement de collègues dont il est le chef éminent et respecté. Nous reproduisons ses paroles, mais ceux-là seuls qui connaissent M. Rochard comprendront de quel accent et de quel geste il les a dites, faisant partager à tous ceux qui l'écoutaient l'émotion qu'il éprouvait lui-même.

Après lui, M. Ballay est venu lire un récit abrégé de son voyage d'exploration, racontant avec une touchante simplicité ce qu'il avait vu, ce qu'il avait fait, les sacrifices qu'il lui avait été nécessaire d'accomplir pour achever sa mission, les dangers qu'il avait courus, l'énergie dont ses compagnons et lui avaient dû faire preuve. Les périls, les souffrances, les maladies n'ont point ébranlé le courage de ce jeune et hardi voyageur non plus que celui de son digne compagnon, M. de Brazza, et c'est en annonçant son ferme désir de compléter, de terminer cette exploration du centre de l'Afrique, qu'il a remercié ses confrères parisiens et M. l'inspecteur général Rochard des marques unanimes de sympathie avec lesquelles il était accueilli.

M. le docteur Dechambre, en remerciant aussi M. Rochard d'avoir bien voulu présider cette fête et de l'avoir si bien présidée, a eu la bonne pensée d'associer aux témoignages de gratitude adressés à M. Ballay l'expression des vœux qui accompagneront dans sa mission en Russie M. le docteur Zuber, agrégé du Val-de-Grâce. On a beaucoup applaudi les éloquentes paroles par lesquelles M. Dechambre rendait hommage au dévouement des médecins de la marine morts victimes de leur courage au Sénégal. Puis M. Maunoir, secrétaire général de la Société de géographie, a énuméré tous les titres acquis à la reconnaissance du pays par le corps de la médecine navale, en rappelant tous les services que ses membres avaient rendus aux sciences géographiques.

Enfin, après quelques paroles de M. Rochard, remerciant au nom de ses camarades absents tous ceux qui leur avaient rendu justice, M. G. Périn a pris l'engagement de soutenir à la Chambre des députés toutes les propositions qui auraient pour objet de récompenser les explorateurs ou de faciliter leurs expéditions. Nos confrères de la marine liront avec une joie et une fierté bien légitimes cet hommage qui leur a été publiquement rendu, et ceux qui ont assisté à cette belle soirée du 18 février 1879, en emporteront le meilleur souvenir.

L. Lereboullet.

ALLOCUTION DE M. ROCHARD.

Messieurs,

En m'invitant à présider cette réunion confraternelle, vous m'avez fait un honneur dont je sens tout le prix; mais ce n'est pas à ma personne qu'il s'adresse, c'est au corps de santé de la marine, que je suis fier de représenter au milieu de vous. Je vous en remercie en son nom comme au mien. Aucun témoignage de sympathie ne pouvait être plus flatteur pour nous que cet hommage rendu à l'un des nôtres dans la personne du jeune confrère dont nous fêtons le retour. Le voyage qu'il vient d'accomplir en compagnie de M. Savorgnan de Brazza est un des plus longs, des plus pénibles et des plus périlleux qui aient été entrepris de nos jours. Ils ont attaqué l'Afrique par son côté le plus sauvage et le moins connu. Il vous racontera bientôt lui-même les péripéties de cette campagne de trois ans, pendant laquelle nos courageux compatriotes ont conquis à la géographie un territoire aussi vaste qu'un de nos petits États européens, et parcouru sous l'Equateur, dans des régions jusqu'alors inconnues, plus de 1800 kilomètres, dont 800 ont été franchis à pied. Quand on se représente ces deux hommes perdus au milieu de ce continent sauvage, sans nouvelles de la mère-patrie, brûlés par le soleil, dévorés par la soif et par la fièvre, disputant leur vie à des peuplades hostiles et marchant toujours en avant, jusqu'à complet épuisement de leurs munitions et de leurs forces, on se demande à quel mobile surhumain obéissaient ces jeunes hommes pour courir à de pareilles aventures. Ce mobile, c'est le plus noble de tous : c'est la passion des découvertes scientifiques. Tous ceux qui ont mis le pied sur cette terre d'Afrique comprennent l'attraction mystérieuse qu'elle exerce sur les jeunes imaginations. On sent qu'au delà de cet horizon borné, de cette bande de sable, de marais et de palétuviers, s'étendent d'immenses espaces sur lesquels aucun Européen n'a encore mis le pied, et ce mystère vous fascine. L'Afrique est encore la grande inconnue du problème géographique; c'est la tache blanche qui s'étale au milieu de la carte du monde et dont chaque exploration nouvelle rétrécit la surface. Le grand désert recule à mesure qu'on s'en approche. Il est peuplé dans presque toute son étendue, et les générations de l'avenir le traverseront dans tous les sens. Cette conquête sera leur ouvrage, mais notre siècle l'aura préparée et il y a sacrifié la vie d'un grand nombre de ses enfants. Sur quatre-vingts voyageurs qui ont tenté de pénétrer au cœur de l'Afrique, on en compte à peine dix qui en soient revenus.

Puisque nous sommes assez heureux pour posséder au milieu de nous un des rares survivants de cette héroïque phalange, buvons à son retour, à son avenir, à ses espérances;

buvons à la science, à son noble culte qui a aussi ses missionnaires, ses apôtres et ses martyrs ; buvons à la santé de Noël-Eugène Ballay.

ALLOCUTION DE M. DECHAMBRE.

Messieurs,

Je n'ai rien à ajouter à l'expression si distinguée et si chaleureuse des sentiments dont M. Rochard s'est fait l'interprète auprès de notre vaillant hôte, M. Ballay. C'est à M. Rochard lui-même que je m'adresse. Je veux le remercier, au nom du comité d'organisation, d'avoir bien voulu accepter la présidence de ce banquet. Cet honneur — et je lui emprunte le mot — cet honneur lui était dû à plus d'un titre. Il est le chef hiérarchique de M. Ballay, le chef du service de santé de la marine; mais surtout il est, lui aussi, un voyageur, un explorateur, un pionnier. Comme ceux qui vont à la recherche des fleuves lointains et des mers inconnues, il a bravé, sous des cieux divers, l'inclémence des lieux et des saisons au profit de la science et de l'humanité; et ce que d'autres ont fait pour la géographie physique, il l'a fait pour la géographie médicale. Beaucoup d'entre nous connaissent les services qu'il a rendus à l'histoire des climats et à celle des endémies et des épidémies.

A ce propos, je me rappelle que, dans une séance encore récente de l'Académie de médecine, il déclarait « regretter » de n'avoir jamais été en contact avec la peste. L'occasion serait malheureusement propice! Nous espérons bien que ni notre aimé président ne cherchera l'occasion, ni l'occasion ne viendra le trouver en France. Mais comment ne pas songer en ce moment qu'un autre confrère, un médecin de l'armée de terre, est envoyé par le gouvernement français dans le foyer pestilentiel d'Astrakhan? Puisque nous fêtons ici un heureux retour, je vous demande d'accompagner de nos vœux un départ courageux : le départ de M. Zuber, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Et enfin, messieurs, pouvons-nous nous séparer sans envoyer une pensée à ces intrépides médecins de la marine qui, sur le continent même où MM. Ballay et de Brazza ont enduré tant de souffrances, accomplissent chaque jour une œuvre de dévouement dont l'habitude leur voile à eux-mêmes la grandeur, et qui ont déjà payé à la mort un si lourd tribut. Des trente confrères envoyés au Sénégal sur le théâtre de la fièvre jaune, vingt ont succombé! A ceux qui sont ainsi tombés, on peut le dire, devant l'ennemi, donnons du fond de notre âme un pieux souvenir; à ceux qui restent, prions M. le président de faire parvenir le témoignage de notre sympathie et de notre admiration!

RÉPONSE DE M. ROCHARD AUX DIVERS TOASTS.

Messieurs,

Je ne comptais pas prendre une seconde fois la parole; mais il m'est impossible de quitter cette table, si cordialement hospitalière, sans vous adresser de nouveau les remercîments du corps de santé de la marine, auquel vous venez de faire une véritable ovation.

Je remercie M. Dechambre des expressions trop élogieuses dont il a bien voulu se servir à mon égard et contre lesquelles ma modestie protesterait, si je me méprenais sur le sentiment qui les a dictées, si je n'y voyais pas le reflet de son indulgente amitié.

Je remercie M. Maunoir d'avoir mis en lumière, avec un si remarquable talent, les services rendus à la géographie par les médecins de la marine. M. Dechambre m'invitait tout à l'heure à leur transmettre l'expression de votre cordiale sympathie; cette mission, dont je serais si heureux de me charger, c'est vous, messieurs, qui la remplirez à ma place. Demain vos journaux et le nôtre porteront, à travers les mers, vos encouragements et vos vœux à nos camarades répandus sur tous les points du globe et qui y soutiennent de leur mieux le vieux renom de la médecine française.

Et maintenant, messieurs, c'est à mon tour de boire à vous tous, qui nous avez donné cette fête, et je vous adresse, avec ce dernier toast, l'expression de toute notre reconnaissance.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 2 février 1879, M. Panas, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur de clinique ophthalmologique à la même Faculté.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 15 février 1879, la chaire de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris a été déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la publication de cet arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par arrêté ministériel du 31 janvier dernier, M. Achille Chereau, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, a été nommé membre de la commission centrale des bibliothèques académiques et des collections des Facultés, instituée près le ministre de l'instruction publique, sous la présidence de M. Mourier, inspecteur général et recteur honoraire.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 19 février 1879, ont été déclarées vacantes : la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie et la chaire de pathologie et thérapeutique générales. Un délai de vingt jours à partir de la publication de ces arrêtés est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Des cours auxiliaires de physique médicale, de chimie médicale et d'histoire naturelle médicale sont substitués aux conférences créées à la Faculté de Paris par l'arrêté du 12 novembre courant, qui est et demeure abrogé.

Faculté de médecine de Nancy. — Par décret en date du 16 janvier 1879, M. Hergott a été transféré, sur sa demande, à la chaire de clinique obstétricale vacante à ladite Faculté.

— Par arrêté du 25 janvier 1879, M. le ministre de l'instruction publique a déclaré qu'il y a lieu de pourvoir à la chaire d'accouchements et des maladies des enfants vacante à la Faculté de médecine de Nancy. Aux termes des statuts et des règlements universitaires, une double liste de présentation est demandée à la Faculté et au conseil académique. En conséquence, MM. les aspirants à cette chaire sont invités à faire parvenir leurs titres, par envoi affranchi, soit à M. le recteur, soit à M. le doyen, avant le 27 février prochain. Les candidats auront à produire : un acte de naissance dûment légalisé; le diplôme de docteur en médecine. Ils auront soin de faire connaître en outre : la nature et la durée de leurs services dans l'enseignement; les thèses, ouvrages et mémoires divers qu'ils auront publiés.

Faculté de médecine de Lyon. — Les docteurs en médecine dont les noms suivent, chargés des fonctions de chefs de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon, sont maintenus dans lesdites fonctions pendant l'année scolaire 1878-79 : MM. Chandelux (anatomie générale); Hubert (physique médicale); Peter (chimie médicale et pharmaceutique); Arloing (médecine expérimentale comparée); Cazeneuve (clinique médicale); Charpy (anatomie); Maguin (matière médicale); Duchamp (histoire naturelle); Rebatel (physiologie); Guérin (pharmacie).

— M. Garin (Henri) est délégué, pour un an, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies des enfants.

— M. Bouveret (Émile-Léon-Emmanuel) est institué chef de clinique médicale. — M. Cusset (Jean) est institué chef de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par arrêté du 1er février 1879, M. le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante la chaire de pathologie générale de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret du 9 mars 1852, une double liste de présentation devant être demandée à la Faculté et au conseil académique, les

candidats sont invités à faire parvenir *franco*, au secrétariat de la Faculté de médecine, avant le 27 février (terme de rigueur) : 1° une expédition de leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur en médecine; 3° leur thèse et les travaux qu'ils auront publiés; 4° une note indiquant leurs titres honorifiques, la nature et la durée de leurs services dans l'enseignement.

École de Clermont. — *Décret :* Art. 1er. La chaire de pharmacie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale.

La chaire de pathologie externe prend le titre de chaire de pathologie externe et médecine opératoire.

La chaire d'histoire naturelle et matière médicale prend le titre de chaire d'histoire naturelle.

La chaire de chimie prend le titre de chaire de chimie et toxicologie.

Art. 2. Il est créé à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont une chaire d'hygiène et thérapeutique.

Administration générale de l'Assistance publique.—Concours pour la nomination *à trois places de médecin* au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. Ce concours sera ouvert le lundi 24 mars, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 22 février 1879, et sera clos définitivement le samedi 8 mars, à trois heures.

Assistance publique. — Les secours à domicile organisés par les soins de l'Assistance publique et tout à fait indépendants des secours médicaux de nuit absorbent chaque année des sommes considérables. Mais c'est la première fois que l'on voit figurer dans le budget de 1878 une somme spécialement affectée aux phthisiques indigents. Les dépenses en visites de médecins et en médicaments ont atteint en effet 200 000 francs.

Il est même question, dit le *Journal officiel*, d'augmenter cette somme et de créer dans le Midi, à Cannes, à Nice, et sur différents points des bords de la mer, dans le Midi, des maisons hospitalières pour les malades atteints de cette terrible maladie.

Service médical de nuit. — D'après le relevé mensuel que vient de publier le docteur Passant, le nombre des personnes qui ont été secourues en 1878 a atteint le chiffre de 3751, dont 1286 hommes, 1879 femmes et 586 enfants au-dessous de trois ans.

Dans 41 cas, les personnes pour lesquelles on réclamait les secours des médecins sont mortes avant l'arrivée de ces derniers.

Les cas les plus fréquents sont : les affections et troubles gastro-intestinaux, qui figurent pour 79, les accouchements pour 71, les bronchites pour 59 et les angines pour 55.

Les arrondissements qui ont le plus recours au service médical de nuit sont le XIe, le XXe, le XVIIe, le XIVe et le XVIIIe. Le VIIIe et le XVIe arrondissement n'ont demandé que huit fois chacun les médecins de nuit pendant le dernier trimestre de 1878.

(*Constitutionnel*, 6 février.)

Service de santé militaire. — Par décret en date du 13 janvier 1879, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Spillmann (Pierre-Hyacinthe-Paul-Eugène), médecin-major de 1re classe; Palu (Joseph-Pierre), médecin-major de 1re classe.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté.) M. Malabard (Jean-Asclèpe), médecin-major de 2e classe. — (Choix.) M. Rochet (Léon-Auguste), médecin-major de 2e classe.—(Ancienneté.) M. Dumayne (François), médecin-major de 2e classe. — (Choix.) M. Barbier (Léopold-Désiré-François), médecin-major de 2e classe.

Nécrologie. — Le 15 février 1879 est mort à Varsovie, à l'âge de quatre-vingt-douze ans, M. le docteur Philippe Lubelski père, doyen d'âge des médecins polonais. M. Lubelski avait été médecin-major de la grande armée; blessé à la bataille de Leipsick, il fut décoré sur le champ de bataille; plus tard, il fut nommé officier du Mérite militaire de Pologne, légataire médaillé de Sainte-Hélène. Il s'est éteint après avoir exercé sa profession depuis 1811 jusqu'au jour de sa mort.

La peste. — On lit dans le *Journal officiel* du 14 février 1879 : « Les dernières informations relatives à la peste qui règne sur un point très-limité de la Russie sont très-rassurantes. L'épidémie ne s'est pas étendue, et des mesures énergiques sont prises pour l'éteindre dans son foyer actuel. Un médecin français est envoyé par le gouvernement de la République pour aller étudier et, au besoin, combattre la maladie, de concert avec la commission austro-allemande. D'un autre côté, les nouvelles alarmantes annonçant l'apparition de la peste dans la Turquie d'Europe, et notamment près de Cavala, en Roumélie, ont été reconnues jusqu'ici être le résultat d'erreurs d'appréciation...

» Pour plus de sûreté, le ministre du commerce a prescrit des mesures de précaution (quarantaine de deux jours au moins, avec désinfection des objets dangereux, etc.), qui seront appliquées, jusqu'à nouvel ordre, dans nos ports de la Méditerranée (Algérie comprise), à toutes les provenances de la mer d'Azow et de la mer Noire, même en patente *nette*.

Cours publics. — Le docteur Durand-Fardel commencera son cours le lundi 3 mars, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. Ce cours sera fait en quinze leçons.

Conférence publique. — Machine parlante. — Dimanche prochain, 23 février, à une heure et demie, au théâtre du Château-d'Eau, M. *Gariel*, professeur agrégé de la Faculté de médecine, fera une conférence au profit de l'inventeur de la *machine parlante*, M. Faber. Cette conférence sera présidée par M. *Paul Bert*. La machine dont il s'agit est un fort curieux instrument qui produit et articule les sons de manière à imiter la voix humaine. Il y a là un ensemble de dispositions mécaniques des plus intéressantes.

MM. *Coquelin* frères, de la Comédie-Française, ont bien voulu apporter à cette bonne œuvre le concours de leur talent, et diront la scène du maître de philosophie du *Bourgeois gentilhomme*.

Γαληνός (Galien). — Ce nouveau journal médical paraît à Athènes le samedi; il est rédigé par les docteurs Georganta, Skiadaresi, Macca et Dellaporta. Le premier numéro a paru le 6 janvier 1879.

Ce journal, publié en grec, contient 16 pages à chaque numéro.

Voici le sommaire du n° 1 : Sur les soldats blessés traités à l'hôpital civil *l'Espérance* par les soins des membres de la Société dite de la Croix-Rouge, par le docteur *Aretaios*. — Sur l'herpès et ses variétés.—Sur le diagnostic de la défervescence de la pneumonie du deuxième au troisième degré. — Sur l'action thérapeutique de la propylamine dans le rhumatisme et la chorée. — Sur l'action physiologique des purgatifs. — Société de médecine pratique d'Athènes.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 6 au 13 février 1879, on a constaté 1019 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 23. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 2. Variole, 14. — Croup, 18. — Angine couenneuse, 19. — Bronchite, 46. — Pneumonie, 94. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 8. — Erysipèle, 2. — Autres affections aiguës, 243. — Affections chroniques, 459 (dont 155 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 56. — Causes accidentelles, 20.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

AVIS. — **Nous rappelons à ceux de nos souscripteurs qui payent chaque année leurs abonnements par un mandat collectif, que la traite dont ils ont été avisés leur sera présentée le 28 février prochain — et nous les prions d'y réserver bon accueil.**

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 9 28 FÉVRIER 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 27 février 1879.

Académie de médecine : LA SEPTICÉMIE EXPÉRIMENTALE : M. DAVAINE. — *Société médicale des hôpitaux :* DE L'ANURIE PAR OBSTRUCTION CALCULEUSE DES URETÈRES.

La septicémie expérimentale.

Le discours de M. Davaine présente une importance remarquable à l'égard de l'étude expérimentale de la septicémie, ainsi qu'on a pu en juger par le résumé publié au compte rendu de l'Académie dans le dernier numéro. L'ingénieux et savant expérimentateur semble avoir voulu répondre aux vœux dont M. Trélat s'est fait l'interprète, et que nous avions nous-même exprimés, à savoir, qu'à tous ces beaux discours on désirait voir joindre une histoire des conditions du développement des bactéries ou organismes produisant la septicémie, ou au moins l'indication de nouveaux progrès accomplis ou à accomplir dans cette étude. La communication de M. Davaine nous montre, en effet, comment on peut étudier les conditions du développement de la septicémie par des procédés d'expérimentation dont la rigueur répond aux exigences de la méthode qui doit toujours diriger les recherches de physiologie pathologique. Les résultats obtenus sont très-intéressants par eux-mêmes, puisqu'ils constatent, d'une part, l'influence de la température, du lieu d'inoculation, d'un état particulier de l'animal de l'espèce choisie pour l'expérience, et, d'autre part, la variation des effets obtenus avec les agents différents, mais comparables, de la putréfaction ou septicémie et du charbon; néanmoins nous éprouvons plus d'intérêt encore à considérer la méthode qui a été suivie. M. Davaine a établi par ces expériences une série de données qui constituent autant de points de repère précieux pour l'étude des agents infectieux. Le réactif type existe, c'est le sang pris dans le cœur d'un lapin mort de septicémie ; ce réactif tue certainement, et à doses infiniment réduites, les lapins, quelles que soient les conditions atmosphériques ; cependant le sujet choisi pour l'inoculation expérimentale ne saurait être le lapin, à cause de cette facilité singulière avec laquelle la septicémie se développe chez cet animal ; ce n'est pas non plus un carnassier, par exemple, un renard, parce que cet animal semble réfractaire à l'inoculation sous-cutanée, et que, pour le rendre septicémique, il est nécessaire d'inoculer le liquide putride dans le péritoine. Il restait *le cobaye* qui très-heureusement représente un climat tempéré au point de vue septicémique ; et c'est pourquoi l'on peut apprécier chez cet animal l'influence remarquable de la température sur le développement de la septicémie.

« En résumé, dit M. Davaine, nous voyons dans ces expériences que treize cobayes inoculés pendant l'hiver, avec des doses de sang septique qui varient de 1/10 à 1/50 de goutte, résistent tous ; tandis que dix autres inoculés pendant l'été, avec des doses qui varient de 1/50 à 1/500 de goutte, contractent la septicémie et meurent. »

M. Davaine ajoute que « la quantité de sang virulent qui tue un cobaye dans les grandes chaleurs de l'été peut être deux mille fois moindre qu'en hiver. »

Voilà donc un fait expérimental qui vient à l'appui de notions de clinique dès longtemps acquises; il ne nous explique pas complétement la cause de ces différences, mais il nous apprend une particularité nouvelle de l'histoire des bactéries. Il prend sa place à côté de l'expérience mémorable de M. Pasteur, qui a prouvé que la bactéridie du charbon ne se développe pas dans le sang trop chaud de la poule, mais apparaît lorsque la température du sang de l'animal est suffisamment abaissée. En somme, nous voyons une fois de plus comment,

FEUILLETON

Les détracteurs de la médecine.

MONTAIGNE.

En dépit du scepticisme dont notre époque est imbue, les détracteurs de la médecine y sont en moins grand nombre qu'on ne les a vus jadis, en raison sans doute des méthodes plus rigoureuses que la science applique de nos jours à ses investigations. Il n'en est pas moins intéressant de connaître par quels arguments des esprits supérieurs, tels que Montaigne et les disciples qu'il a faits (Molière, etc.), combattaient les médecins de leur temps, et ce qui reste de paradoxes de nature à séduire encore, par le prestige qui s'attache au nom de leur auteur, les nombreux admirateurs des *Essais*.

Hippocrate disait, il y a deux mille ans, avec ce bon sens profond qui le caractérise : « Il y a des choses utiles et des choses nuisibles, donc il y a une médecine. » Ajoutons qu'il y a un médecin partout où il y a un malade. « Guérissez-moi ! » tel est le cri que l'instinct de la conservation et la crainte de la douleur arrachent partout aux êtres souffrants, qu'ils habitent une chaumière ou un palais, qu'ils appartiennent à l'élite des penseurs ou qu'ils croupissent dans l'ignorance. Aussi, et quoi qu'en dise notre philosophe, la médecine est aussi ancienne que le monde. Il le reconnaît implicitement lui-même quand il dit que « parmy tant d'ouvrages de nature il y a des choses propres à nostre conservation ». Seulement, il se défie « de toutes ces inventions et arts qui les font abandonner ». Comme s'il valait mieux préférer aux lumières de l'homme de l'art, éclairé par son expérience personnelle et par celle des siècles, les grossières traditions de l'empirisme ou les avis « de *simples femmelettes* »; car, ajoute-t-il, en prenant soin de se réfuter lui-même, « qui ne se vante de quelque receptе, et qui ne la hazarde sur son voisin? » Il nous fournit même un exemple plaisant de l'infa-

en changeant les conditions du sujet soumis à l'expérience par des influences physico-chimiques, les phénomènes physiologiques morbides peuvent être modifiés aussi bien que les phénomènes d'ordre normal. Claude Bernard, se plaçant à un point de vue semblable, a souvent insisté sur la possibilité d'obtenir chez des animaux à sang chaud des phénomènes particuliers aux animaux à sang froid, et réciproquement; en effet, lorsque par la section de la moelle épinière on transforme un mammifère en animal à sang froid, on découvre chez lui les mêmes phénomènes électriques que chez la grenouille; mais si l'on plonge les grenouilles dans un bain d'eau à 37 degrés, c'est-à dire à une température plus élevée que leur température propre, ces mêmes phénomènes électriques disparaissent, et ces batraciens se comportent comme des animaux à sang chaud (*Cours de médecine du Collége de France*).

En somme, l'expérimentation offre des moyens multiples d'étudier dans leurs moindres variations les propriétés des agents septiques; peut-être permettra-t-elle de reconnaître leurs diverses espèces plus complétement que les études morphologiques ou histologiques n'ont pu le faire; dans tous les cas, il lui reste à résoudre dès maintenant des problèmes de la plus haute importance. M. Davaine nous les signale, et en particulier il appelle l'attention sur notre ignorance à l'égard de l'élimination des bactéries ou de leurs germes.

A vrai dire, le bilan de nos connaissances sur ce point est rapidement établi; nous savons que les bactéries peuvent être incorporées aux leucocytes, aux cellules embryonnaires, aux épithéliums, ce qui offre plusieurs voies d'élimination par le revêtement épithélial et par les surfaces endothéliales; en d'autres termes, la peau, les muqueuses, les canaux d'excrétion et de sécrétion sont des voies d'élimination aussi largement ouvertes pour la sortie que pour l'entrée. Enfin la suppuration n'est-elle pas une issue plus complète encore qui s'ajoute d'elle-même ou que le chirurgien s'applique à produire? Si nous voulions poursuivre cette énumération, nous aurions à rappeler les manifestations cutanées ou muqueuses des fièvres éruptives, depuis le bouton variolique jusqu'aux sudaminas de la scarlatine, remplis de bactéries, les squames de la rougeole; mais nous serions ainsi entraîné à parler de toutes les maladies zymotiques; celles-ci nous montrent bien comment l'élimination des bactéries peut se faire, mais il faut néanmoins reconnaître avec M. Davaine l'insuffisance de notions précises sur le mode d'élimination des *bactéries de la septicémie*. Nous avons en main la méthode et les procédés; leur simplicité même est un attrait qui engagera les expérimentateurs à en multiplier les applications.

A. Hénocque.

De l'anurie par obstruction calculeuse des uretères.

Dans la dernière séance de la *Société médicale des hôpitaux*, M. Tenneson a soulevé, à propos d'un malade mort après quinze jours d'une anurie complète, une question des plus intéressantes, et qui a été l'objet de quelques réflexions de la part de MM. Ferrand et Constantin Paul. Ce malade entre dans le service de M. Tenneson après dix jours d'anurie; on ne constate alors aucun trouble général; la vessie est vide et la palpation ne dénote rien d'anormal du côté de la région lombaire, ni douleur à la pression, ni matité à la percussion. Puis viennent des vomissements, de l'œdème des jambes, du coma, et enfin la mort le quinzième jour après le début de la cessation de l'émission des urines. A l'autopsie, on trouve la vessie vide et saine, l'uretère droit obstrué par un calcul ancien et l'uretère gauche libre dans toute son étendue. Dans le calice, du même côté, légèrement dilaté, existait un calcul allongé, qui très-certainement, pendant la vie, était venu se placer à l'orifice de l'uretère, s'opposant ainsi à l'excrétion de l'urine. De plus, et ce fait est des plus importants à noter, les reins ne présentaient aucune altération, ni dégénérescence graisseuse, ni infarctus, ni infiltration d'urates de soude. Les antécédents recueillis pendant la vie du malade avaient mis en évidence ce fait que jamais il n'avait souffert de douleurs articulaires, ni de douleurs rhumatismales d'aucune sorte, ni même de coliques néphrétiques : les symptômes observés à l'hôpital avaient été les premiers symptômes de la maladie qui devait l'emporter.

En résumé, le malade était resté quinze jours dans un état d'anurie complète (à part 2 centimètres cubes d'une urine albumineuse excrétée le dixième jour); sur ces quinze jours, dix n'avaient présenté aucun fait important à signaler; à partir du dixième jour, les accidents urémiques avaient éclaté. Pour M. Tenneson, l'anurie est donc due à une obstruction des uretères par la présence de calculs : l'un engagé depuis longtemps dans l'uretère droit, qu'il obstruait complétement; l'autre par un calcul trouvé libre dans le calice, à l'autopsie, mais qui pendant la vie serait venu se fixer à l'orifice de l'uretère. C'est à cette théorie que nous nous rattachons com-

---

tuation dans leurs propres idées que présentent maints contempteurs de la science, lorsqu'il nous dit du vieux Caton : « qu'il entretenoit sa famille en santé par l'usage du *lièvre* ! » Il aurait pu ajouter qu'il traitait tous les malades de sa maison par l'emploi des choux...

Mais, s'il ne confie ni à la science, ni à de *simples femmelettes* le soin de le guérir ou de le soulager, à qui s'en remet-il donc? A l'instinct et aux efforts de la nature médicatrice. Les principes qui lui ont servi en santé à régler sa vie le guideront aussi pendant la maladie : « Et sain et malade ie me suis laissé aller volontiers aux appetits qui me pressoient. Ie donne grande auctorité à mes desirs et propensions : ie n'ayme point à guarir le mal par le mal; ie hais les remedes qui importunent plus que la maladie... Quoy que ie receoive desagreablement me nuit, et rien ne me nuit que ie fasse avecques faim et alaigresse (liv. III, ch. xiii). Tibère disoit que quiconque avoit vescu vingt ans, se debvoit respondre des choses qui lui estoient nuisibles ou salutaires, et se sçavoir conduire sans medecine : et le pouvoit avoir apprins de Socrates... L'experience m'a encores apprins cecy, que nous nous perdons d'impatience. Les maulx ont leur vie et leurs bornes, leurs maladies et leur santé... Qui essaye de les abbreger imperieusement, par force, au travers de leur course, il les alonge et les multiplie, et les harcele au lieu de les appaiser. » (*Ibid.*)

Platon avait déjà formulé les mêmes idées dans le *Timée* : « La nature des maladies a quelque chose d'analogue à celle des animaux. Elles naissent pour une durée limitée, de même que chaque animal naît pour vivre pendant un temps déterminé, sauf les accidents qui peuvent survenir... Si on les dérange avant le temps fixé pour l'emploi des remèdes, les petites deviennent grandes, et une seule en appelle plusieurs. Il faut donc les diriger par le régime autant qu'on en a le loisir, et ne pas les irriter, etc. » (Trad. de Cousin. — Voyez aussi sur le même sujet Bacon, *De augmentis*.)

Ces philosophes tranchent là, sans s'en douter et sans avoir

plétement, malgré l'avis de M. Ferrand. M. Ferrand, en effet, s'appuyant sur l'absence de la dilatation des uretères et des calices, et aussi sur l'absence des coliques néphrétiques, a proposé de considérer cette anurie comme étant due plutôt à une anurie goutteuse qu'à une anurie calculeuse. Quelque rare que soit l'anurie goutteuse, elle a été signalée, et un médecin éminent des hôpitaux en a été la malheureuse victime. Mais si, dans les manifestations de la goutte, on observe parfois une anurie passagère et plus rarement une anurie persistante et déterminant la mort, on peut affirmer, et nous ne connaissons pas une seule observation venant infirmer cette idée, que jamais les troubles urinaires n'ont été les premiers et les seuls symptômes de la goutte, qui toujours s'est manifestée par quelques troubles du côté de l'estomac ou plus souvent du côté des articulations; de plus, à l'autopsie, dans des cas semblables, on trouve les reins altérés : ceux-ci ont subi tout au moins la dégénérescence graisseuse et plus souvent une infiltration de calculs d'urate de soude. Telles sont les lésions constatées par M. Cornil et M. Constantin Paul chez le regretté docteur Bouley, auquel nous faisions allusion tout à l'heure. Il peut se faire, ainsi que M. Constantin Paul l'a signalé, que chez les goutteux les calculs n'existent que d'un seul côté et qu'il se produise une anurie rénale, réflexe; mais là encore les reins sont lésés, et on constate à l'autopsie ce que Todd, Rayer, Garrod, Charcot et Cornil ont très-bien décrit sous le nom de *rein goutteux*, c'est-à-dire une infiltration graisseuse d'une part, et, d'autre part, une infiltration de cristaux d'urate de soude siégeant en dehors des tubes droits, et des dépôts d'urate de soude, dépourvus, du moins en apparence, de structure cristalline, siégeant dans la cavité même des tubes dont ils représentent le moule interne, et sur lesquels s'implantent les groupes de cristaux. Cette disposition mérite d'être rapprochée de celle qu'on observe lorsqu'il s'agit des cartilages diarthrodiaux; dans ce second cas, les nombreux cristaux articulaires qui pénètrent la substance fondamentale du cartilage paraissent implantés par une de leurs extrémités dans les chondroplastes autour desquels ils rayonnent, tandis que la cavité de ceux-ci est littéralement remplie par des dépôts d'urate de soude amorphe (Charcot et Cornil). Telle est, en effet, la lésion déjà très-bien décrite anatomiquement par Rayer (néphrite goutteuse de Rayer; *Maladies des reins*, t. II, p. 48) et histologiquement par MM. Charcot et Cornil; mais, qu'il s'agisse de l'atrophie du rein ou de l'infiltration d'urate de soude dans le parenchyme de cet organe, on peut voir survenir de l'anurie, puis les accidents urémiques, ainsi que l'a indiqué le professeur Rayer, dans le cas où à l'anurie ne succède pas une polyurie abondante entraînant ainsi en dehors de l'économie toutes les matières excrémentitielles qui doivent être éliminées.

M. le professeur Charcot (*Leçons sur les maladies des vieillards*, p. 88), étudiant les manifestations de la goutte du côté de l'appareil urinaire, a déjà signalé ce fait que, à la première période de la maladie, les reins peuvent être frappés de troubles fonctionnels, caractérisés par une douleur vive, mais transitoire, alternant « manifestement avec la goutte articulaire, qui peut occuper l'un ou l'autre rein, et une albuminurie qui ne persiste pas longtemps. Il peut se faire que, pendant toute la durée de cette complication, il n'y ait aucune émission de graviers. » Mais, alors même que ces accidents n'apparaissent qu'avec les premières manifestations de la goutte, on trouve une lésion rénale comme conséquence anatomique, et de plus ces manifestations ne sont pas isolées, elles sont précédées ou accompagnées de symptômes du côté des articulations, permettant dès lors d'établir le diagnostic d'une façon positive; à plus forte raison, ces symptômes sont-ils plus évidents à une période avancée de la maladie. Or, le malade de M. Tenneson n'a jamais présenté aucune douleur du côté des articulations, rien, en un mot, qui pût faire penser à la goutte ou au rhumatisme, et les reins étaient sains. Supposer, comme le fait M. Ferrand, qu'il s'agissait là d'une *anurie goutteuse*, ne peut être qu'une hypothèse, hypothèse qui doit s'effacer devant l'explication plus rationnelle de M. Tenneson : il s'agit évidemment là d'une anurie par obstruction des uretères.

J. M.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

DEUX FAITS CONTRAIRES AUX LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, par M. le professeur JACCOUD.

I. — *Convulsions unilatérales du côté d'une lésion de la région motrice corticale.*

Le nommé Prévot, âgé de quarante-deux ans, cartonnier, est entré dans mon service, à l'hôpital Lariboisière (salle Saint-Jérôme, 5), le 6 novembre 1877, à sept heures et demie du soir; il y a succombé le 8 novembre, à cinq heures du soir.

---

le moyen de contrôler leurs idées théoriques par l'expérience, un des problèmes les plus ardus de la pratique médicale.

Poursuivant les mêmes idées, notre moraliste ajoute encore : « C'est la crainte de la mort et de la douleur, une furieuse et indiscrete soif de la guarison, l'impatience du mal qui nous aveugle ainsi, comme si l'impatience estoit de soy quelque meilleur remede que la patience! Laissons faire un peu à nature, elle entend mieulx ses affaires que nous... L'ordre qui pourveoit aux pulces et aux taupes pourveoid aussi aux hommes qui ont la mesme patience à se laisser gouverner. Ils doibvent au mal son cours comme à la santé... il meine ceulx qui suyvent; ceulx qui ne le suyvent pas, il les entraisne et leur rage et leur medecine ensemble. Faites ordonner une purgation à vostre cervelle, elle y sera mieulx employee qu'à vostre estomach. » (Liv. II, ch. XXXVII.)

Molière, qui a emprunté à l'auteur des *Essais* la plupart de ses traits satiriques contre les médecins, nous offre dans le *Malade imaginaire* comme un résumé de cette philosophie expectante : « Que faire quand on est malade? Se tenir en repos. La nature d'elle-même, quand nous la laissons faire, se tire doucement du désordre où elle est tombée... C'est notre impatience, c'est notre inquiétude qui gâte tout. » Quant aux remèdes, il pense comme Montaigne « qu'ils ne sont permis qu'aux gens vigoureux qui ont des forces de reste pour porter les remèdes avec la maladie ».

Mais qui ne sait combien l'instinct, essentiellement départi aux êtres dépourvus de raison, est vague, trompeur chez l'homme? Que de fois on est exposé à regarder comme des inspirations instinctives ce qui n'est que le résultat de préjugés, d'opinions préconçues et purement gratuites sur la cause et la nature de nos maladies! Quant à la nature, si parfois elle guérit, souvent aussi elle tue; ainsi d'une fièvre pernicieuse, de la phthisie, des maladies du cœur, du cancer, etc., etc. Et quand notre philosophe finit par nous dire « qu'il faut souffrir doulcement les loix de nostre condition, que nous sommes pour vieillir, pour estre malades en depit

ANTÉCÉDENTS. — Depuis quatre semaines douleurs de tête, bizarreries de caractère, et actes déraisonnables qui ont attiré l'attention des camarades d'atelier.

Le 6 novembre au matin, attaque apoplectiforme, perte de connaissance avec mouvements convulsifs qui n'ont pu être précisés. C'est dans ces conditions que le malade est apporté dans ma salle le soir de ce même jour.

SYMPTÔMES.

COMA incomplet, face vultueuse, température fébrile maintenue jusqu'à la mort entre 39°,4 et 40°,2.

AUCUNE PARALYSIE.

CONVULSIONS des membres gauches et du côté gauche de la face. Les mouvements convulsifs consistent en secousses cloniques exclusivement bornées au côté gauche, et présentant un peu plus d'amplitude dans le bras que dans la jambe. A la face, la convulsion a pour effet de dévier brusquement en dehors la commissure labiale et la joue gauches. Les accès convulsifs durent en moyenne une minute, et ils se reproduisent avec une remarquable régularité après un intervalle de deux minutes environ.

Déviation conjuguée des yeux; cette déviation n'est pas constante, et elle change plusieurs fois de sens dans le courant de la journée du 7 novembre.

Dans cette journée, les mouvements convulsifs cessent dans les membres gauches à partir de onze heures du matin, tout en persistant au côté gauche de la face, où ils se produisent jusqu'à quinze fois par minute A sept heures du soir, les secousses reparaissent dans les membres; elles se montrent jusqu'à onze heures du soir et cessent alors définitivement; elles continuent à la face jusqu'au matin du 8 novembre.

Ce jour, à partir de neuf heures du matin, résolution générale, aggravation du coma, stertor, déviation oculaire vers la droite. Mort à cinq heures du soir.

LÉSIONS.

Méningite aiguë de la convexité.

HÉMISPHÈRE GAUCHE. — Infiltration purulente de la pie-mère; elle est à son maximum au niveau des circonvolutions centrales ascendantes et du sillon de Rolando; dans toute cette région, sur une étendue égale aux deux tiers supérieurs des circonvolutions centrales, les méninges sont fortement adhérentes à la substance cérébrale, et ne peuvent être détachées sans entraîner les parties superficielles de l'écorce.

HÉMISPHÈRE DROIT. — Il y a simplement une hyperhémie forte généralisée à toute la surface convexe et à la face inférieure du lobe frontal; aucune adhérence des méninges congestionnées.

Epanchement notable de sérosité dans les ventricules latéraux.

L'examen méthodique, par coupes transversales minces, du cerveau, du cervelet, de la protubérance et du bulbe, ne révèle aucune autre lésion.

REMARQUE.

Je vois dans ce fait un exemple de convulsions unilatérales par lésion irritative de la région motrice du même côté.

Voudrait-on attribuer les convulsions gauches à l'hyperhémie méningée droite, qui occupait la région motrice comme les autres parties de la convexité de ce côté? Mais la lésion gauche, plus importante, n'avait pas anéanti l'activité fonctionnelle de la zone motrice gauche, puisqu'il n'y a pas eu d'hémiplégie. Donc de deux choses l'une : ou cette lésion grave des méninges et de l'écorce, quoique portant directement sur l'ensemble des confluents moteurs gauches, n'a produit aucun symptôme; ou bien elle a produit les convulsions du même côté. Cette dernière conclusion, justifiée d'ailleurs par d'autres cas analogues, me paraît seule admissible; mais, quelle que soit celle des deux interprétations ci-dessus qu'on veuille adopter, l'observation précédente n'en est pas moins en opposition avec les données courantes touchant les signes cliniques des lésions irritatives de la région cérébrale motrice.

II. — *Hémiplégie flasque du côté d'une compression de la région motrice corticale.*

La femme Mergaud, âgée de quatre-vingt-trois ans, est entrée dans mon service, à l'hôpital Lariboisière (salle Sainte-Claire, 2), le 23 janvier 1879, à six heures du soir; elle y a succombé dans la nuit du 25 au 26.

ANTÉCÉDENTS. — Le jeudi 23 janvier, vers trois heures de l'après-midi, tandis qu'elle se promenait, cette femme a été frappée d'apoplexie sans convulsions; elle n'a repris connaissance que dans les instants qui ont suivi son entrée à l'hôpital, entre six et sept heures du soir.

SYMPTÔMES.

HÉMIPLÉGIE DROITE, flasque. La paralysie est complète au bras et à la jambe, incomplète à la face, où la commissure labiale n'est que légèrement déviée vers le côté gauche. Parole et articulation des sons normales.

SENSIBILITÉ à la douleur intacte du côté gauche. — Du *côté droit*, le pincement du bras ne provoque aucune réaction; le pincement de la jambe provoque, après un retard notable, des mouvements dans le côté sain et une protestation orale de la malade.

Les MOUVEMENTS RÉFLEXES par le chatouillement de la plante du pied se montrent exagérés dans le côté paralysé, qui, à la palpation, est sensiblement plus chaud que le côté sain.

Pas de signe de lésion cardio-aortique.

L'état de la malade reste absolument le même pendant la

---

de toute medecine, que c'est iniustice de se douloir qu'il soit advenu à quelqu'un ce qui peut advenir à chascun », nous nous demandons si ce stoïcisme s'accorde bien avec la nature humaine, et nous sourions en voyant ce grand contempteur de la science d'Esculape parcourir les eaux minérales de France, de Suisse et d'Italie pour y trouver un remède à la gravelle, dont il souffrait.

Ce qu'il y a de plus sérieux dans les critiques de Montaigne c'est ce qui a trait aux incertitudes de la science; ce qu'il y a de plus piquant ce sont ses railleries au sujet des démêlés des médecins entre eux. Les déceptions que prépare trop souvent l'expérience fournissaient à sa verve sceptique une ample occasion de s'exercer, et il n'a garde de la laisser échapper. En méfiance contre le témoignage de nos facultés et de nos sens en particulier, il estime que la foi qu'ont les médecins dans l'efficacité de leurs remèdes a sa source dans « le hazard ou la fortune. » Mais ces critiques ne portent que sur l'emploi vicieux de la méthode expérimentale, telle surtout qu'elle était pratiquée à une époque où les sciences physiques, chimiques et physiologiques étaient encore dans l'enfance.

« Les promesses mesmes de la medecine sont incroyables, car de tout cet amas ayant faict une mixtion de breuvage, n'est-ce pas quelque espece de resverie d'esperer que ces vertus s'aillent divisant et triant de cette confusion et mesange pour courir à charges si diverses? Ie craindrois infiniment qu'elles perdissent ou echangeassent leurs etiquettes... » (*Ibid.*)

Telle est pourtant, quoi qu'en pense Montaigne, la propriété de tous les médicaments qui exercent une action élective sur nos organes.

Il est mieux fondé à dire en parlant des différents côtés sous lesquels on peut envisager les mêmes faits : « La conclusion que nous voulons tirer de la conference (comparaison) des evenements est mal seure... il n'est aulcune qualité si universelle, en cette image des choses, que la diversité et la variété... la ressemblance ne faict pas tant un, comme la

journée du 24, et pendant celle du 25 jusqu'au soir : aucun changement dans l'hémiplégie, aucune convulsion. Le samedi soir, 25, mon interne, M. Sabourin, constate de la chaleur à la peau, une température manifestement fébrile, de la fréquence du pouls, et à l'auscultation, des signes cavitaires au sommet du poumon droit.

La malade succombe dans la nuit.

LÉSIONS.

Vaste caverne dans le lobe supérieur du poumon droit; nodules tuberculeux disséminés dans les deux poumons.

Cerveau. — *Hémorrhagie sus-arachnoïdienne droite.* Dure-mère très-adhérente à la voûte crânienne: 1° dans l'étendue d'une pièce de 5 francs en argent, au niveau de la suture lambdoïde, sur le *côté droit* du sinus longitudinal supérieur; 2° plus en avant, du même *côté droit*, à la région frontale, dans l'étendue d'une pièce de 2 francs. Pas trace de sang entre la dure-mère et les os.

Aucune lésion sur l'hémisphère gauche.

Hémisphère droit. — Après section de la dure-mère à droite du sinus longitudinal, on découvre un épanchement sanguin limité, constitué en majeure partie par un caillot rouge foncé, long de 8 à 9 centimètres, large de 3 environ, sur une épaisseur d'un demi-centimètre au moins. Ce caillot, sus-jacent à l'arachnoïde et à la pie-mère, est couché sur le bord supérieur de l'hémisphère ; il porte sur les deux circonvolutions centrales ascendantes, son centre répond sensiblement au sillon de Rolando.

La pie-mère est saine, même dans les points où elle supporte le caillot sanguin; elle ne présente aucune adhérence avec le tissu cérébral, qui offre tous les caractères de l'intégrité parfaite.

Aucune lésion appréciable dans les circonvolutions.

L'examen méthodique de tout l'encéphale, bulbe compris, pratiqué sous mes yeux par M. Sabourin au moyen de minces coupes transversales, n'a pas permis de découvrir le plus petit foyer, hémorrhagique ou autre.

REMARQUE.

La simple compression du sommet des deux circonvolutions centrales, sans altération du tissu nerveux, a déterminé une hémiplégie; mais cette hémiplégie type a siégé du même côté que la compression.

Je n'ignore pas qu'en raison du siége méningé des lésions dans les deux cas, on peut imposer à ces faits, au premier surtout, une interprétation qui sauvegarde le principe fondamental des actions croisées; mais, en pareille matière, l'explication importe peu, le fait est tout; or, du moment que de semblables éventualités peuvent être rencontrées, le fait clinique n'a plus l'absolu du fait expérimental, et par suite le diagnostic topographique des lésions cérébrales ne peut prétendre qu'au probable, il n'arrive point à la certitude. D'une autre part, on ne serait pas fondé à invoquer la rareté de ces cas pour en amoindrir l'importance; quelle que soit cette rareté (qui n'arrive pas au degré qu'on croit), les faits précédents et tous les faits analogues n'en ont pas moins une valeur hors de pair, non-seulement au point de vue physiologique et pathogénique, mais encore, et surtout, au point de vue pratique de l'application du trépan.

Pathologie chirurgicale.

Des anévrysmes de la pédieuse, par le docteur Delorme, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Les auteurs classiques n'ont point encore décrit les anévrysmes de la pédieuse. Boyer mettait en doute leur existence; Bérard (*Dictionnaire en* 30 *volumes*), Lisfranc, Velpeau (*Médecine opératoire*), n'ont fait qu'indiquer succinctement les cas de Guattani et de Champion; Broca (*Traité des anévrysmes*) se borne à des généralités. Malgaigne, qui bien à tort considère la ligature de la pédieuse comme une pure ligature d'amphithéâtre, ne cite que le cas d'anévrysme cirsoïde de Poland. Follin résume l'observation de Fleury. De patientes recherches bibliographiques m'ont permis de réunir treize cas, et M. le docteur Toussaint, qui prochainement publiera *in extenso*, dans sa thèse, les observations que je vais résumer, m'a communiqué un dernier cas qu'il a observé récemment dans le service de M. le professeur Panas. Il n'est point douteux pour moi que les observations ne se multiplient bientôt, lorsque l'attention sera attirée sur ce point, et ce qui me le fait dire, c'est que sept des cas publiés l'ont été dans l'espace de dix ans.

Le sujet est donc nouveau, et, comme on le verra, il est digne de fixer l'attention des chirurgiens. Je commencerai d'abord par résumer les observations, puis je parlerai du diagnostic et du pronostic; j'insisterai surtout sur le traitement, enfin je terminerai par de courtes considérations sur l'étiologie de ces anévrysmes.

Obs. I. — Anévrysme traumatique. Cultivateur jeune. Saignée du pied, puis coup sur la cicatrice. Tumeur de la grosseur d'une olive. Traitement non indiqué. Manque de détails essentiels. (Guattani, in *Th. Lauth*, 1785, p. 167.)

Obs. II. — Anévrysme de la pédieuse. Champion cité par Lisfranc, Velpeau, Bérard (*Dictionnaire en* 30 *volumes*).

Obs. III. — Anévrysme vrai de la pédieuse. Ligature au-dessus et au-dessous de la tumeur; celle-ci tomba en gangrène. Il en résulta une plaie très-étendue qui ayant été frappée de pourriture d'hôpital fit succomber le malade. (*Dictionnaire en* 60 *volumes*, 1819, article *Pédieuse*.

---

différence faict aultre. » (Liv. III, ch. xiii.) Enfin il est tout à fait dans le vrai quand il dit : « Ce n'est pas assez de compter les experiences, il les fault poiser, et les fault avoir digerees pour en tirer les conclusions qu'elles portent. » (Liv. III, ch. viii.) Bacon s'exprime de même, mais Sénèque l'avait dit avant l'un et l'autre (*Corresp.*).

Où le grand douteur pense triompher, c'est quand il s'en prend à l'instabilité de nos systèmes et aux divisions des médecins : « Si vostre medecin ne treuve bon que vous dormez, que vous usez du vin ou de telle viande, ne vous chaille (importe), ie vous en treuveray un aultre qui ne sera pas de son advis... Qui veid iamais medecin se servir de la recepte de son compaignon, sans y retrencher ou y adiouster quelque chose ? Combien de fois nous advient-il de veoir les medecins imputants les uns aux aultres la mort de leurs patients ?... Ie ne veois nulle part nulle race de gents si tost malade et si tard guerie que celle qui est soubs la iuridiction de la medecine; leur santé mesme est alteree et corrompue par la contraincte des regimes... lorsque les vrais maulx nou faillent la science nous preste les siens... les medecins ne se contentent pas d'avoir la maladie en gouvernement, ils rendent la santé malade pour garder qu'on ne puisse en aulcune saison eschapper leur auctorité... et oultre cela, ils ont une façon advantageuse à se servir de toutes sortes d'evenements : car ce que la fortune (le hasard), ce que la nature ou quelque cause estrangiere (desquelles le nombre est infiny) produict en nous de bon et de salutaire, c'est le privilege de la medecine de se l'attribuer... Quant aux mauvais accidents, ou ils les desadvouent tout à fait, en attribuant la coulpe au patient... ou s'il leur plaist, ils se servent encores de cet empirement et en font leurs affaires, par cet aultre moyen qui ne leur peult iamais faillir : c'est de nous payer, lorsque la maladie se treuve reschauffee par leurs applications, de l'asseurance qu'ils nous donnent qu'elle seroit bien aultrement empiree sans leurs remedes... Adrian l'empereur crioit sans cesse en mourant « que la presse (*turba*) des medecins l'avoit tué ».

Obs. IV. — Bérard, au dire de Richet (*Anat. chirurgicale*), aurait lié la pédieuse au-dessus et au-dessous du sac pour un anévrysme faux consécutif. L'artère avait été blessée par un scalpel tombant d'une table de dissection. Ligatures laborieuses. Résultat inconnu.

Obs. V. — Cline le jeune lia la tibiale antérieure pour un anévrysme de la pédieuse à sa partie supérieure. Les pulsations persistaient quand l'enfant quitta l'hôpital (in Chelius et Holmes, *Leçons sur les anévrysmes*, publiées dans la *Gazette des hôpitaux*, 1878, t. V, p. 934).

Obs. VI. — Homme de vingt ans, piqûre du dos du pied par un clou pointu. Issue de peu de sang. Quatre mois après, tumeur pulsatile du volume d'une noix, correspondant à la face dorsale du pied gauche (dorsale du tarse). Pulsations arrêtées par la compression de la fémorale, mais persistant après la compression de la pédieuse. Ouverture du sac. Issue de sang, non en jet, mais en nappe. A la coupe, masse formée de tissu spongieux. (*Anévrysme traumatique ou plutôt angiome*, Fleury, *Arch. de méd.*, 3e série, 1839, p. 86.)

Obs. VII. — Anévrysme traumatique. Coup de hachette sur le dos du pied en équarrissant du bois. Réunion de la plaie. Marche prématurée. Anévrysme de la grosseur d'un œuf de pigeon. Compression digitale intermittente de la pédieuse. Puis compression mécanique indirecte : amadou et bouchon de liége appliqués au-dessus de la tumeur ; compresses sous la plante, puis attelles dorsale et plantaire par-dessus ; le tout réuni. Au bout de deux heures, on défait l'appareil et on s'adresse à la compression digitale de la pédieuse. En somme, guérison après six heures de compression mécanique et digitale. (Houzelot, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1859, 9 novembre, et *Union médicale*, 1859, t. IV, p. 335.)

Obs. VIII. — Anévrysme traumatique. En élaguant des arbres, un homme de trente-six ans se fait une blessure du dos du pied avec sa hache. Abondante hémorrhagie. La pédieuse est atteinte à sa partie inférieure. Compression. La plaie se ferme, mais il reste un anévrysme. Compression mécanique au-dessus de la poche, sur le trajet de l'artère. Quatre jours après, violente hémorrhagie. Ligature du vaisseau, à 2 centimètres au-dessus de l'anévrysme. Guérison. (Cheize, *Revue médicale de Limoges*, 15 juillet 1867.)

Obs. IX. — Homme de cinquante-huit ans, tailleur de pierres. Tumeur anévrysmale spontanée du dos du pied, enflammée. Incisée et prise pour un abcès. Elle est assez rapprochée du cou-de-pied. Compression légère sur la tumeur. Cinq jours après, violente hémorrhagie. Ligature de la tibiale à 3 centimètres de l'interligne articulaire et ligature de la pédieuse à 2 centimètres de son point de terminaison. Cessation de l'hémorrhagie et des pulsations de l'anévrysme. Le lendemain, légers battements. Compression en avant de la malléole externe. Cette compression est pénible et amène l'œdème du pied. Ulcération de la peau recouvrant la tumeur. Compression directe avec de l'amadou. Accidents phlegmoneux et mort d'infection purulente, l'anévrysme étant guéri. (Panas, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873.)

Obs. X. — Anévrysme traumatique. Vieillard. Entorse. Tumeur au-dessous du ligament dorsal du tarse, de la grosseur d'un œuf de poule, enflammée. Ligature de la tibiale antérieure au quart inférieur. On ne la trouve pas et on trouve deux veines (?). Ligature de la péronière au quart inférieur de la jambe (n'avait pas encore été faite). Disparition des battements et guérison quinze jours après. (Azéma, *Bull. de la Soc. de chir.*, 6 mai 1874.)

Obs. XI. — Anévrysme traumatique. Homme de quarante-cinq ans. Entorse du pied droit. Après disparition du gonflement, tumeur du volume d'une noisette, correspondant à la face antéro-externe du cou-de-pied. Pulsations et souffle. Réduction presque complète par la compression directe. Traitement : Compression indirecte, continue, exercée par des aides intelligents, sur la tibiale antérieure et la pédieuse. Insupportable au bout de huit heures. Compression intermittente aux mêmes points, arrêt des pulsations, durcissement de la tumeur, puis, le troisième jour, réapparition des pulsations (circulation collatérale). Compression indirecte aux mêmes points avec pelotes. Au bout de cinq semaines, rougeur de la peau. Injection de perchlorure de fer à 15 degrés, après compression préalable de la tibiale et de la pédieuse. Immédiatement crampes des orteils, rougeur du pied. Durcissement immédiat de l'anévrysme. Au bout de dix minutes, cessation de la compression. Guérison rapide sans accidents. (Denucé, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 760.)

Obs. XII. — Anévrysme spontané. Tumeur du volume d'une noix, correspondant à l'interligne astragalo-scaphoïdien. Peau rouge, tendue ; on croyait à un abcès. Œdème de la partie inférieure de la jambe. Ligature de la tibiale à sa partie supérieure. Cessation des pulsations. Diminution du volume de la tumeur. Plus tard, incision du sac. La suppuration se déclare rapidement. Au bout d'une semaine, on s'aperçoit que la plaie communique avec l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Fusées purulentes du pied et du cou-de-pied. Etat général grave. Amputation de la jambe. Guérison. (Adams, *British med. Journal*, 8 décembre 1877, et *Gazette médicale*, Paris, 1877, p. 469.)

Obs. XIII. — Anévrysme traumatique. Homme de quarante-neuf ans, laboureur. Fracture des deux os de la jambe au tiers moyen. A l'examen du membre, tumeur pulsatile derrière l'angle formé par le deuxième et le premier métatarsien. Pulsations arrêtées par compression de l'artère au-dessus. Compression directe mécanique et compression au-dessus de la tumeur, sur la pédieuse. Intolérable ; rougeur de la peau. Ligature un mois après à un pouce et demi, deux pouces de l'anévrysme. Arrêt des pulsations. Réunion de la plaie. Retour de faibles pulsations dans la tumeur (circulation collatérale). Légère compression qui les fait disparaître. Guérison. (Savory, *British med. Journal*, 17 janvier 1878.)

Obs. XIV. — (Due à M. Toussaint). Anévrysme spontané. Homme de trente-huit ans. Tumeur du volume d'une grosse châtaigne, siégeant sur le cou-de-pied, à 1 ou 2 centimètres de l'interligne tibio-tarsien, sur le côté externe de la pédieuse, peu douloureuse, mais gênante. Compression immédiate avec la bande d'Esmarck. La bande est laissée en place plusieurs fois, d'une demi-heure à une heure. Elle est mal supportée et ne produit rien. Electropuncture par le docteur Proust ; trois aiguilles introduites dans la tumeur, et courant pendant dix minutes. Jet de sang lorsqu'on retire les aiguilles. Arrêt par amadou et perchlorure

---

Mais ils ont cet heur, selon Nicoles, « que le soleil esclaire leur succez, et la terre cache leur faulte ». (Liv. II, ch. xxxvii.) Un art, dit Beaumarchais en s'appropriant cette pensée, dont le soleil s'honore d'éclairer les succès... et dont la terre s'empresse de couvrir les bévues. (*Barbier de Séville.*)

Dans cette boutade humoristique on fera aisément la part du vrai et celle du paradoxe. Il y a des siècles que nos détracteurs vivent sur les mêmes plaisanteries, et jamais elles n'eurent moins de chances qu'aujourd'hui d'influer sur l'opinion des hommes sérieux. Il ne nous est pas difficile, au surplus, d'avouer que le scepticisme railleur de Montaigne avait bien sa raison d'être à l'époque où il écrivait. Si quelques médecins philologues s'appliquaient avec succès à traduire et à commenter les maîtres de l'antiquité, la pratique médicale ne se composait guère que de préjugés routiniers, de superstitions associées à l'amour du merveilleux ou aux traditions de l'arabisme expirant. François Ier, Charles IX avaient pour archiâtre un sectateur de l'astrologie. On juge quelle confiance pouvait inspirer un tel art à ce grand douteur. Mais de nos jours où les théories générales, brillantes conceptions d'une science aventureuse sans appui dans l'expérience, ne trouvent plus de crédit, on peut dire qu'à part quelques individualités qui s'éloignent des voies frayées par goût du paradoxe ou dans le but d'attirer l'attention publique, l'immense majorité du corps médical n'a qu'une manière d'envisager les problèmes fondamentaux de la pathologie. Des discussions entre hommes de l'art, il y en aura toujours ; à quelles connaissances appartient l'infaillibilité ? On a vu naguère Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire ne pouvoir s'entendre sur l'interprétation à donner à un même fait.

Plus d'une erreur passe et repasse
Entre les branches d'un compas...

Et parce que le chimiste ne connaît pas la cause de l'affinité, le physicien celle de l'électricité, l'astronome celle de la gravitation, on n'en conclut pas que leur science n'est que conjectures. Un principe qu'on ne devrait jamais perdre de

de fer. Malgré la compression au-dessus et au-dessous de la tumeur, celle-ci est animée de pulsations (dorsale du tarse). Compression indirecte sur la pédieuse, la tibiale antérieure avec pelote de J.-L. Petit. Insupportable au bout d'une heure. Injection de huit gouttes de perchlorure de fer après avoir pris les précautions habituelles. Tube d'Esmarck au tiers inférieur de la cuisse, par prudence. Guérison définitive. (Service du professeur Panas.)

Le *diagnostic* des anévrysmes traumatiques et spontanés de la pédieuse ne peut guère présenter de difficultés sérieuses. La tumeur, dont le volume varie de celui d'une noisette (Denucé) à celui d'un œuf de poule (Azéma), est molle, élastique, réductible. Elle est animée d'un mouvement d'expansion très-net, de pulsations isochrones au pouls dont le malade a conscience, et fait entendre un bruit de souffle très-accusé. Elle est à cheval (le cas douteux de Fleury fait seul exception) sur une ligne qui, du niveau de l'espace intermalléolaire, irait aboutir à l'intervalle qui sépare le premier du deuxième métatarsien, et peut occuper différents points de cette ligne. L'anévrysme ne détermine d'abord ni gêne, ni douleur, à moins qu'il ne siége au niveau du cou-de-pied; puis, au bout d'un temps variable, surtout si le blessé continue à marcher, il augmente de volume, les mouvements du pied sont pénibles; les tissus voisins *peuvent* s'enflammer, et dans certains cas s'ulcérer ainsi que la poche et donner lieu à des hémorrhagies fort graves, qui mettent le blessé à deux doigts de sa perte (Cheize).

Confondra-t-on l'anévrysme de la pédieuse avec un abcès placé sur le trajet de l'artère et soulevé par ses pulsations? Les abcès du dos du pied sont le plus souvent angioleucitiques. Ils ont une marche rapide et franchement inflammatoire. L'inflammation du sac anévrysmal est *un accident* d'une tumeur existant déjà depuis un certain temps. La confusion a été faite, c'est vrai; mais aujourd'hui que l'attention est attirée sur les anévrysmes de la pédieuse, elle ne se ferait peut-être plus. Toujours est-il qu'il faudra avoir soin dorénavant, en cas de tumeur enflammée du dos du pied, de penser aux anévrysmes.

En présence d'une tumeur myéloïde du dos du pied, mollasse, pulsatile, faisant entendre un bruit de souffle et animée d'un mouvement d'expansion que fait cesser, en même temps que le bruit de souffle et les pulsations, la compression de la fémorale, on pourrait un instant songer à un anévrysme de la pédieuse. Dupuytren y pensait lorsque, pour éclairer son diagnostic, il ponctionna un volumineux sarcome myéloïde, intra-osseux du dos du pied, se promettant de fendre le sac anévrysmal et de lier les deux bouts du vaisseau, s'il s'était agi réellement d'un anévrysme. Mais aujourd'hui, ces tumeurs sont mieux connues. Lisfranc, Verneuil, Vosse, Nélaton, qui ont publié des observations de tumeurs pulsatiles semblables à celle de Dupuytren, n'y ont même plus songé. La marche de l'affection, les douleurs qu'elle provoque, *l'irréductibilité de la tumeur, la résistance de la coque*, et, comme dans le cas de Dupuytren, la constatation en dehors du néoplasme de la pédieuse déplacée, ne permettent pas la confusion.

Passons au *pronostic*. Deux morts sur les dix cas dont la terminaison est connue (20 pour 100), tel est le bilan de la mortalité, d'après les faits publiés. Le pronostic est donc grave. Je pense cependant, d'après la lecture des observations, que sa gravité s'affaiblira dans la suite. Ce n'est pas tout. Adams dut faire une amputation de jambe pour mettre fin à des accidents inflammatoires graves. Les deux blessés de M. Panas et de Cheize eurent des hémorrhagies très-abondantes. L'hémorrhagie qui, chez le blessé de M. Panas, était survenue au moment même de la visite, fut vite arrêtée. Le malade de Cheize, éloigné de tout secours, faillit mourir. Précisons. Le pronostic est bien différent de gravité suivant que la tumeur est enflammée ou non. Il est plus grave dans le premier cas, non-seulement à cause des chances d'hémorrhagie, mais aussi et surtout à cause des modes de traitement qu'il est alors nécessaire d'employer.

Traitement. — Malgré le petit nombre de faits publiés, les traitements les plus variés ont eu chacun leur succès : cautérisation (Fleury). Injection de perchlorure de fer (Denucé, Panas). Compression indirecte mécanique sur la pédieuse, avec compression plantaire (Houzelot). Ligature de la pédieuse par la méthode d'Anel (Savory, Cheize). Ligature de la péronière (Azéma). Ligature à distance au-dessus et au-dessous du sac combinée à une compression sur le trajet de la dorsale du tarse (Panas).

Ces modes de traitement n'offrent cependant pas tous, malgré leurs succès, des chances égales de réussite. Quelques-uns même doivent être rejetés, d'autres ont leurs indications qu'il faut préciser; enfin certains qui n'ont pas été employés, mériteraient de l'être.

Au point de vue du traitement, je crois devoir établir une distinction fondamentale entre les anévrysmes non enflammés et les anévrysmes enflammés. Aux premiers sont applicables les procédés simples; aux seconds des modes opératoires plus sérieux et plus graves.

a. Lorsque l'anévrysme n'est pas enflammé, la position du membre (extension forcée du pied, avec élévation du membre inférieur, ou bien flexion du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin), la position du membre combinée avec la compression digitale de la fémorale pourra rendre des services. La compression directe doit être rejetée. La compression indirecte digitale, exercée au-dessus et au-dessous du sac, sur le trajet de la pédieuse, pourra également être utilisée. Mais alors il ne faudra pas qu'elle soit continuée trop longtemps, ni qu'elle soit trop

---

vue en logique, c'est de ne demander à chacune de nos connaissances que le genre de preuves dont elles sont susceptibles, le degré de certitude auquel elles peuvent atteindre. Or, à défaut d'une certitude absolue qui fait presque partout défaut, nous trouvons dans l'expérimentation, l'induction et l'analogie une certitude relative qui suffit à nous guider.

Je n'ai parlé ici que de la médecine privée; que n'y aurait-il pas à dire des services que les sciences médicales rendent à la civilisation, au point de vue de l'hygiène publique, de la justice criminelle, etc.? Mais Montaigne ne pouvait pressentir que la médecine deviendrait ce qu'elle est de nos jours, une science sociale.

Nonobstant la vivacité de ses attaques et cette aversion héréditaire, — la simple odeur d'une drogue faisait horreur à son père, — que Montaigne éprouvait pour notre art, il n'en honorait pas moins les médecins, « non pas suivant le précepte de l'*Ecclésiaste*, par nécessité (*Honora medicum propter necessitatem*), mais « parce qu'il en est beaucoup d'honnestes et dignes d'estre aimez... Ce n'est pas à eulx que i'en veulx, mais à leur art. » Il les appelle même quand il est malade, et les autorise, dit-il avec une pointe de raillerie, « à choisir d'entre les porreaux et les laictues, de quoy il leur plaira que son bouillon se face, et lui ordonner le blanc ou le clairet et ainsi de toutes aultres choses. » Lui-même n'en était pas mal vu malgré sa guerre d'épigrammes, à en juger du moins par ce qui lui arriva pendant son voyage en Italie, où il fut appelé (à Rome même) en consultation par des médecins persuadés qu'un si docte écrivain ne pouvait manquer de leur donner un bon avis, « ce dont il ne put s'empêcher de rire en lui-mesme. » (*Journal de ses Voyages.*)

En somme, et comme conclusion à ce débat, avouons que notre moraliste eût pu être plus juste envers un art qui, malgré ses obscurités et ses lacunes « guérit quelquefois, soulage souvent, console toujours. » (Double).

Dr Constant Saucerotte,
Correspondant de l'Académie.

énergique, car elle deviendrait bientôt insupportable; elle pourrait amener la rougeur des téguments, ou même leur mortification, comme Roux en rapporte deux exemples dans son *Traité de médecine opératoire.*

En cas d'insuccès de ces moyens combinés, on s'adressera aux injections coagulantes, et en particulier aux injections de perchlorure de fer, que conseille Broca, et auxquelles Denucé et Panas ont dû leurs succès. Après avoir établi une compression sur la pédieuse au-dessus et au-dessous du sac, on y injectera de cinq à huit gouttes d'une solution de perchlorure de fer à 20 degrés; puis, après l'injection, on maintiendra la compression assez longtemps pour arriver à la formation du caillot, et pour éviter la diffusion du liquide dans le réseau artériel du pied. Si une première tentative échouait, il ne faudrait pas craindre de revenir à l'emploi du même moyen. Mais c'est ici le lieu d'établir une distinction entre les anévrysmes correspondant à la partie supérieure et moyenne du vaisseau, et les anévrysmes de son extrémité inférieure. Dans ce dernier cas, la méthode pourrait être dangereuse, car il nous semble bien difficile, sinon impossible, d'obturer par une compression la portion terminale de la plantaire externe, et d'empêcher sûrement que le liquide coagulant ne pénètre dans l'intérieur de ce vaisseau.

Mais, supposons que tous les modes de traitement simples aient échoué, que faire? On devra recourir à divers procédés de ligature qui ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients, sinon leurs dangers. C'est ici le lieu de rappeler d'une façon sommaire le nombre, l'origine, les anastomoses des différentes branches collatérales de la pédieuse. Au niveau de l'interligne tibio-tarsien, naissent de la terminaison de la tibiale antérieure, ou du point d'origine de la pédieuse, les deux malléolaires qui concourent avec des branches de la tibiale postérieure et de la péronière à former autour du cou-de-pied un large cercle anastomotique. La pédieuse, au niveau du col de l'astragale ou de l'interligne astragalo-scaphoïdien, fournit *en dehors* la dorsale du tarse, gros tronc dont les branches s'abouchent dans le cercle artériel du cou-de-pied et dans la plantaire externe, en contournant le bord externe du pied. Au niveau de l'interligne scaphoïdo-cunéen, naît une branche articulaire; un peu plus bas se détache la dorsale du métatarse qui, par les perforantes et les interosseuses dorsales, communique encore avec la plantaire externe. Est-il besoin de rappeler enfin que le tronc de la pédieuse se continue à plein canal avec celui de la plantaire externe? *En dedans,* en arrière et en avant du tubercule scaphoïdien, on trouve deux collatérales; plus bas, au niveau de l'interligne scaphoïdo-cunéen, se détache une branche qui, comme les précédentes, se rend dans la plantaire interne. En somme, pédieuse, plantaire externe, plantaire interne, gros troncs du cou-de-pied, communiquent largement en des points rapprochés par d'importantes collatérales qui forment un véritable réseau vasculaire, et *qui ne sont pas séparées à leur origine par un intervalle supérieur à 1 centimètre.*

Ces dispositions une fois bien connues, on comprendra qu'il n'y ait d'autre moyen d'arrêter sûrement les pulsations de l'anévrysme (laissant de côté la ligature de la fémorale) qu'en pratiquant la ligature du vaisseau immédiatement au-dessus et au-dessous du sac, ou, *mieux encore,* qu'en pratiquant la ligature par la méthode ancienne (c'est-à-dire la ligature du vaisseau après incision du sac, immédiatement au-dessus et au-dessous, et en même temps celle des branches collatérales qui naissent de la poche anévrysmale). Si l'anévrysme correspondait à la partie inférieure du vaisseau, il n'y aurait plus aujourd'hui impossibilité à employer ces méthodes, car je démontrerai bientôt, dans un mémoire sous presse, que la ligature de la plantaire externe dans sa partie terminale est facile. Mais, si la méthode est sûre, n'est-elle point dangereuse? Sans parler de l'ouverture des gaînes qu'il serait si facile d'entamer, si la poche correspondait au cou-de-pied, et des inconvénients qui pourraient en résulter, n'est-il point prouvé que le premier procédé expose très-souvent à la suppuration du sac, et que cette suppuration est certaine, fatale lorsqu'on emploie le second? Or, il ne faut pas oublier que la pédieuse repose pour ainsi dire directement sur des articulations étendues, que, par conséquent, l'arthrite est à craindre et qu'elle constitue un réel danger lorsque l'anévrysme n'est pas situé sur la partie tout à fait inférieure du vaisseau. Loin de moi l'idée d'exagérer la fréquence et les dangers de cette arthrite, sachant fort bien que les blessures du dos du pied, avec lésions articulaires même les plus graves, guérissent dans la grande majorité des cas; mais je serais aussi coupable de n'y pas insister.

Pour conserver les avantages de la méthode ancienne, et pour écarter autant que possible les chances de cette arthrite que je craindrais pour mon malade, je n'hésiterais pas, si j'avais affaire à un anévrysme circonscrit, spontané, à en faire l'*ablation.* Après avoir fait exercer une compression sur la fémorale, je disséquerais avec soin le sac, évitant les gaînes, me rapprochant constamment avec mon bistouri de la paroi de ce sac, afin de mieux respecter, de moins dénuder les articulations sous-jacentes; je lierais les deux bouts de la pédieuse et toutes les branches collatérales qui sortiraient de la poche; j'assurerais l'hémostase avec grand soin et je m'appliquerais à obtenir la réunion par première intention par les moyens que nous avons aujourd'hui à notre disposition. Et ce procédé ne serait même pas inapplicable à un anévrysme de l'extrémité inférieure du vaisseau, puisqu'il est facile de lier la plantaire externe à sa terminaison, comme je le démontrerai.

La ligature pratiquée à distance, sur les bouts supérieur et inférieur du vaisseau, qu'employa M. Panas, est moins dangereuse. L'ouverture des gaînes, l'arthrite sont moins à craindre; mais aussi, combien cette méthode le cède-t-elle à la première en sûreté! Avec quelle facilité (si l'on s'adresse à une ligature à distance) le sang ne reviendra-t-il pas dans la poche, ramené par des collatérales nombreuses, volumineuses, largement anastomosées, qui naissent au maximum à 1 centimètre l'une de l'autre, et que la compression aura pu encore développer! Même en comprimant immédiatement au-dessus et au-dessous du sac, Panas ne faisait pas disparaître, dans son dernier cas, les battements dans l'anévrysme. Quel eût été le sort d'une ligature à distance en pareil cas, quand la ligature immédiatement au-dessus et au-dessous du sac eût pu ne pas réussir? Dans la première observation de ce professeur, cette méthode de la ligature à distance n'empêcha pas la dorsale du tarse de ramener presque immédiatement le sang dans la poche; une compression fut exercée sur son trajet, mais elle devint bientôt insupportable. Ne pourrait-on pas être souvent entraîné, en employant cette méthode, à faire en même temps la ligature de la tibiale postérieure et même celle de la péronière?

Malheureusement, ces deux méthodes, l'une moins dangereuse et moins sûre, l'autre plus dangereuse et plus sûre, ne peuvent être employées l'une après l'autre. Mais j'ai déjà restreint le cadre de leurs indications, en indiquant une autre méthode non employée encore.

b. Si l'anévrysme est enflammé, si la poche menace de se rompre ou est rompue, malgré le succès de Cheize et le demi-succès de M. Panas obtenus par l'emploi d'autres méthodes, je crois que la pratique la plus sûre consiste à traiter l'anévrysme comme une plaie artérielle de la pédieuse. Après avoir fait exercer une compression sur la fémorale, on fendrait le sac, puis on lierait le bout supérieur et le bout inférieur du vaisseau, ainsi que les branches collatérales, et, si cela était possible (anévrysmes spontanés), on abraserait, après une dissection méthodique, la poche anévrysmale.

Un mot sur l'*étiologie.* Laissant de côté les causes générales, je ne parlerai que de quelques-unes des causes locales de l'anévrysme de la pédieuse. Ce vaisseau, par sa position, est très-

exposé aux traumatismes : tantôt c'est un bord de sabot qui frotte sur le pied ; tantôt c'est une pierre, un corps quelconque, mousse et pesant, un instrument, qui tombent sur le pied. De toutes les causes déterminantes, les plus curieuses sont celles qui amènent le tiraillement avec ou sans attrition du vaisseau. Les entorses du tarse sont fréquentes. Ces *luxations temporaires* correspondent souvent aux articulations astragalo-scaphoïdienne (et sous-astragalienne en même temps) et aussi aux articulations du scaphoïde et des cunéiformes. Les luxations, celles de l'article tibio-tarsien, de l'astragale (sous-astragalo-scaphoïdiennes et totales) sont fréquentes ; celles du scaphoïde, des cunéiformes sont moins rares qu'on ne le pense, et je le ferai voir bientôt. Que devient la pédieuse en pareil cas? Son élasticité et sa mobilité la mettent-elles souvent à l'abri de l'action de l'os déplacé? C'est ce que des expériences directes et qui ne manqueraient pas d'intérêt pourraient démontrer ; mais déjà, on peut admettre que dans un certain nombre de ces cas le vaisseau doit être tiraillé ou contus. Nous savons, en effet, que quelquefois des entorses ont été la cause déterminante d'anévrysmes de la pédieuse. Dans des luxations de l'astragale compliquées de plaies, on a trouvé l'artère sectionnée ; pareille blessure ou une lésion moins accusée, pouvant donner lieu à la formation d'un anévrysme, n'est pas moins possible dans une luxation sans plaie.

Avant de terminer ce qui a trait aux anévrysmes de la pédieuse, je crois devoir signaler les deux cas d'anévrysmes cirsoïdes que Poland et Nicoladoni ont rapportés.

CORRESPONDANCE

(Correspondance particulière de la Gazette hebdomadaire.)

La peste.

On nous écrit de Bucharest :

La peste de Russie semble avoir saisi l'Europe d'une folle panique. Voici où en sont les choses.

Les télégrammes officiels de Pétersbourg jusqu'à la date présente, ceux de Berlin, de Vienne, de Bucharest jusqu'à la date du 5 courant, ne confirment aucun des bruits d'après lesquels l'épidémie qui sévit en Russie aurait franchi la limite des cordons sanitaires établis autour des foyers primitifs de la peste dans la circonscription d'Astrakhan.

Aussi les mesures que l'Allemagne, l'Austro-Hongrie et la Roumanie ont adoptées ne sont pas, à l'heure présente, plus sévères qu'aux premiers débuts de l'épidémie. Elles consistent encore dans la visite médicale des voyageurs et dans la répulsion des marchandises réputées susceptibles de transmettre la maladie.

Le conseil de santé international de l'empire ottoman, en conformité des principes adoptés par les puissances susmentionnées, maintient, jusqu'à nouvel ordre, le régime de *vingt-quatre heures d'observation* pour les provenances de la mer Noire et de la mer d'Azoff, avec visite médicale rigoureuse des personnes et désinfection des hardes, des navires et des marchandises dites *susceptibles* (de cinq à quinze jours de durée, suivant les catégories).

La Russie ayant consenti à l'envoi de médecins sanitaires ottomans à Astrakhan, à Andrinople, à Sofia, à Philippopolis et à Roustchouk, ces spécialistes vont se mettre en chemin (plusieurs déjà sont partis) pour leurs destinations respectives. Il en est de même des offices sanitaires de Varna et de Bourgas, dont le fonctionnement régulier va reprendre son cours immédiat avec l'assentiment et l'appui des autorités russes.

Ainsi sera complété et fermé le système sanitaire de l'empire ottoman contre toutes les provenances russes, depuis le fond de la mer Noire jusqu'au pied des Balkans et du Rhodope.

Un médecin sanitaire est également dirigé sur Erzeroum pour surveiller spécialement la frontière turco-russo-persane.

Un regrettable malentendu, une fausse interprétation donnée à un télégramme du consulat austro-hongrois de Salonique, a induit l'autorité maritime de Trieste à imposer une quarantaine de vingt-quatre heures aux provenances de la Turquie. L'exemple de Trieste a été suivi avec une rigueur extrême — vingt jours de quarantaine — par l'Italie, et successivement par la Grèce et par d'autres États dans la Méditerranée, sans autre base qu'une erreur d'information.

Le fait qui a donné lieu à une si grave méprise, c'est qu'on a légèrement attribué le caractère de la peste à une tumeur observée chez un typhique dans le village de *Semikova*, près du Rhodope, où depuis trois mois existe le typhus exanthématique parmi les réfugiés de la Roumélie, typhus constaté et surveillé à plusieurs reprises, et notamment il y a trois jours, par le médecin sanitaire de Cavala et d'autres médecins de ces localités. L'expression aussi surannée qu'impropre de *metastasis bubonica*, pour désigner un de ces abcès ordinaires dans le typhus exanthématique, a causé tout le mal. Or, ce fait remonte à la date du 23 décembre dernier, sans que depuis aucune maladie autre que le typhus, dans les localités du Rhodope, autorise à y soupçonner la peste bubonique ou asiatique (1).

Les informations combinées du ministère des affaires étrangères de Turquie, de l'administration sanitaire de l'empire et des ambassadeurs les plus intéressés dans la question ne manqueront pas sans doute, il y a tout lieu d'y compter, de faire revenir l'Europe de l'erreur dans laquelle elle s'est enveloppée, et de la faire renoncer à des mesures exagérées, précipitamment adoptées et nullement justifiées par la réalité de la situation sanitaire de l'empire ottoman, qui, au point de vue des épidémies, ne laisse présentement rien à désirer.

Le conseil de santé international de Constantinople est composé de délégués de toutes les puissances d'Europe. Plusieurs de ces délégués sont des médecins, et il va sans dire qu'ils seraient les premiers à réclamer, s'il y avait lieu, les mesures les plus rigoureuses contre la peste, comme contre toute espèce de maladie épidémique pouvant compromettre la sécurité de la Turquie et de l'Europe.

Si la panique n'a pas de remède immédiat, il faut espérer cependant que le temps et la lumière la dissiperont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 17 février 1879. — Présidence de M. Daubrée.

Sur les mesures prises par l'Intendance sanitaire de Marseille dans la crainte de l'invasion de la peste, note de M. *de Lesseps* ; et Observations sur le même sujet, par M. *H. Bouley* (voyez *Gazette hebdomadaire*, p. 119).

Académie de médecine.

Séance du 25 février 1879. — Présidence de M. H. Roger.

M. le ministre de l'instruction publique transmet : L'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. *Maurice Raynaud*, en remplacement de M. *Hirtz*, décédé.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de remerciements de M. le docteur *Fredet*, professeur à l'École de médecine de Clermont, lauréat de l'Académie. — 2° Un mémoire manuscrit de M. le docteur *Aimé Bonpland*, intitulé : *Du melatonca paraguariensis et de son action thérapeutique.*

M. *Poggiale* présente, au nom de M. *Eymard-Lacour*, pharmacien-major de

(1) Les causes d'erreur signalées dans ces lignes nous permettent de douter encore de l'exactitude d'une nouvelle que reproduisent ce matin les journaux politiques. Un malade, atteint de la peste, aurait été admis, à Saint-Pétersbourg, dans le service du professeur Botkin. Or, la description succincte de la maladie en question ne présente, avec la peste, d'autre analogie que l'existence d'un bubon axillaire. (*Note de la Rédaction.*)

2e classe à l'hôpital militaire de Milianah (Algérie), un travail intitulé : *Analyse chimique des eaux minérales de Cambo* (Basses-Pyrénées). (*Commission des eaux minérales.*).

M. *Gosselin* présente, au nom de M. le docteur *A. Bazin* (de Saint-Brice-sous-Forêt), un travail manuscrit intitulé : *Rapport sur la protection des enfants du premier âge.* — 2° Une brochure de M. *Goldenstein*, chirurgien-dentiste, intitulée : *Arrêt de développement de la mâchoire inférieure.*

M. *Verneuil* présente, au nom de M. le docteur *V. Cornil*, médecin de l'hôpital de Lourcine, un ouvrage intitulé : *Leçons sur la syphilis faites à l'hôpital de Lourcine*, accompagnées de planches lithographiées, d'après les dessins de l'auteur, et de figures intercalées dans le texte.

Élections. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire. La commission, par l'organe de M. le rapporteur *Goubaux*, avait classé les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Leblanc ; en deuxième ligne, M. Trasbot ; en troisième ligne, M. Nocard.

Le nombre des votants étant de 70, majorité 36, M. Leblanc obtient 40 suffrages ; M. Trasbot 30. En conséquence, M. *Leblanc*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de la section de médecine vétérinaire.

Peste d'Astrakhan. — M. le docteur *Fauvel* donne lecture d'un important mémoire sur la peste d'Astrakhan.

L'auteur fait d'abord remarquer que les renseignements reçus jusqu'à ce jour sont fort contradictoires. Les uns considèrent la maladie comme un pneumotyphus galopant, les autres comme la peste noire.

D'après le docteur Doppner, qui a donné une assez bonne description de la maladie, la maladie est un typhus aigu ou une maladie intermédiaire entre le typhus et la peste. (Nous avons donné dans la *Gazette hebdomadaire*, n° 5, une analyse du rapport de M. Doppner.)

M. Fauvel croit pouvoir conclure des observations des médecins russes : que la maladie en question est très-probablement la peste orientale, la peste bubonique, et non une autre maladie qualifiée du nom d'un typhus quelconque, point qui, d'ailleurs, sera bientôt résolu par la Commission internationale envoyée sur les lieux.

La peste, dit M. Fauvel, est une maladie *sui generis*, ayant un principe propre qui la régénère et la propage. La peste naît de la peste ; peut-être, dans certains pays et dans certaines conditions données, se développe-t-elle spontanément, mais elle ne procède d'aucun autre état morbide ; elle n'est pas une simple modalité du typhus ; en un mot, c'est une entité morbide des mieux caractérisées.

Elle a des signes pathognomoniques aussi tranchés que ceux d'aucune autre maladie virulente : *bubons* apparaissant dans les trois premiers jours, et ne faisant défaut que dans les cas à marche foudroyante ; *pétéchies* plus ou moins prononcées, et *charbons* sur les membres chez le tiers ou le quart des malades, telles sont les manifestations extérieures qui, accompagnées d'un appareil fébrile adynamique plus ou moins prononcé, caractérisent la peste, et qu'on retrouve constamment au milieu des variétés de formes que peuvent présenter les épidémies.

L'épidémie actuelle a éclaté d'abord, en novembre dernier, à Vetlianka, village cosaque de 1,800 habitants, situé sur la rive droite du Volga, à 300 kilomètres environ en amont d'Astrakhan. (Voy. *Gazette hebd.*, n° 6). On ne sait au juste si elle y est née spontanément, ou (ce qui est plus probable, s'il s'agit de la peste, comme tout porte à le croire), si elle y a été importée des bords de la mer Caspienne, où la peste régnait, en 1877 et au commencement de 1878, à Recht, ville persane située sur le littoral de cette mer. De Vetlianka l'épidémie a gagné rapidement les localités voisines placées dans des conditions analogues de misère et d'insalubrité, et, en remontant le Volga, elle n'était plus, aux dernières nouvelles, qu'à une petite distance de la ville de Tzaritzine, située sur la rive droite du Volga, et qui est l'aboutissant des chemins de fer de Moscou et de Taganrog. C'est là que la Commission envoyée sur le théâtre de l'épidémie a établi son quartier général.

Jusqu'à présent, l'épidémie est restée confinée sur les bords du Volga, circonscrite par un cordon sanitaire qu'elle n'a pas franchi autrement que par des cas isolés et sans suites.

M. Fauvel pense que si la peste atteignait le littoral de la mer Noire, les provinces turques en Europe et en Asie seraient gravement menacées, et que si elle faisait invasion dans les contrées ravagées par la guerre elle y rencontrerait des conditions favorables à son développement. Mais il est probable que les choses n'en viendront pas là, que la maladie sera étouffée dans ses foyers actuels, et, en fût-il autrement, l'Europe occidentale n'aurait pas beaucoup à redouter son invasion. La peste, en effet, est tenace et peu voyageuse ; elle n'a pas des ailes, comme le choléra ; elle s'attache aux localités qu'elle envahit, à celles surtout où la population vit dans la misère et dans une promiscuité malsaine ; importée dans l'Europe occidentale, elle pourrait y déterminer des épidémies partielles favorisées par des circonstances locales, mais jamais des épidémies envahissantes comme au moyen âge.

M. Fauvel fait remarquer que les mesures prises en Allemagne et en Autriche-Hongrie pour préserver ces États contre l'invasion du fléau : cordon sanitaire, désinfection, prohibition de certaines marchandises, certificats pour les voyageurs, etc., n'ont heureusement pas pour le moment à faire preuve d'efficacité. Si le danger devenait pressant, il est à craindre que, appliquées sur une frontière aussi étendue, elles ne se montrassent impuissantes. Néanmoins, et tout en reconnaissant que les seules mesures sur l'efficacité desquelles on puisse compter sont celles qui, aujourd'hui, l'atteignent au foyer même de la maladie, nous n'en devons pas moins approuver les précautions décrétées par l'Allemagne et l'Autriche sur leurs frontières de terre, ne serait-ce qu'au point de vue de l'effet moral.

Quant aux mesures quarantenaires prises contre les provenances maritimes des pays infectés, elles sont excellentes, et quand elles sont convenablement appliquées, elles donnent contre l'importation de la peste des garanties incontestables.

Actuellement, aucun cas de peste n'existe dans les provinces de l'empire ottoman ; ce qui a contribué à jeter la panique, ç'a été un cas de typhus exanthématique pris, par erreur, pour un cas de peste. L'expérience a, d'ailleurs, démontré que la peste ne dérivait pas du typhus, et que, par conséquent, les reliquats de cette dernière maladie qui existent encore en Turquie ne sont pas des prodromes de peste. Il s'ensuit que l'état de suspicion contre les provinces turques et les mesures de quarantaine qui en dérivent ne sont aucunement justifiés.

M. Fauvel se résume en disant qu'il reste encore des doutes sur le caractère essentiel de la maladie qui règne en Russie, près des embouchures du Volga, et sur son origine ; mais la probabilité est que c'est bien la peste orientale. Nous ne tarderons pas d'ailleurs à être entièrement édifiés à ce sujet par le médecin distingué, M. le docteur Zuber, que le gouvernement a envoyé sur le théâtre de l'épidémie. En attendant, nous savons que l'épidémie ne s'est pas, jusqu'à ce jour, étendue au delà du cordon établi autour de son foyer primitif, et nous pensons que, grâce aux mesures adoptées, il y a lieu d'espérer qu'elle y sera étouffée. S'il en était autrement, l'Europe occidentale serait surtout menacée du côté des provinces danubiennes et par les provenances de la mer d'Azow et de la mer Noire. La menace serait plus dangereuse encore si les provinces turques d'Europe venaient à être envahies par la peste ; mais, dans ces différents cas, l'Europe, et surtout la France, seraient suffisamment garanties par de rigoureuses mesures préventives, pour n'avoir rien à craindre de l'invasion de la maladie.

Quant à la question importante du moment, celle de savoir si les soupçons de peste dans les provinces turques méritent créance, M. Fauvel croit pouvoir affirmer, d'après des informations dignes de toute confiance, que ces soupçons ne sont aucunement fondés, qu'il n'existe dans ces provinces que de

petits foyers de typhus en voie d'extinction, foyers reliquats des grandes épidémies de l'année dernière.

En terminant, M. Fauvel déclare que s'il est partisan convaincu des mesures de quarantaine appliquées convenablement et à propos, autant il est opposé à celles qui n'ont pas leur raison d'être. (Applaudissements.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

De l'aimant dans l'hémianesthésie saturnine : M. Proust. — Du traitement de l'hémianesthésie par les courants continus : M. Debove. — De l'anurie par obstruction des uretères : MM. Tenneson, Ferrand et Constantin Paul.

M. Hervieux fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire de deux de ses membres, M. Trélat et M. le professeur Chauffard. Il donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Chauffard, au nom de la Société.

— M. *Proust*, à propos de la précédente communication de M. Debove sur les applications d'aimant dans un cas d'hémianesthésie saturnine, dit que son malade, auquel M. Debove a fait allusion, était atteint d'hémianesthésie et d'hémianalgésie du côté droit. Après un quart d'heure d'application de l'aimant, tous ces phénomènes avaient momentanément disparu, la sensibilité revenait par les parties centrales et non par les parties périphériques. Il faut remarquer que, dans l'hémianesthésie de cause hystérique, sous l'influence de l'application de l'aimant, la sensibilité reparaît du côté malade pour disparaître du côté sain. Il n'en a pas été de même pour son malade : il n'y a pas eu de transfert; il est vrai qu'il a appliqué l'aimant des deux côtés en même temps.

— M. *Debove* a observé il y a trois ans, dans le service de M. le professeur Béhier, un homme entré à l'hôpital pour une pneumonie; cet homme, fortement alcoolique, eut dans les salles un accès de *delirium tremens*. Pendant la convalescence, M. Debove constata une hémianesthésie centrale du côté gauche, affectant non-seulement les membres, mais les organes : le malade n'en avait pas conscience. M. Debove crut pouvoir faire remonter cette hémianesthésie à cinq années et la rattacher à une sciatique intense, dont le malade guérit alors. Traité par l'électricité à courants continus, le malade fut complétement guéri au bout de trente-cinq minutes; mais la sciatique reparut à la suite de la guérison de cette hémianesthésie.

— M. *Tenneson* donne lecture d'un mémoire sur l'anurie par obstruction calculeuse des uretères.

Le malade qui fait le sujet de ce travail était âgé de cinquante-six ans; il arriva dans le service de M. Tenneson après dix jours d'anurie complète. M. Tenneson constata une sonorité parfaite de la région hypogastrique; la vessie était complétement vide. Le malade n'avait jamais eu de coliques néphrétiques, ni d'hématurie; on ne constatait aucune sensibilité de la région lombaire; comme antécédents on ne trouvait rien, ni rhumatisme, ni alcoolisme. Dans la journée de son entrée à l'hôpital, le malade est pris de vomissements; en le sondant, à la suite d'un bain, on recueille 2 centimètres cubes d'une urine albumineuse. Le malade meurt le quinzième jour de sa maladie, après avoir présenté une anurie constante; pendant dix jours il n'y avait pas eu d'accidents urémiques.

A l'autopsie, on trouva une vessie vide et saine. L'uretère droit était complétement obstrué à son tiers supérieur par un petit calcul du volume d'un pois; au-dessus de ce calcul, l'uretère n'était que très-peu dilaté. L'uretère gauche était complétement libre; mais, dans un calice médiocrement dilaté, on trouvait un calcul dur de 2 centimètres de longueur et d'un demi-centimètre d'épaisseur. Ce calcul était libre dans le calice, aussi avait-il probablement obturé l'uretère pendant la vie du malade. Les reins ne présentaient aucune lésion. (Voyez sur cette communication page 134.)

M. *Hérard* a vu une dame sujette aux coliques néphrétiques être atteinte d'anurie pendant six jours; mais il y eut des vomissements et des accidents graves. Ces accidents disparurent à la suite d'une évacuation très-abondante; la convalescence fut très-longue.

M. *Ferrand* pense que le cas de M. Tenneson doit plutôt se rattacher à une anurie goutteuse qu'à une anurie calculeuse, car si un des uretères était obstrué, l'autre était libre. De plus, on ne constatait pas de dilatation des calices et du bassinet, et jamais le malade n'avait présenté de symptômes d'accidents urinaires ou de coliques néphrétiques. Il s'agirait donc d'une anurie goutteuse plus que d'une anurie calculeuse.

M. *Tenneson* répond que l'absence complète de ces symptômes ne serait pas une raison suffisante pour prouver que cette anurie n'était pas de cause calculeuse : n'a-t-on pas trouvé souvent, à l'autopsie, dans le foie et dans les reins, des calculs qui n'avaient causé aucun trouble pendant la vie?

M. *Ferrand* sait qu'il y a des cas d'obstruction complète des uretères sans douleur, mais il ne s'agit pas d'hydronéphrose. Il existe en dehors de ces cas, chez des goutteux, une suppression brusque, absolue, mortelle, sans obstruction matérielle; ce n'est pas de la néphrite goutteuse, dont la marche et la lésion sont connues, mais de l'anurie goutteuse.

M. *Constantin Paul* cite le fait d'un de ses maîtres des hôpitaux qui, après avoir présenté de temps en temps quelques symptômes de goutte articulaire, sans gravelle ni coliques néphrétiques, fut atteint subitement d'une anurie qui dura quelques heures et fut suivie d'une polyurie abondante. Le lendemain, nouvelle anurie; puis survinrent des troubles urémiques, caractérisés non par de l'agitation ou de l'encéphalopathie, mais par des troubles cardiaques. La mort survint sept jours après.

A l'autopsie, M. Constantin Paul trouva la vessie complétement vide; il n'existait aucun obstacle sur le parcours des voies urinaires. Les reins, examinés par M. Cornil, avaient subi la dégénérescence graisseuse.

M. Constantin Paul ajoute que, souvent, chez des goutteux, on n'a trouvé, bien qu'ils eussent présenté de l'anurie, des calculs que d'un seul côté; il y avait donc eu une anurie réflexe.

M. *Gueneau de Mussy* pense que l'anurie est plus fréquente qu'on ne le croit : il cite le fait d'une femme qui n'avait pas uriné depuis huit jours et qui fut prise de coma en sortant d'un bal. L'anurie peut donc passer inaperçue.

M. *Constantin Paul*. Il résulte donc que les phénomènes urémiques peuvent ne débuter que longtemps après le début de l'anurie. Comment alors se fait l'excrétion de l'urée? Il est vrai que les vomissements en contiennent, mais la proportion que l'on constate est, en somme, peu considérable.

M. *Dumontpallier* rappelle que, chez les hystériques, MM. Charcot et Regnard ont trouvé beaucoup d'urée dans les vomissements. Claude Bernard, en sectionnant les deux uretères, a déterminé de la diarrhée et des ulcérations intestinales qui seraient l'origine de l'absorption des substances ammoniacales, et par suite de l'urémie. Il ajoute qu'une diarrhée provoquée peut faire disparaître l'urémie.

— M. *Ball* a signalé, dans la dernière séance, des cas d'empoisonnement par la belladone à la suite de l'emploi de

la pepsine Boudault. De nouvelles recherches lui ont démontré que les faits signalés par lui étaient accidentels, aussi ordonne-t-il cette préparation comme par le passé.

Dr Joseph Michel.

Société de chirurgie.

Séance du 18 février 1879. — Présidence de M. Tarnier.

Correspondance. — Pansement de Lister et pansement à l'alcool. — Présentation de malade.

La correspondance comprend : 1° Une note de M. *Michel* (de Nancy) *sur les craquements articulaires sans fracture*, à l'occasion de la communication faite par M. Sée. M. Michel a entendu vingt-cinq fois ce bruit qui fait croire à une fracture lorsqu'on rompt les adhérences et les fausses ankyloses. Dans un cas, l'autopsie démontra plus tard qu'il n'y avait eu aucune fracture de l'os; 2° une observation de M. *Louis Thomas* (de Tours) : tétanos consécutif à une plaie de la main ; élongation du nerf médian ; mort.

— M. *Verneuil*. M. Perrin a combattu le pansement de Lister, et a demandé la réhabilitation du pansement à l'alcool. M. Verneuil fera quelques critiques à son travail, quoique étant du même avis sur le fond de la question : tous deux combattent en effet dans la plaie la cause de la septicémie.

M. Perrin croit que la méthode antiseptique réside entièrement dans le pansement de Lister; d'autres chirurgiens le croient peut-être également; mais M. Verneuil n'est pas de cet avis. Il existe une doctrine de la septicémie qui a amené la méthode antiseptique, qui à son tour a provoqué l'éclosion de procédés nombreux : par exemple, le Lister, le pansement de Guérin, le pansement à l'alcool ; mais ce ne sont que des procédés d'une même méthode. D'ailleurs, un pansement unique n'est pas applicable à tous les cas; il faut choisir les procédés suivant les indications, et faire de la vraie thérapeutique chirurgicale. On ne peut donc pas rejeter le pansement de Lister et adopter le pansement à l'alcool.

M. Perrin combat le pansement antiseptique avec des expériences de laboratoire; M. Verneuil préférerait des expériences cliniques. Il y a un fait digne d'être noté : le pansement de Lister est combattu par les chirurgiens qui ne l'ont pas employé. M. Verneuil n'emploie pas communément le pansement de Lister, parce qu'il croit avoir un pansement aussi bon, et plus simple; mais cela ne l'empêche pas d'apprécier le Lister.

Les expériences de M. Perrin ne sont pas concluantes ; la pulvérisation ne constitue pas le fond de la méthode; en outre, quand bien même l'acide phénique ne tuerait point les bactéries, du moment que le pansement réussit, on doit l'employer; d'ailleurs, sait on si la bactérie est la cause ou l'effet de la septicémie? Billroth n'est pas convaincu de l'influence nocive des bactéries, qui sont peut-être le résultat et non la cause. Nous, chirurgiens, nous ne pouvons trancher cette question. De ce que les bactéries restent vivantes dans l'air phéniqué, cela ne prouve donc rien.

M. Perrin cite des statistiques déjà anciennes ; il faut juger la méthode avec les statistiques modernes. On obtient plus de succès qu'autrefois avec le pansement ouaté, parce qu'on l'applique mieux : il en est de même du pansement de Lister.

Les propriétés irritantes de l'acide phénique n'existent pas; l'acide phénique est un calmant de premier ordre; il ne produit pas d'irritation. En voyant les résultats obtenus, quelle que soit la théorie, il n'y a pas à discuter. Le pansement de M. Guérin est excellent, sa théorie est discutable. Nous n'avons rien à faire avec la théorie.

Le pansement à l'alcool est excellent : il a marqué un progrès énorme sur les pansements antérieurs; Batailhé, Gaulejac, Chédevergne l'ont démontré. Mais l'alcool pur est très-douloureux; à 45 degrés même, il est douloureux pour les plaies récentes; et si on augmente la quantité d'eau, l'alcool perd ses propriétés antiseptiques; de plus, l'alcool est diffusible, et perd ainsi une partie de ses propriétés. La durée de la propriété désinfectante de l'acide phénique est autrement considérable.

L'alcool se combine avec les tissus, il coagule l'albumine..., mais ce n'est pas une qualité, c'est un inconvénient; la détersion des plaies arrive lentement avec l'alcool. M. Perrin fait l'irrigation continue avec l'alcool; mais, c'est un moyen de pansement gênant, embarrassant. La statistique des élèves de Nélaton était brillante, mais cela n'a pas duré. La statistique de M. Perrin n'est pas meilleure que celle de Lister. Si M. Verneuil n'avait à sa disposition ni le pansement ouaté, ni le pansement de Lister, ni le pansement antiseptique ouvert, il adopterait le pansement à l'alcool.

M. *Lucas-Championnière*. Jamais les partisans du pansement de Lister n'ont mis en avant la théorie des bactéries; ils ont dit : « on admet, on suppose, » mais ils n'ont rien affirmé. Lister dit même qu'on peut donner une explication chimique du mode d'action de son pansement. Quand même l'acide phénique ne tue pas les bactéries, cela n'empêche pas le pansement d'être bon.

Si on fait des expériences sur les plaies, on trouve peu ou point de bactéries sous le Lister. La pulvérisation joue un rôle, c'est vrai, mais la plaie a été arrosée d'acide phénique et recouverte d'acide phénique; la pulvérisation n'est qu'un accessoire.

M. Perrin attache une grande importance au terrain; M. Lister, également. Seulement, le terrain a moins d'influence pour lui à cause de la protection atmosphérique plus complète. Les expériences sur les bactéries sont difficiles à faire, M. Pasteur l'a dit, et les expériences de M. Perrin ne sont pas probantes.

L'alcool rend imputrescible, à condition qu'il soit à 90 degrés; à 45 degrés, non. Pour conserver des pièces anatomiques avec de l'alcool à 45 degrés, il faut y ajouter de la créosote ou de l'acide phénique. Comme l'a dit M. Verneuil, l'acide phénique est un anesthésique et non un irritant. M. Le Fort croit aussi que le pansement de Lister est irritant, et cependant M. Lucas-Championnière a fait dans le service de M. Le Fort une amputation de jambe à lambeaux qui guérit rapidement sous le Lister, en donnant un beau résultat. L'acide phénique fait tomber l'épiderme des doigts, mais il n'irrite ni les plaies ni le péritoine. L'érythème arrive parfois à cause de la susceptibilité de la peau, ou de la mauvaise qualité de la solution phéniquée.

Quelle est la fréquence de l'érysipèle avec le pansement de Lister? Depuis trois ans que M. Lucas-Championnière pratique ce pansement, il n'a jamais vu ni érysipèle ni infection purulente. M. Lister a observé l'érysipèle, quoique rarement. Sur 10 000 blessés ou opérés, Volkmann a vu trois ou quatre érysipèles avec le pansement antiseptique. On a essayé le thymol, mais il est insuffisant, peu soluble, et caustique. M. Perrin a été sévère pour la statistique de Volkmann; on y trouve cependant 73 cas de fracture compliquée sans un cas de mort. M. Perrin reproche à M. Volkmann les opérations faites chez les individus pris de septicémie ou d'infection purulente; mais les chirurgiens allemands ont l'habitude d'opérer même pendant l'infection purulente. La statistique de M. Perrin est courte; quand elle sera plus longue, elle deviendra plus démonstrative. Nélaton, qui avait beaucoup employé l'alcool, admettait que cet agent rendait l'infection purulente rare, mais qu'il ne la supprimait pas. Le pansement de Lister est moins difficile à appliquer que d'autres pansements; avec une certaine habitude, on le fait très-vite. La communication de M. Perrin n'a rien prouvé contre le pansement antiseptique; quant au pansement à l'alcool, nous sommes tous du même avis sur sa valeur : il est bon, mais cher et douloureux, et il retarde la guérison.

— M. *Panas* présente une femme de quarante-quatre ans, qui était atteinte de chute complète de l'utérus avec cystocèle et rectocèle. M. Panas fit le cloisonnement du vagin par le procédé de M. Le Fort : l'opération a réussi.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Injections dans les ventricules cérébraux et choc céphalo-rachidien : M. Duret. — 1° Astigmatisme chez les enfants 2° De la couleur à donner au papier d'imprimerie : M. Javal — Embolie graisseuse : M. Déjerine. — Diffusion des courants électriques chez l'animal vivant : M Bochefontaine. — Point douloureux au niveau de l'ovaire déplacé chez les femmes enceintes : M. Budin. — Sommeil prolongé après l'électrisation des jambes : M. Onimus.

M. *Duret*, à propos d'une communication récente de M. Cossy, rappelle les expériences qu'il a faites antérieurement sur le même sujet : injections dans la cavité des ventricules cérébraux. Les résultats auxquels il est parvenu ont été consignés dans sa thèse inaugurale (1878); ce sont les suivants : Toute injection, coagulable ou non, faite lentement sous une pression inférieure à la pression artérielle, ne détermine pas d'autres accidents que ceux qui résultent de l'inflammation qu'elle provoque ultérieurement. Au contraire, toute injection faite sous une pression qui dépasse celle du sang contenu dans les artères est immédiatement suivie de contracture pendant une durée qui peut égaler une demi-heure, puis de contractions tétaniques survenant spontanément ou sous l'influence d'une excitation des nerfs sensibles. Ces phénomènes sont identiques à ceux que l'on obtient en piquant les corps restiformes à travers la membrane occipito-atloïdienne. Aussi M. Duret pense que, dans ses expériences, ils sont dus au reflux brusque du liquide céphalo-rachidien, qui, chassé des cavités cérébrales par l'injection, vient produire des désordres du côté du bulbe. On trouve, en effet, à la suite des injections ventriculaires, des hémorrhagies dans les corps restiformes, à la pointe du quatrième ventricule. Les expériences de M. Cossy ne font que confirmer ces résultats et sont justiciables des mêmes interprétations (voy. le numéro précédent de la *Gazette hebdomadaire*). N°7, p.113

Cette communication devient le point de départ d'une discussion sur l'existence du liquide céphalo-rachidien dans les cavités ventriculaires des hémisphères. Pour M. Bochefontaine, ces cavités sont, chez certains animaux, purement virtuelles; on n'y trouve aucun liquide; les parois sont accolées l'une à l'autre. Mais M. Duret fait observer que les observations de M. Bochefontaine, faites sur des animaux chloralisés ou curarisés, ou dont le crâne était largement ouvert, ne sauraient avoir toute la valeur qui leur est attribuée.

— M. *Javal*, ayant eu occasion d'examiner un grand nombre d'enfants, a constaté que plusieurs d'entre eux, 10 p. 100 environ, avaient la vue faible, et que cette diminution de l'acuité visuelle était uniquement due à l'astigmatisme; elle disparaissait dès que celui-ci était corrigé par l'emploi de verres cylindriques.

Revenant sur une communication antérieure, qu'il se plaint d'avoir vu mal interpréter, M. Javal explique pourquoi la couleur jaune lui paraît être la meilleure pour le papier d'imprimerie. L'œil n'est pas achromatique : toute lumière comprenant plusieurs couleurs du spectre produit sur la rétine des cercles de diffusion. Le seul moyen de les éviter serait d'employer une lumière monochromatique; mais, quelle qu'elle soit, elle serait insuffisante. Puisqu'on ne saurait supprimer sans inconvénient six des couleurs du spectre, on peut du moins en éliminer le plus possible en les attaquant, soit du côté du rouge, soit du côté du violet. Dans le premier cas, on se prive d'emblée d'une quantité trop considérable de lumière, on retombe dans l'inconvénient des lumières monochromatiques; dans le second, on peut sans aucun désavantage retrancher le violet, l'indigo, le bleu. Le spectre tronqué, qui reste alors, donnera nécessairement sur la rétine des cercles de diffusion moins nombreux et moins étendus; or, la couleur qui résulte de la composition de ce demi-spectre est justement le jaune, et non pas le jaune de toute nuance, mais celui que représente la teinte naturelle du papier de bois avant qu'il soit blanchi par des préparations accessoires : voilà la raison pour laquelle cette couleur a été proposée pour le papier d'imprimerie par M. Javal, comme étant la plus hygiénique au point de vue des yeux.

— M. *Déjerine* expose les résultats de ses recherches sur l'embolie graisseuse. Depuis la découverte de Zenker (1862), cette lésion a été assidûment recherchée en Allemagne, où l'on en compte aujourd'hui cent quarante cas. M. Déjerine a réussi à la produire chez les animaux, non pas à la suite de fractures simples, mais à la suite de fractures compliquées de plaies et surtout compliquées d'attrition de la moelle osseuse par introduction dans les canaux médullaires de tiges de *laminaria*. Dans ces cas, il a trouvé le réseau de l'artère pulmonaire injecté, pour ainsi dire, à la graisse. Chez les animaux morts ou sacrifiés peu de temps après l'expérience, le réseau périlobulaire était seul envahi; chez ceux dont la fin avait été retardée, le réseau intralobulaire était injecté, tandis que le précédent semblait moins compromis; chez tous, le sang contenu dans le cœur droit et dans les veines, qui de l'oreillette droite allaient au foyer de la fracture, renfermait des quantités notables de graisse à l'état libre. Chez aucun les embolies graisseuses n'avaient passé dans les artères. C'est seulement chez l'homme que, dans deux cas, M. Déjerine a pu en rencontrer dans les reins et le foie. Il conclut de ces faits que l'embolie graisseuse semble résulter d'une ostéomyélite mettant en liberté, au bout d'un temps très-court, les éléments graisseux de la moelle, et que cet accident, observé surtout après les grands traumatismes, peut rendre compte de ces morts rapides attribuées à ce qu'on nomme vaguement le *choc :* il s'agirait, dans plusieurs de ces cas, d'un obstacle à l'hématose par suite de l'envahissement des capillaires pulmonaires par la graisse.

— M. *Bochefontaine* a étudié la diffusion des courants chez un animal dont on excite un point du corps très-limité : que l'on agisse avec des courants faradiques ou avec des courants galvaniques interrompus, après dix minutes d'excitation environ, l'observateur peut éprouver une secousse électrique en touchant un point quelconque de l'animal, aussi éloigné qu'il puisse être de la région où les deux rhéophores ont été appliqués tout près l'un de l'autre. Ce fait constant chez l'animal vivant fait absolument défaut chez l'animal mort. La différence si nette de ces résultats, obtenus avec les mêmes appareils, dans des conditions d'expérimentation identiques, permet à M. Bochefontaine de répondre aux objections qui lui sont adressées, et de montrer que cette diffusion de l'électricité ne saurait être attribuée, soit à l'isolement insuffisant des animaux, soit à une disposition défectueuse des conducteurs.

— M. *Budin* a constaté chez certaines femmes enceintes la présence d'un point douloureux à la pression sur la ligne qui joint l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche à l'ombilic. Une palpation minutieuse lui a permis de reconnaître que ce point se trouvait superposé à un petit corps rond et mobile, lequel, en raison des rapports de l'utérus gravide, ne saurait être que l'ovaire.

— M. *Onimus* a vu plusieurs malades, dont les jambes avaient subi des applications de courants électriques, dormir les nuits suivantes d'un sommeil long et profond. Il rapproche ce fait des modifications de tension artérielle et de circulation cérébrale consécutives à l'électrisation du nerf sciatique.

— Au cours de la séance, M. *Bert* communique à la Société

une lettre de M. Pelikua (de Saint-Pétersbourg) annonçant l'envoi de 5950 francs, souscription des médecins russes pour le monument de Cl. Bernard.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Contribution a l'anatomie pathologique du tétanos, par M. E. Aufrecht. — Relation d'un cas de tétanos chez un ouvrier de quarante et un ans, à la suite d'une luxation compliquée du pouce. A l'autopsie rien de spécial. La moelle durcie présente au microscope des altérations de la substance grise, dégénérescence des grandes cellules, disparition des noyaux, apparition de corps vitreux, etc., lésions que l'auteur attribue à une inflammation parenchymateuse *primaire* des cellules ganglionnaires. Il ne paraît pas qu'on ait examiné les nerfs du bras. (*Deutsch. med. Wochensch.*, 1878, n° 14-15.)

Histoire et thérapeutique de la scrofule, par M. R. Haussmann. — Le point important est de faire disparaître les ganglions tuméfiés, ayant une tendance invincible à la dégénérescence caséuse, point de départ de la tuberculose secondaire. Pour cela il n'y a rien de plus utile que les frictions quotidiennes de *savon noir* ordinaire. Quatre observations. (*Berl. klin. Woch*, 1878, n° 44.)

Résection partielle du côlon pour l'extirpation d'une tumeur, par M. C. Gussenbauer. — Cette observation est la seconde de son espèce. L'opération fut pratiquée pour la première fois par Reybard (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1844); le malade ne mourut qu'au bout de dix mois; tandis que celui qui fait le sujet de l'observation ne survécut que quelques jours. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXIII, p. 231.)

BIBLIOGRAPHIE

La syphilis du cerveau, par M. Alfred Fournier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Leçons recueillies par M. *E. Brissaud*, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8, de 654 pages. — Paris, 1879. G. Masson. Prix : 10 francs.

L'étude des localisations cérébrales, malgré le nombre considérable de travaux publiés sur cette question, malgré les discussions soulevées dans les sociétés savantes, est loin d'avoir donné tous les résultats auxquels on est en droit de prétendre. Bien des faits considérés il y a quelques années, quelques mois même, comme devant être définitivement admis, sont rejetés aujourd'hui, mais il n'en reste pas moins des faits que prouve la physiologie et que démontre l'anatomie pathologique. Chaque jour, sous la puissante impulsion de M. le professeur Charcot, à qui on doit attribuer sans conteste non-seulement les résultats les plus importants, mais surtout la méthode rigoureuse, scientifique qui permettra un jour à ses élèves de démontrer chacune des questions encore obscures aujourd'hui, on arrive, en s'appuyant sur les résultats de l'expérimentation et de l'anatomie pathologique, à déterminer exactement sur le malade la lésion cérébrale qui se manifeste par des troubles de la sensibilité et de la motilité; on peut, dans un grand nombre de cas, reconnaître les lésions cérébrales, celles qui déterminent les troubles dont il n'est pas possible d'espérer la guérison, et enfin celles dont les manifestations ne sont que des phénomènes passagers et pour lesquelles un traitement peut non-seulement activer la guérison, mais encore enrayer la marche progressive de la lésion.

Il est peu d'affections où l'importance du diagnostic et du traitement soit plus grave que dans la syphilis : aucune affection, en effet, ne revêt des formes plus diverses dans ses manifestations cérébrales. Ces faits sont tellement nombreux que ce n'est pas sans étonnement qu'on constate, comme le fait remarquer M. Alfred Fournier, que les syphiliographes anciens, comme Hunter et Astley Cooper, considéraient le cerveau comme un tissu sur lequel le virus vénérien ne pouvait déterminer aucune altération. Il y a seize ans, M. le professeur Lasègue, dans les *Archives de médecine*, rangeait encore les affections nerveuses syphilitiques parmi les manifestations diathésiques rares et indécises, destinées, au moins jusqu'à nouvel ordre, à ne figurer dans la description de la syphilis qu'à titre d'appendice, et considérait entre autres l'aliénation syphilitique comme simplement conjecturale, possible, présumable et rien de plus. Le but de M. Fournier a été de démontrer que non-seulement les lésions cérébrales syphilitiques ne devaient pas être considérées comme un appendice dans l'histoire de la syphilis, mais qu'elles en étaient un des chapitres les plus importants et les mieux démontrés, que la syphilis déterminait des lésions d'autant plus facilement reconnaissables aujourd'hui que l'étude des localisations permettait de fixer sur le malade le point même de la substance cérébrale lésée.

Tel est un point d'une importance capitale déjà prouvé par un nombre considérable d'observations disséminées dans de nombreux recueils. M. Alfred Fournier les réunissant, y ajoutant les siennes propres et l'autorité de son expérience, a pu faire un *traité* de la syphilis cérébrale et démontrer que nombre d'affections ou de symptômes, qu'on laissait innommés autrefois quant à leur nature ou qu'on rangeait sans qualification dans la classe trop facilement compréhensive des maladies nerveuses vulgaires, reconnaissent la syphilis comme origine et ressortissent à son domaine.

Si, par exemple, on voit survenir une hémiplégie sur un malade au-dessous de trente-cinq à quarante ans, on doit soupçonner de suite la syphilis, à ce point qu'on a pu poser ceci en principe : « Toute hémiplégie survenant chez un sujet âgé de moins de quarante ans, non affecté d'alcoolisme ou de lésion du système circulatoire, est au moins huit fois sur dix, neuf fois sur dix, d'origine syphilitique. » N'en est-il pas de même pour l'épilepsie survenant pour la première fois chez un individu âgé de plus de vingt-cinq ou trente ans? cette épilepsie n'est-elle pas neuf fois sur dix d'origine syphilitique? N'en est-il pas de même encore pour les paralysies oculaires (75 pour 100), etc., etc.? Aussi M. Fournier a-t-il raison de dire et d'insister sur ce point que ces altérations centrales d'origine syphilitique sont *communes*, alors qu'il y a quelques années encore on les regardait comme tout à fait exceptionnelles. Tel est un point capital à connaître, car, une fois le diagnostic établi, on a entre les mains les moyens curatifs les plus puissants, qu'on doit toujours employer en cas de doute et d'insuccès à la suite des autres traitements.

On a dit qu'une syphilis légère au début non-seulement pouvait guérir d'elle-même, mais de plus n'entraînait dans l'avenir aucun désordre grave; c'est là une opinion contre laquelle M. A. Fournier s'élève avec force en démontrant que la syphilis la plus bénigne au début, dans ses manifestations primitives et secondaires, n'aboutissait que trop souvent aux accidents cérébraux les plus graves. Ainsi, sur quarante-sept cas de syphilis cérébrale, deux seulement ont succédé à des syphilis antérieurement graves; un a suivi une syphilis assez grave; trente se sont manifestés consécutivement à des syphilis très-ordinaires, moyennes, comme quantité et qualité des accidents secondaires; et enfin quatorze sont relatifs à des syphilis véritablement bénignes, assez bénignes pour que, sur ces quatorze cas, plusieurs aient pu passer longtemps inaperçues et être abandonnées sans traitement à leur évolution naturelle.

Quant aux causes qui incitent la syphilis à se porter sur le cerveau (et cela dans un délai qui varie entre la troisième et la dix-huitième année, et principalement entre la troisième et la dixième année), M. A. Fournier place au premier rang comme importance les excitations consécutives à l'alcoolisme, aux

excès vénériens, etc., les fatigues intellectuelles qui déterminent dans le cerveau un affaiblissement fonctionnel et le rendent plus apte à l'évolution de la lésion en vertu de cette loi si connue dans l'évolution des diathèses : que la lésion frappe l'organe dont la résistance est moindre. « Ainsi, j'ai observé, dit M. Fournier, des accidents cérébraux, avec un degré de fréquence vraiment remarquable, chez des gens adonnés par profession aux travaux de l'esprit, aux fatigues intellectuelles, chez des littérateurs, des avocats très-occupés, des professeurs, des médecins. A ce propos, un des faits qui m'ont le plus vivement frappé est relatif à un médecin, grand travailleur, qui se prédit à lui-même ses futurs accidents cérébraux, alors que rien encore n'en annonçait l'invasion : — « Vous verrez, me disait-il souvent, que ma syphilis se portera quelque jour sur le cerveau : c'est par le cerveau que je finirai. » L'événement ne confirma que trop justement ses prédictions.

La syphilis cérébrale, dont la marche est toujours lente, continue et progressive si on l'abandonne à elle-même, est principalement remarquable par la multiplicité des formes qu'elle peut revêtir. Elle peut en effet présenter toutes les formes connues dans les affections cérébrales. Cependant « ce polymorphisme n'appartient guère qu'aux périodes initiales, où la maladie se présente généralement sous telle ou telle des six formes suivantes : forme céphalalgique, forme congestive, forme épileptique, forme aphasique, forme mentale et forme paralytique. » Non-seulement ces formes peuvent se présenter indépendamment les unes des autres, mais de plus elles peuvent s'associer de manière à former ce que M. A. Fournier appelle des formes mixtes. L'affection débute en général par la forme céphalalgique; c'est souvent ainsi que l'attention est attirée vers la maladie qui menace et qu'on peut, par un traitement énergique approprié, prévenir les accidents plus graves qui en seraient la conséquence. Telle est l'observation qu'on peut encore faire pour la forme épileptique, qui, comme le démontre M. Fournier, est relativement la plus favorable, parce que c'est elle qui guérit le plus rapidement et le plus sûrement.

Les autres formes, congestive, paralytique et mentale, sont plus sérieuses, plus redoutables : elles résistent en effet davantage au traitement et sont suivies souvent de lésions à marche rapide. La forme congestive, par exemple, dont la marche est parfois insensible, est bientôt suivie de troubles intellectuels, d'hémiplégie, et même de phénomènes plus graves de paralysie et de perte de l'intelligence; non pas que ces derniers phénomènes soient fatalement liés les uns aux autres, puisqu'un malade peut être pendant de longs mois complétement hémiplégique, et cependant conserver toutes ses facultés intellectuelles; mais la corrélation des troubles moteurs avec les troubles intellectuels est assez fréquente pour qu'on doive les craindre et les prévoir dans les cas où ils n'existeraient pas encore. La crise hémiplégique, dit M. A. Fournier, marque la date précise du début de la décadence intellectuelle, soit que la crise ait été assez violente pour que les malades ne sortent de la stupeur initiale de l'ictus hémiplégique qu'avec une paresse intellectuelle voisine de l'hébétude ou même de l'idiotie, soit que l'intelligence s'affaiblisse peu à peu d'une façon véritablement insensible.

Il est un symptôme qui précède souvent l'hémiplégie, et c'est sur ce symptôme que M. A. Fournier insiste, non-seulement à propos de l'hémiplégie de cause syphilitique, mais encore comme symptôme d'accidents graves de syphilis cérébrale; il s'agit des paralysies oculaires. La syphilis affecte, en effet, d'une façon particulière les nerfs moteurs oculaires; ces paralysies, qui sont ou bien partielles ou bien plus ou moins incomplètes, constituent souvent un symptôme précoce, parfois même un symptôme initial. A la suite d'un traitement, elles guérissent presque toujours assez rapidement; abandonnées au contraire à elles-mêmes, elles persistent et s'aggravent même peu à peu.

Nous ne pouvons suivre M. A. Fournier dans l'étude de toutes les manifestations cérébrales de la syphilis, ainsi que sur l'évolution de chacune d'entre elles; arrivons de suite « à la condition majeure qui domine toutes les autres, à celle qui règle, à vrai dire, le pronostic, sinon toujours, au moins dans l'énorme majorité des cas, c'est-à-dire à l'intervention ou à la non-intervention du traitement spécifique. » De deux choses l'une : ou bien la maladie est abandonnée à elle-même; alors la maladie s'aggrave et la mort en est la conséquence la plus fréquente;—ou bien la maladie est traitée énergiquement, et on peut espérer une guérison, excepté toutefois si la médication n'a été prescrite qu'à une période avancée des lésions syphilitiques. Ce qu'il faut avant tout, c'est arriver assez tôt, et employer dès le début un traitement le plus énergique possible; « faire peu ou faire au-dessous de la mesure nécessaire, dit M. A. Fournier, c'est presque ne rien faire. » Pour frapper énergiquement et agir directement sur les lésions centrales, il est de toute nécessité de combiner l'iodure de potassium et le mercure. L'iodure de potassium, par la voie gastrique, sauf les cas exceptionnels où les malades ne peuvent supporter cette substance, exception qui nécessite l'absorption par le rectum, devra être administré à la dose de 3 grammes au moins par jour; puis peu à peu on porte la dose à 4, 5 et même 8 grammes, selon l'accoutumance ou la tolérance que présente le malade. Cette dose de 8 grammes peut paraître exagérée, mais elle est cependant indispensable dans la plupart des cas. Quant aux accidents d'iodisme, M. Fournier note ce fait que tel malade peut être vivement indisposé par 25 ou 50 centigrammes, alors qu'il en supporte facilement 3, 4 et 5 grammes. Bien plus, quelques médecins ont porté l'iodure à 12, 15 et 20 grammes par jour, mais ces doses massives ne paraissent avoir fourni aucun avantage réel : 20 grammes ne font pas mieux que 5 ou 8 grammes.

Il est deux moyens d'administrer le mercure : le premier par les voies digestives, à l'aide du proto-iodure (10 à 20 centigrammes par jour), et à l'aide du bichlorure (sublimé), de 2 à 5 centigrammes; le second, auquel M. A. Fournier donne la préférence dans la plupart des cas, par les frictions tégumentaires avec l'onguent napolitain, à la dose de 5 à 12 grammes par jour. « En un mot, dit M. Fournier, le mercure, qu'il soit administré par la peau ou par l'estomac, doit toujours être administré *larga manu*. Les fortes doses sont d'urgence en pareil cas. C'est seulement au prix d'une mercurialisation énergique et rapide qu'on parvient à dompter la syphilis cérébrale. Là, soyez-en sûrs, est la condition du succès. » Ces deux modes de traitement doivent être employés simultanément d'abord, puis au bout de six ou huit semaines on suspend pendant quelques jours toute médication, et on commence ce que M. A. Fournier appelle le *traitement alterne* qui consiste en ceci : pendant une vingtaine de jours, en moyenne, reprise des frictions mercurielles sans iodure, puis cessation des frictions, et reprise de l'iodure pendant trois semaines, et ainsi de suite pour permettre au malade de ne pas être intoxiqué par l'action prolongée de l'un ou l'autre de ces médicaments. Ajoutons enfin, qu'alors même que les accidents cérébraux ont disparu, on devra faire continuer pendant longtemps le même traitement, pour éviter les récidives et les rechutes, de peur que la médication ait produit une guérison apparente, au lieu d'une guérison vraie.

Tels sont les faits les plus importants du traité de M. Alfred Fournier; notre but n'a pas été de faire une étude comparative et critique, mais de donner un résumé aussi succinct qu'il nous était possible d'une étude véritablement originale, sur un sujet encore peu connu, malgré le nombre considérable d'observations éparses dans la science.

Dr Joseph Michel.

VARIÉTÉS

Comité d'hygiène. — Par arrêté du ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 24 février, M. Wurtz, membre de l'Institut et doyen honoraire de la Faculté de médecine, a été nommé président du comité consultatif d'hygiène publique de France.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. de Girard, agrégé, est nommé maître des conférences de chimie et de physique à ladite Faculté, pour l'année scolaire 1878-79.

— M. Grynfelt, agrégé, est nommé maître de conférences de médecine opératoire à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1878-79.

École de pharmacie de Paris. — M. Gérard, licencié ès sciences, préparateur des travaux pratiques de botanique, est, en outre, nommé préparateur du cours d'histoire naturelle.

École de médecine de Rennes. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira, le 1er mai 1879, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

École de médecine de Clermont. — M. Huguet, suppléant, est nommé professeur de chimie à ladite Ecole, en remplacement de M. Bertrand, admis à la retraite.

Hôpital français de Londres. — Le onzième banquet anniversaire de la création de l'hôpital français de Londres a eu lieu à Willis-Rooms, le 22 février, sous la présidence de M. le comte de Montebello, ministre plénipotentiaire de France.

Récompenses honorifiques. — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1876 :

Médaille d'or : M. Girardin, directeur de l'Ecole des sciences et des lettres de Rouen (Seine-Inférieure).

Rappel de médaille d'or : M. Meurein (de Lille), membre du conseil d'hygiène et inspecteur de salubrité du département du Nord.

Médailles d'argent : MM. Bancel (de Melun); Barny, pharmacien à Limoges; Boutet, vétérinaire à Chartres; Chartier (de Nantes); Hallez, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Manouvriez fils (de Valenciennes); Maurin (de Nice); Mauricet (Alphonse) fils (de Vannes); Mignot, secrétaire du conseil de la Nièvre; Riembault (de Saint-Étienne); Robineaud, pharmacien à Bordeaux; Soudan, capitaine d'artillerie; Wintrebert (de Lille).

Il y a, en outre, de nombreux *rappels de médailles d'argent* et une liste de distribution de *médailles de bronze.*

Secours a domicile (Conseil municipal, séance du 20 février 1879). — M. *le Préfet de la Seine* rappelle que le 5 avril 1877 le conseil a émis un vœu pour que les médecins attachés au service des secours à domicile soient, conformément à l'article 7 de la loi du 10 janvier 1849 sur l'administration de l'Assistance publique, nommés au concours ou par l'élection de leurs collègues. M. le Préfet de la Seine donne lecture d'un arrêté pris par lui le 15 février courant, approuvé aujourd'hui même par M. le ministre de l'intérieur, qui dispose qu'à l'avenir ces médecins seront nommés par l'élection de leurs collègues, et qui détermine les formes suivant lesquelles cette élection aura lieu.

M. *Cadet* demande si les officiers de santé sont électeurs et éligibles.

M. *le Préfet de la Seine* répond que l'article 2 dispose que les candidats doivent, en se faisant inscrire, fournir la preuve qu'ils sont citoyens français, âgés de vingt-cinq ans, et autorisés à exercer la médecine dans le département de la Seine.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 19 février 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de 1re classe. (Ancienneté). M. Hériot, médecin-major de 2e classe. — (Choix). M. Kiéner, médecin-major de 2e classe.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe. (Ancienneté). M. Gallimard, pharmacien-major de 2e classe.

Peste. — On écrit de Saint-Pétersbourg, le 23 février :

Le général Loris Mélikoff télégraphie de Tsaritsin, à la date du 22, que dans le gouvernement d'Astrakhan, dans le district de Bukejew et dans les autres localités infectées, il n'y a pas eu de nouveaux cas de maladie, ni de cas de mort. Le comte Orloff, délégué de la Société de la Croix-Rouge de Pissareff, est arrivé hier à Vetlianka.

C'est aujourd'hui le trente et unième jour depuis le dernier décès occasionné à Vetlianka par l'épidémie.

M. Voinalovitch, médecin d'Odessa, envoyé à Tsaritsin il y a environ un mois, est mort hier. Les médecins, ses collègues, ont constaté que sa mort est due à un affaiblissement général causé par une maladie chronique des reins.

— Le télégraphe a signalé la lecture, à la dernière séance de la Société médicale à Berlin, d'un mémoire sur la peste, par le professeur Virchow. Dans ce mémoire, dont nous trouvons une analyse dans les journaux allemands, l'auteur paraît distinguer sous le nom de peste deux espèces différentes de maladie : l'une, la peste indienne; l'autre, la peste orientale. Celle-ci vient de la Syrie, et, à travers la Mésopotamie, se répand en Perse et dans les alentours de la mer Caspienne.

Les mesures prophylactiques prises en Allemagne reposent, d'après l'auteur, sur une base trop large. De grandes étendues de pays ne peuvent pas être mises en quarantaine.

Ce à quoi il faut s'appliquer, c'est à ce que l'armée russe rentrant dans ses foyers soit soumise à une inspection médicale rigoureuse. Les médecins turcs ont, dans les dix dernières années, souvent pris cette maladie pour le typhus. (Voy. à *l'Académie de médecine.*)

Hôpital Cochin. — M. le docteur Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin, reprendra ses leçons cliniques, le mardi 4 mars, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Cours de médecine opératoire. — M. Fort commencera une série de leçons et les exercices pratiques de médecine opératoire le lundi 21 avril 1879, à une heure, et les continuera tous les jours à la même heure. Le cours durera un mois. On s'inscrira, pour ce cours, chez M. Fort, 21, rue Jacob.

Errata. — N° 8. Page 117, ligne 11, troisième alinéa, *au lieu de :* explosion pestilentielle, *lisez :* explosions pestilentielles.

Page 117, ligne 20, quatrième alinéa, après épisode, *ajoutez :* mais dont une condition très-insalubre ne peut pas être oubliée.

Page 117, ligne 4, septième alinéa, *au lieu de :* ces divers, *lisez :* ses divers.

Page 122, article Correspondance, ligne 3, troisième alinéa, *au lieu de :* Duvergier, *lisez :* Devergie.

Page 127, communication de M. Dujardin-Beaumetz (Société de thérapeutique, séance du 12 février), *au lieu de :* pelleticrine, *lisez :* pelletiérine.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 13 au 20 février 1879, on a constaté 1005 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 22. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 1. Variole, 12. — Croup, 28. — Angine couenneuse, 11. — Bronchite, 37. — Pneumonie, 87. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 8. — Erysipèle, 3. — Autres affections aiguës, 248. — Affections chroniques, 457 (dont 197 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 37. — Causes accidentelles, 39.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 10 7 MARS 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 6 mars 1879.

Académie de médecine : LA PESTE.

Sur la proposition de M. Marey, l'Académie de médecine vient de nommer une commission chargée de tracer aux médecins envoyés à Tzaritzin par le gouvernement français le programme des recherches qu'ils auront à poursuivre pendant leur séjour en Russie. Cette commission, qui se compose de MM. Pasteur, Bouillaud, Fauvel, Bouley, Davaine, Jaccoud, Marey et Rochard, tiendra, nous n'en doutons point, à activer ses travaux pour arriver en temps utile à remplir la tâche qui lui est demandée. Il importe que, dans ce but, elle ne tarde point à se réunir; il importe surtout que tous ses membres n'hésitent pas à répondre immédiatement à l'appel qui leur sera adressé. L'épidémie actuelle est, en effet, en voie de décroissance.

Les nouvelles que nous publions plus loin et qui résument les documents qui nous ont été communiqués semblent le prouver; et si, comme nous l'avons déjà fait remarquer, il est probable qu'elle se réveillera au printemps, rien ne démontre que son sommeil ne durera pas plusieurs mois. Il importe donc que les médecins qui ont accepté l'honorable mission de représenter la France soient très-rapidement mis en mesure d'entreprendre les travaux qui permettront de mieux connaître la genèse et le mode de propagation d'une maladie bien imparfaitement étudiée jusqu'à ce jour. M. Rochard a été très-bien inspiré en insistant sur la nécessité d'étudier, à l'aide des procédés d'investigation les plus précis, les manifestations cliniques de la peste de manière à la bien décrire. Mais il nous semble que ces recherches ne seraient pas suffisantes. C'est à peine si nous sommes au courant du développement épidémiologique de la peste et de ses symptômes; mais nous ne savons absolument rien des lois qui déterminent la contagion de cette maladie; sa physiologie pathologique nous est inconnue; l'existence d'un agent virulent qui pourrait être isolé, comme le suppose M. Pasteur, n'est nullement démontrée. Aussi nous semble-t-il nécessaire d'indiquer avec une grande précision à nos jeunes et laborieux confrères un programme exact des recherches que l'on attend de leur dévouement. La Russie, l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie ont envoyé sur le théâtre de la maladie des épidémiologistes déjà célèbres par leurs travaux, très-expérimentés, mais aussi, en raison même de la nature de leurs études antérieures, très-persuadés, sans doute, qu'il importe de rechercher, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, quelles ont été les causes hygiéniques de l'épidémie actuelle et quel a été topographiquement son mode de propagation.

En France on a confié à l'un des plus jeunes agrégés de l'école du Val-de-Grâce le périlleux honneur de se rendre à Tzaritzin et à Vetlianka pour y observer la peste. Nous le savons très au courant des travaux modernes, et nous espérons beaucoup de son intelligence et de son activité. Mais nous pensons aussi que, puisqu'on semble vouloir exiger de lui des recherches de physiologie pathologique, un programme assez détaillé ne lui sera point inutile et qu'il s'efforcera d'y répondre dans la mesure des ressources que l'on pourra mettre à sa disposition. Pour qu'il arrive à nous éclairer sur toutes les questions qu'a examinées M. Pasteur, il faut qu'il sache exactement comment il doit recueillir le sang des pestiférés, par quels procédés il pourra le conserver, à qui il devra l'expédier, quelles sont les expériences qu'il lui faudra entreprendre immédiatement et qu'il pourra continuer sans qu'il lui soit nécessaire d'avoir les instruments et les appareils qu'un laboratoire bien installé peut seul fournir. Or, nous le demandons, lui sera-t-il bien aisé d'entreprendre ces expériences, et, s'il ne peut les faire lui-même, croit-on prudent de l'engager à fournir de sang recueilli sur les pestiférés les laboratoires de Paris? Nous ne parlons point, on le voit, des précautions à prendre pour éviter les atteintes d'un fléau qui frappe si cruellement tous ceux qui s'y exposent. Nous espérons que tous les médecins envoyés en Russie sauront faire usage des procédés de purification et de désinfection que la méthode dite de Lister met à la portée de tous. Nous ne croyons point praticable la méthode d'isolement individuel conseillée par M. Pasteur. Il ne faut point que le médecin ait un costume et emploie des moyens de préservation qu'il ne saurait imposer à tous ceux qui vivent dans le voisinage des pestiférés; mais il est des précautions qu'il doit mettre en usage et qu'il doit indiquer autour de lui, et les pulvérisations d'acide phénique, d'iode, etc., sont à cet égard très-utiles. Toutefois, on ne saurait le nier, demander à un médecin envoyé à Tzaritzin des recherches aussi précises, aussi délicates, aussi rigoureuses que celles dont a parlé M. Pasteur, nous semble bien exigeant, et nous pensons que le programme rédigé par la commission académique saura, s'il les demande, indiquer aux médecins français les moyens nécessaires pour les mener à bonne fin.

— Au moment de mettre sous presse nous recevons de Constantinople un important article dû à M. le docteur Mahé, médecin sanitaire. Nous le publierons dans notre prochain numéro.

L. L.

HISTOIRE ET CRITIQUE

DES DERMATOSES CONSÉCUTIVES AUX LÉSIONS NERVEUSES.

Malgré quelques observations éparses et incomplètes recueillies dans des mémoires déjà anciens (Pouteau, Swan, Larrey, Bellingeri), on peut considérer la question de la relation qui existe entre les dermatoses et les lésions nerveuses comme une étude contemporaine. Dans un mémoire extrait du *Giornale italiano delle malattie veneree et della pelle* (juin 1878), le docteur Giorgio Marcacci, de l'Institut royal de Florence, a repris cette question et, à propos d'une observation intéressante, a émis quelques idées nouvelles qu'il nous paraît utile de reproduire.

Sans vouloir présenter ici un historique qui demanderait trop de développements pour être complet, nous rappellerons qu'en 1859 M. Charcot avait publié un cas de *zona traumatique*, observé dans le service de M. Rayer, chez un homme qui avait reçu une balle à la partie inférieure et externe de la cuisse (*Journal de physiologie*).

En 1860, Hamilton publia également dans les *Archives* une observation fort intéressante. Il s'agissait de divers troubles trophiques qui survinrent à la suite d'une blessure du nerf musculo-cutané.

En 1863, dans un remarquable travail, Barensprung signala deux cas de zona avec autopsie. Les ganglions spinaux correspondant aux lignes de zona étaient profondément altérés.

Prévot et Cotard publièrent en 1864 l'observation d'un fait analogue.

On trouvera d'ailleurs sur ce sujet des détails historiques et critiques dans l'excellente thèse de M. Mongeot (*Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux lésions des nerfs*, 1867) et dans le mémoire déjà indiqué du docteur Giorgio Marcacci.

Les troubles trophiques de la peau consécutifs aux lésions des nerfs périphériques peuvent être traumatiques ou spontanés. Pour les altérations cutanées d'origine traumatique, il importe de faire avec M. Charcot une distinction fondamentale, sans laquelle on ne peut expliquer les contradictions de faits en apparence analogues. Ces altérations sont, en effet, fort différentes suivant que la lésion nerveuse consiste dans une section nette et complète ou dans une déchirure, contusion ou plaie de nature à déterminer dans le cordon nerveux une irritation violente. Dans le premier cas, on observe simplement les phénomènes consécutifs à une absence d'innervation. Ce n'est que dans le second cas qu'apparaissent les véritables altérations trophiques de la peau, les seules qui doivent ici nous occuper.

Elles se manifestent sous diverses formes : érythèmes cutanés, atrophie des glandes et des poils, eczémas, zonas, éruptions pemphygoïdes. C'est peut-être la forme du zona que ces lésions cutanées affectent le plus habituellement. Dans certains cas, le rapport de cause à effet est tellement net qu'il est impossible d'élever le moindre doute : c'est ce qu'on verra, par exemple, dans une curieuse observation du docteur Paget (*Surgical Pathology*, t. I). Il s'agissait d'une fracture du radius avec compression du nerf médian. Des ulcérations de la peau du pouce, de l'index et du médius, des altérations des ongles, des poils, se manifestèrent à la suite du traumatisme et disparurent aussitôt que la compression et l'irritation du nerf médian cessèrent par la coaptation des fragments.

Les relations chirurgicales dont la dernière guerre d'Amérique a été l'occasion fournissent à ce sujet plusieurs faits d'un grand intérêt (analyse dans les *Archives*, 1865).

On peut rapprocher de ces lésions cutanées consécutives au traumatisme des nerfs périphériques celles que plusieurs auteurs ont signalées à la suite d'irritations déterminées par l'application des courants électriques. Mais nous remarquons que, dans les cas publiés par Gerhardt et Benedickt, ces altérations survenaient dans des régions trop voisines du point d'application des rhéophores pour que l'on pût éloigner l'idée d'une irritation toute locale.

Le rapport étroit qui existe entre certaines dermatoses et les lésions spontanées des nerfs correspondants est aujourd'hui parfaitement établi. C'est surtout dans des cas de zona que ces lésions ont été le mieux observées. Rappelons ici l'observation célèbre de Bärensprung (de Berlin). Un herpès zoster se développa sans cause connue chez un enfant d'un an. L'éruption s'étendait de la septième à la neuvième côte. A l'autopsie, on trouva les septième et huitième nerfs intercostaux fortement hyperhémiés; leur névrilème parcouru par des capillaires tortueux et abondants. Le septième nerf intercostal avait doublé de volume. La rougeur se prolongeait dans une longueur de 3 centimètres sur la branche antérieure. Les ganglions correspondant aux nerfs malades étaient adhérents au canal intervertébral. Au microscope, ces ganglions présentaient une prolifération considérable de noyaux embryoplastiques et une infiltration pigmentaire abondante. Dans les points où la prolifération conjonctive du névrilème était le plus accusée, les tubes nerveux comprimés étaient variqueux et même interrompus dans leur continuité.

Chez une femme atteinte d'un cancer de la mamelle (observation de Charcot, 1865), un zona survint sur le côté droit du cou et envahit la nuque et la région sus-claviculaire. A l'autopsie, des lésions analogues à celles que nous venons d'indiquer occupaient les ganglions spinaux et les troncs nerveux correspondant à la distribution des groupes herpétiques.

J'ai eu occasion de voir dernièrement deux malades atteints de zona ophthalmique. Chez l'un d'eux, le zona avait été accompagné d'une kératite interstitielle qui avait amené une opacité définitive de la cornée. Chez l'autre, l'œil avait été très-malade; mais on avait obtenu la guérison. Chez tous deux les douleurs avaient été atroces et persistaient, bien qu'atténuées, après dix mois chez l'un et plus de douze ans chez l'autre.

Les deux malades, dont le front et la tempe étaient sillonnés de cicatrices, présentaient au niveau du trou sus-orbitaire une tuméfaction très-douloureuse, au niveau de laquelle la moindre pression réveillait des élancements insupportables, et qui m'a paru correspondre à une névrite de la branche sus-orbitaire à sa sortie du frontal...

Leudet (de Rouen) a observé des troubles trophiques cutanés fort remarquables chez des individus soumis aux vapeurs du charbon. Chez un homme qui s'était suicidé par ces vapeurs, des douleurs sciatiques violentes coïncidaient avec de larges plaques rouges saillantes sur la peau de la cuisse. On trouva le nerf sciatique de ce côté augmenté d'un tiers de son volume, le névrilème fortement injecté et le nerf envahi par une névrite interstitielle proliférante.

M. Marcacci pense que le mal perforant du pied, dont la pathogénie reste jusqu'à présent fort obscure, doit être rapporté à des lésions nerveuses du même genre. Il signale, après MM. Morat et Duplay, une dégénérescence profonde des cordons nerveux dans cette maladie. Le contenu des tubes

nerveux est fragmenté, moniliforme; le cylindre-axe est souvent détruit; une abondante prolifération d'éléments conjonctifs, doublant et triplant le volume de la gaîne, démontre l'existence d'une névrite périphérique et interstitielle.

Lorsque les centres nerveux eux-mêmes sont intéressés, il n'est pas rare d'observer des altérations trophiques de la peau dans des points fort éloignés de la lésion nerveuse. Notons cependant que le rapport est moins constant que celui que nous avons signalé pour les lésions des nerfs périphériques, et que souvent les maladies de la moelle, et surtout celles de l'encéphale, évoluent sans s'accompagner de troubles trophiques cutanés. La dégénérescence des cordons postérieurs correspondant à l'ataxie de Duchenne est la maladie dans laquelle on rencontre le plus souvent ces troubles trophiques: lichen, eczéma, urticaire, vésicules de zona, pustules d'ecthyma, eschares, etc. M. Charcot a étudié avec soin ces lésions et montré le rapport qu'elles présentaient dans certains cas avec le trajet des douleurs fulgurantes. Dans les leçons professées à la Salpêtrière (1872), il insiste sur la description de ces eschares à développement rapide (décubitus aigu) qu'on observe dans les maladies de la moelle et de l'encéphale, et qu'il faut bien distinguer des eschares qui se produisent lentement à la suite d'excitations et de pressions prolongées chez les sujets paralysés.

Faut-il aller plus loin et se ranger à l'opinion des observateurs qui admettent qu'une dermatose peut se manifester sous la simple influence d'une violente émotion, et reconnaître ainsi l'existence d'*éruptions émotives?* Hebra, Neumann, Niemeyer, contestent tous les faits de ce genre, et particulièrement les observations si curieuses recueillies par Alibert (*Maladies de la peau*, 1806). On a invoqué, à l'appui de cette opinion, les lésions cutanées qu'on a souvent signalées chez les aliénés, sans tenir peut-être un compte suffisant des conditions spéciales de malpropreté, d'apathie profonde, habituelles chez ces malades.

En résumé, nous voyons qu'il est aujourd'hui parfaitement établi par la clinique et l'anatomie pathologique que les dermatoses sont, dans beaucoup de cas, étroitement liées à des lésions bien caractérisées des nerfs périphériques, des ganglions et des centres nerveux; ces lésions pouvant être traumatiques ou spontanées.

Mais on n'avait pas encore démontré la coïncidence des dermatoses avec des lésions du grand sympathique; et c'est un fait de ce genre que signale particulièrement à notre attention le mémoire déjà cité du docteur G. Marcacci.

L'observation a été recueillie par notre confrère, sur un homme de soixante-dix ans, conducteur de bestiaux, qui, à la suite d'un refroidissement, avait présenté un eczéma d'abord limité à la face, mais qui ne tarda pas à se généraliser. Le malade, trois mois après son entrée, au moment où l'eczéma était en pleine activité, fut enlevé par une pleuropneumonie.

L'autopsie démontra, outre les altérations bien connues des différentes couches de la peau, une lésion, jusqu'ici non observée, du ganglion cervical supérieur et du ganglion cœliaque. Cette lésion était d'ailleurs tout à fait analogue à celles que l'on a décrites dans les ganglions spinaux chez les malades atteints de zona : hyperhémie visible à l'œil nu; prolifération abondante de noyaux dans le tissu conjonctif; gonflement trouble des cellules nerveuses aplaties et déformées par la pression latérale des masses nucléaires; pigmentation rougeâtre des espaces intercellulaires. Toutes ces lésions microscopiques, minutieusement décrites, se rapportent bien évidemment à un processus inflammatoire. La moelle, les racines nerveuses et les ganglions spinaux paraissaient absolument sains.

L'auteur fait remarquer, avec raison, que son observation est la première dans laquelle cette altération du nerf sympathique dans une dermatose ait été signalée; que l'identité des lésions qu'il a rencontrées dans les ganglions sympathiques avec celles que les auteurs ont décrites dans les ganglions spinaux ne peut être mise en doute, et qu'il est dès lors rationnel d'attribuer au grand sympathique, dans certaines dermatoses, une influence analogue à celle qui a été revendiquée pour les nerfs périphériques, les centres nerveux et les ganglions spinaux.

En terminant le mémoire qu'il a consacré aux dermatoses d'origine nerveuse, mémoire dont cette dernière observation a été l'occasion, M. Marcacci cherche naturellement à s'expliquer la pathogénie de ces dermatoses, et invoque, à ce sujet, toutes les données qui peuvent être fournies par la physiologie.

Nous avons cité de nombreux exemples de dermatoses coïncidant avec des altérations des nerfs périphériques, de leurs racines et de leurs ganglions médullaires. Ces nerfs sont, en grande partie, des nerfs mixtes, contenant des fibres motrices, des fibres sensitives et des fibres sympathiques. Il semblerait, au premier abord, que les altérations trophiques sont placées sous la dépendance exclusive de ces dernières fibres, dont l'action vaso-motrice est un des faits les mieux démontrés de la physiologie expérimentale. M. Vulpian repousse cependant cette interprétation en se basant sur les résultats de ses expériences. Il n'a jamais vu, en effet, des éruptions se manifester chez les animaux auxquels on avait enlevé les ganglions ou les filets sympathiques. Si ces éruptions étaient commandées par le grand sympathique, elles devraient être précédées de la congestion qui succède à la paralysie vasomotrice, déterminée par la section des filets sympathiques, et c'est ce qui n'a pas lieu. Une irritation de ces mêmes filets n'est pas plus acceptable. Elle aurait, en effet, pour résultat le resserrement des capillaires et une anémie consécutive qui n'a jamais été signalée dans les phénomènes avant-coureurs des éruptions.

Quoi qu'il en soit de ces objections faites par un de nos physiologistes les plus éminents, il n'en paraît pas moins difficile de refuser à la paralysie ou à l'excitation des fibres sympathiques toute influence sur les dermatoses que nous avons étudiées. Quand on considère l'action des fibres sympathiques sur les sécrétions et sur les principaux phénomènes de la nutrition, on est porté à leur accorder une influence capitale sur la production de lésions qui se relient si étroitement à des troubles de sécrétion et de circulation.

On peut également admettre que l'irritation des fibres sensitives transmise jusqu'à leurs extrémités périphériques modifie la nutrition des éléments anatomiques auxquels elles se distribuent et y combat en quelque sorte l'influence trophique entretenue dans l'état normal par les fibres sympathiques; d'où une vulnérabilité plus grande des points de la peau correspondant à l'extrémité des nerfs sensitifs affectés (Marcacci).

Ces diverses hypothèses peuvent être défendues; mais l'explication, quelle qu'elle soit, n'infirme en aucune façon la relation désormais bien établie entre certaines dermatoses et les altérations spontanées ou traumatiques des nerfs qui se distribuent aux parties affectées.

Blachez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Exposé des résultats des grandes amputations pratiquées dans une période de douze ans, dans la deuxième division chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, par le docteur L. Duménil, chirurgien en chef.

Les efforts de la chirurgie actuelle pour perfectionner ses méthodes et élargir son horizon font à tous ceux qui ont un champ d'observation favorable un devoir d'apporter leur part à la réalisation du progrès. Ceux auxquels le temps ou les moyens de recherches manquent pour se livrer à l'étude complète d'un sujet déterminé, peuvent se rendre utiles en consignant les résultats de leur pratique journalière, surtout lorsque les faits qu'ils possèdent sont assez nombreux pour se contrôler réciproquement.

C'est dans cet esprit que je me suis décidé à livrer à la publicité les remarques suivantes, qui résument les points saillants de l'observation de 47 cas de grandes amputations pratiquées durant une période de douze ans, dans la deuxième division chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Un travail de cette nature a l'avantage de pouvoir utiliser un certain nombre de faits qui, tout en présentant de l'intérêt, n'ont pas assez de relief pour faire l'objet d'une communication spéciale.

La question des pansements sera mon objectif spécial; ce sera la base de ce travail auquel j'ajouterai cependant l'exposé de quelques faits qui peuvent avoir de la valeur à d'autres points de vue.

Quoique cette étude n'ait pas une importance aussi grande, en général, en province qu'à Paris, parce que les conditions hygiéniques y sont meilleures, nous sommes loin cependant d'être en situation de nous en désintéresser. L'état sanitaire des hôpitaux des grandes villes, des centres industriels importants surtout, se rapproche plus qu'on ne le croit généralement de celui des hôpitaux de Paris. Pour le démontrer, il me suffira de dire que dans l'espace de huit années j'ai pu compter 49 érysipèles développés dans mes salles, parmi lesquels il y a eu cinq décès, et en onze ans 17 cas d'infection purulente dont 5 à la suite de grandes amputations et 12 survenus dans d'autres circonstances.

Peu satisfait de ce que j'obtenais avec le vieux pansement classique, je me suis attaché, sans parti pris, dès le début de ma pratique comme chef d'un service chirurgical, à mettre à profit les nouvelles méthodes qui apparaissaient sous le patronage d'une idée scientifique et d'un nom connu. L'exposé des résultats des divers modes de pansement employés à la suite d'opérations importantes dans un même milieu, pendant une période de douze ans, aura, je l'espère, une certaine valeur.

J'ai commencé l'application du pansement A. Guérin aux grandes opérations en 1871, mais il ne fut pas mis en pratique exclusivement dans les premiers temps. Ce n'est que depuis deux ans que j'ai généralisé dans mon service l'emploi de la méthode antiseptique, soit sous la forme du pansement ouaté, soit sous celle du pansement de Lister. Depuis que toutes les plaies importantes sont traitées ainsi, je n'ai observé que quatre érysipèles d'une insignifiance remarquable, et je n'ai eu qu'un cas d'infection purulente; encore verra-t-on, lorsque je relaterai ce fait, qu'il ne doit nullement compter au passif de la méthode. J'emploie le pansement de Lister à la plus grande partie des plaies suppurantes ou récentes, et il m'est impossible de souscrire à l'opinion qui le considère comme une cause fréquente d'érysipèle.

Mais ce n'est pas sur ces résultats généraux que je veux m'arrêter; je prendrai pour critérium, ainsi qu'on le fait le plus ordinairement, les amputations, comme étant de toutes les opérations celles dont les conditions sont le plus facilement comparables et celles qui, étant le plus accessibles aux complications, constituent la meilleure pierre de touche de la valeur d'une méthode de traitement.

Pour rendre les résultats aussi comparables que possible, les amputations seront groupées par régions, et je joindrai à ce travail des tableaux où seront indiquées les principales conditions dans lesquelles l'opération a été faite.

Amputations de la cuisse.

Douze amputations de la cuisse ont été pratiquées, une pour une gangrène consécutive à une fracture de la jambe, une pour une ostéite épiphysaire du tibia, dix pour des affections chroniques. Le plus âgé des malades avait soixante-quatre ans. Je ne comprends pas dans cette liste une amputation pratiquée sur un enfant dont le membre inférieur avait été broyé par un wagon et qui, apporté exsangue et en délire, succomba immédiatement après l'opération. La mort doit être considérée ici comme le résultat de l'accident.

Ces douze amputés ont donné trois décès. Je n'ai pas compté au nombre des morts le cas d'une femme amputée pour une arthrite suppurée du genou, qui a succombé aux lésions de l'alcoolisme chronique compliquées de tuberculisation pulmonaire, après la cicatrisation complète du moignon. La mortalité a donc été de 25 pour 100; dans deux de ces trois cas la mort eut lieu par infection purulente; dans le troisième il y eut une suppuration diffuse, l'autopsie ne put être faite.

Deux malades furent traités par l'aspiration continue, d'après le procédé de Maisonneuve. Chez l'un je fis la suture métallique avec drainage, il y eut réunion primitive et la malade sortit complétement guérie. Chez l'autre, où le rapprochement des lambeaux ne fut opéré qu'au moyen de bandelettes agglutinatives avec drainage, il y eut de l'infection purulente. La malade morte avec des tubercules pulmonaires après cicatrisation du moignon avait été traitée par le pansement au cérat avec bandelettes agglutinatives et drainage.

Le pansement A. Guérin fut employé dans 8 cas, mais il convient d'en éliminer 2 où le pansement a été défectueux ou supprimé trop tôt. Chez l'un de ces malades, l'amputation étant faite à la partie supérieure de la cuisse, l'application du bandage avait été difficile et arrêtée trop bas sur le tronc; il en était résulté un écartement des tours de bande et pénétration de l'air. Il y eut de l'ostéomyélite avec septicémie aiguë, l'appareil ouaté fut enlevé au bout de huit jours et remplacé par des pansements alcoolisés. Le malade guérit.

Chez l'autre malade, opéré pour un kyste hydatique de l'extrémité supérieure du tibia, la suture métallique des lambeaux avait été pratiquée avec drainage; lorsque j'enlevai le pansement ouaté au bout de huit jours, la réunion était parfaite et les choses étaient en si bon état que je crus pouvoir me dispenser de le réappliquer. Je fis des pansements alcoolisés; le malade fut pris d'infection purulente et mourut. La réunion persista jusqu'à la fin. Ce cas, loin d'être au passif du pansement ouaté, me paraît au contraire prouver en sa faveur, puisque tout va à merveille sous ce pansement, et que les accidents n'éclatent que lorsqu'on vient à l'enlever.

Les six autres malades, chez lesquels le pansement ouaté fut appliqué convenablement et maintenu un temps suffisant, guérirent sans complications sérieuses, et les trois derniers avec réunion primitive. Dans ces trois cas le pansement ne fut renouvelé qu'une fois, le premier resta en place de quatorze à dix-neuf jours, le deuxième de dix à dix-neuf jours.

Voici le tableau de ces douze amputations.

Amputations de la cuisse.

X... (1868), quarante-cinq ans. Gangrène de la jambe consécutive à une fracture remontant à quinze jours. Opéré le 7 octobre. Amputation au tiers inférieur; deux lambeaux. Réunion des trois quarts par suture métallique; drainage; aspiration continue. — Réunion immédiate. Température maxima, 39 degrés. Le septième jour, température, 37°,8. Sort complétement guéri deux mois après l'opération.

Farin (1868), trente-deux ans. Tumeur blanche du genou. Opérée le 8 avril. Amputation au tiers inférieur; deux lambeaux. Rapprochement avec bandelettes agglutinatives; drainage; aspiration continue. — Mort par infection purulente.

G..., trente-quatre ans. Arthrite suppurée du genou. Opérée le 27 février. Amputation au tiers moyen; deux lambeaux. Rapprochement avec bandelettes agglutinatives; pansement au cérat; mèche à l'angle interne. — Cicatrisation complète du moignon. Alcoolisme, développement de tubercules pulmonaires dans le cours du traitement, escharres au sacrum. Mort.

Bataille (1869), soixante-quatre ans. Arthrite suppurée du genou dans le cours d'une fracture compliquée de la cuisse. Opéré le 23 avril. Amputation au tiers moyen; méthode circulaire. Pansements alcoolisés. — Suppuration diffuse. Mort; autopsie impossible.

Vallée (1873), trente-huit ans. Arthrite suppurée du genou. Amputé le 23 août. Amputation au tiers moyen; méthode circulaire. Pansement ouaté défectueux, enlevé le septième jour, remplacé par le pansement alcoolique. — Ostéo-myélite; septicémie aiguë. Température maxima, 40°,6. Guérison.

Muller (1874), vingt-cinq ans. Ostéo-sarcome ulcéré du tibia. Amputé le 5 décembre. Amputation au tiers inférieur; méthode circulaire. Pansement ouaté sans réunion. — Guérison sans complication. Température maxima, 38°,6. Sort en avril 1875.

Delarue (1874), cinquante ans. Ostéite du fémur, arthrite du genou ayant détruit l'articulation. Amputé le 28 novembre. Amputation au tiers supérieur; méthode circulaire. Pansement ouaté sans réunion; deux pansements : le premier maintenu trois semaines, le deuxième quinze jours. — Guérison sans complication autre qu'un petit abcès à l'extrémité du moignon, six semaines après l'opération. Température maxima, 38°,8.

Letellier (1876), trente-neuf ans. Kyste hydatique de l'extrémité supérieure du tibia. Amputé le 7 mars. Amputation au tiers inférieur; méthode circulaire. Réunion par suture métallique; drainage; pansement ouaté pendant huit jours seulement; pansement alcoolisé ensuite. — Réunion primitive; infection purulente après la suppression du pansement ouaté.

Pigache (1876), trente-deux ans. Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Amputée le 11 avril. Amputation à la partie moyenne; deux lambeaux. Réunion par suture métallique, avec drainage; pansement ouaté, renouvelé une seule fois. — Réunion primitive. Une grossesse depuis l'opération. Pas de récidive fin de janvier 1879. Température maxima, 38°,9.

Paget-Blanc (1876), vingt-quatre ans. Arthrite suppurée du genou. Amputé le 17 juillet. Amputation à la partie moyenne; méthode circulaire. Pansement ouaté sans réunion. — Cicatrisation retardée par l'élimination d'une rondelle de l'extrémité de l'os. Guérison avec un excellent moignon. Sort le 5 février 1877.

X... (1877), seize ans. Arthrite suppurée du genou, suite d'ostéite épiphysaire de l'extrémité supérieure du tibia. Amputé le 11 juillet. Amputation au tiers inférieur; deux lambeaux, malgré un foyer purulent dans le lambeau antérieur, et un trajet fistuleux remontant jusqu'à la base de ce lambeau. Réunion par suture métallique, avec drainage; pansement ouaté, renouvelé une seule fois. — Réunion immédiate.

Baudouin (1878), seize ans. Arthrite suppurée du genou, suite d'ostéite épiphysaire de l'extrémité supérieure du tibia. Amputation au tiers moyen; deux lambeaux. Réunion par suture métallique, avec drainage; pansement ouaté, renouvelé une seule fois. — Réunion immédiate.

AMPUTATIONS DE LA JAMBE.

Ces amputations sont au nombre de 15, dont 7 au lieu d'élection, 8 au quart inférieur. Dans les premières, il y eut deux décès; une amputation immédiate pour fracture compliquée chez un homme de soixante-neuf ans, suivie du pansement ordinaire, s'est terminée par la mort le vingt-sixième jour. Il y eut des accidents graves immédiats et une suppuration diffuse suivie d'arthrite purulente du genou. Les six autres amputations pour lésions pathologiques ont donné un décès par infection purulente; mais il y avait une tuberculisation pulmonaire à l'état de cavernes qui n'avait pas été reconnue, malgré un examen attentif du thorax avant l'opération. La réunion immédiate avait été tentée, et le pansement avait consisté en applications de compresses réfrigérantes. Dans les cinq cas qui ont guéri, l'un a été traité par l'aspiration continue : il y eut réunion immédiate partielle avec un très-bon résultat; l'un a été pansé au cérat et a guéri sans accidents; trois ont été traités par le pansement ouaté et ont guéri sans complication.

Les huit amputations pratiquées au quart inférieur ont fourni trois décès. Deux malades ont été amputés pour des accidents traumatiques graves. L'un est mort d'infection purulente le douzième jour. Il avait été pansé au cérat, tout allait bien, lorsqu'un malade atteint de phlegmon diffus fut placé dans le lit voisin; il fut pris immédiatement de frissons. L'autre, pansé par la ouate avec réunion du lambeau au moyen de la suture avec des fils de soie, eut le deuxième jour des accidents dus à un rétrécissement aortique. Il y eut un sphacèle partiel du lambeau qui m'engagea à remplacer le pansement ouaté par celui de Lister le sixième jour. La plaie était en très-bon état lorsque, le dix-septième jour, le malade mourut inopinément. L'autopsie ne put être faite. Cette observation sera rapportée en détail plus loin, à un autre point de vue que celui du mode de pansement.

Dans les six autres amputations, pratiquées pour des cas pathologiques, je mentionnerai en premier lieu un cas dans lequel le pansement ordinaire au cérat avait amené une cicatrisation presque complète après des accidents de suppuration diffuse grave et un érysipèle; une angioleucite provoqua une arthrite purulente du genou qui me conduisit à amputer la cuisse. Le malade succomba, et je trouvai à l'autopsie une tuberculisation pulmonaire qui avait dû suivre une marche aiguë. Je n'ai pas porté ce cas sur le tableau des amputations de la cuisse, parce qu'il est évident que les accidents chirurgicaux qui ont conduit à une seconde opération dérivaient de la première, et que d'ailleurs je ne pouvais faire deux décès avec le même sujet. Les détails de l'observation me donnent tout lieu de croire que le développement des tubercules n'avait précédé que de peu de temps l'amputation de la cuisse. Le commencement de la toux n'est, en effet, noté que quinze jours avant. Je reviendrai plus loin sur ce fait, à propos de la genèse de la suppuration du genou.

Dans un cas, la suture métallique, suivie du pansement à l'alcool, donna une réunion primitive et un résultat remarquablement beau, quoique le malade fût évidemment sous l'influence de la diathèse tuberculeuse. Cette observation sera rapportée dans un instant.

Une malade, qui est encore dans les salles en attendant un appareil, a été pansée avec la ouate pendant neuf jours, puis avec la tarlatane phéniquée. Le moignon est bien matelassé de chairs, indolent, et la cicatrice est à la partie antérieure.

Trois amputés ont été soumis exclusivement au pansement ouaté et ont guéri dans d'excellentes conditions.

Voici donc, parmi les amputations de jambe, sept cas d'application du pansement ouaté avec succès complet; quant à celui où le sphacèle s'est emparé du lambeau, on ne saurait mettre cet accident sur le compte du pansement. Les troubles survenus le deuxième jour dans la circulation, le genre de mort du malade indiquent suffisamment qu'il y a eu autre chose.

Amputations de la jambe.

Devé (1867), soixante-trois ans. Ostéite du pied. Amputation au tiers supérieur; méthode circulaire. Rapprochement avec bandelettes agglutinatives, sans drainage; aspiration continue. — Réunion primitive d'une grande partie de la plaie. Guérison.

Magne (1867), vingt-sept ans. Arthrite fongueuse du pied. Amputation au tiers supérieur; lambeau externe. Réunion par suture entortillée; compresses froides. — Secousses du moignon; infection purulente; tuberculisation du poumon gauche. Mort onze jours après l'amputation.

Varlet (1867), vingt-huit ans. Arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne. Amputation au quart inférieur; lambeau postérieur. Rapprochement avec bandelettes agglutinatives; pansement au cérat. — Suppuration diffuse; cicatrisation presque complète quatre mois après l'opération; lymphangite; arthrite suppurée du genou; amputation de cuisse. Mort. Tubercules pulmonaires consécutifs à la première opération.

Taupet (1869), soixante-neuf ans. Fracture compliquée de la jambe. Amputation immédiate, pratiquée au tiers supérieur; lambeau externe. Pansement au cérat. — Tremblement nerveux; délire la première nuit; sphacèle du lambeau le cinquième jour; suppuration diffuse; arthrite purulente du genou. Mort le vingt-sixième jour.

Baudribos (1868), vingt-trois ans. Arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne; poussée tuberculeuse antérieure. Amputation au quart inférieur; procédé de Guyon. Suture métallique; pansement alcoolisé. — Réunion primitive; très-beau moignon. Peut reprendre son métier de tisserand, avec un appareil Beaufort. Mort par tuberculisation pulmonaire quatre ans après l'opération.

X... (1871), vingt-deux ans. Ostéite des os du pied. Tentative infructueuse de résection. Amputation au tiers supérieur; méthode circulaire. Pansement ouaté sans réunion immédiate. — Guérison avec un très-beau moignon.

X... (1873), cinquante-trois ans. Vaste ulcère de la jambe avec récidives fréquentes; hyperostose du tibia. Amputation au tiers supérieur; méthode circulaire. Pansement ouaté, sans réunion immédiate.—Guérison sans complication autre qu'un petit abcès dû au séjour d'un fil de ligature.

X... (1874), opéré par M. Delabost, trente ans. Ecrasement du pied. Amputé trois heures après l'accident. Amputation au quart inférieur; méthode circulaire. Pansement au cérat. — Suites immédiates bonnes. Frissons immédiatement après l'arrivée dans le lit voisin d'un malade atteint de phlegmon diffus, infection purulente. Mort.

X... (1874), opéré par M. Delabost, trente ans. Arthrite fongueuse du pied. Amputation au tiers supérieur; méthode circulaire. Pansement au cérat. — Guérison.

Lemaître (1875), trente ans. Nécrose du calcanéum, suite de chute; arthrite tibio-tarsienne. Amputation au quart inférieur; procédé de Guyon; lambeau taillé dans des tissus infiltrés. Pansement ouaté sans réunion immédiate. — Guérison lente, mais sans accidents. L'appareil Beaufort lui permet de s'occuper fructueusement à la campagne; il peut faire 4 ou 6 kilomètres sans fatigue.

X... (1876), seize ans. Ulcère de la jambe avec plusieurs récidives; hyperostose du tibia; lymphatisme. Amputation au tiers supérieur; lambeau externe. Pansement ouaté sans réunion immédiate. — Guérison lente, mais sans complications.

Sinoquet (1877), soixante ans. Arthrite suppurée de l'articulation tibio-tarsienne; délabrement profond de la santé générale; périostite suppurée du thorax. Amputation au quart inférieur; procédé de Guyon; lambeau comprenant un trajet fistuleux. Suture métallique; pansement ouaté. — Réunion primitive au milieu du moignon; fusée purulente; élimination de 2 centimètres du tendon du jambier antérieur; périostite du péroné. Cicatrisation de la plaie d'amputation avec un très-beau moignon, mais persistance sur le péroné d'un trajet fistuleux aujourd'hui complétement cicatrisé.

Reix (1877), vingt-trois ans. Ostéite fongueuse du calcanéum. Amputation au quart inférieur; procédé de Guyon. Suture métallique de la moitié du lambeau; drainage; pansement ouaté. —Réunion primitive. Guérison avec un très-beau moignon.

Cartier (1878), vingt-huit ans. Ostéo-arthrite suppurée du pied. Amputation au quart inférieur; procédé de Guyon; lambeau taillé dans des tissus infiltrés. Rapprochement du lambeau avec bandelettes collodionnées; pansement ouaté maintenu neuf jours, remplacé par le pansement de Lister. — Guérison sans complications; excellent moignon.

Dévarieux (1878), cinquante-quatre ans. Écrasement du pied par une locomotive. Amputé six heures après l'accident. Amputation au quart inférieur; procédé de Guyon. Suture avec fils de soie; pansement ouaté maintenu six jours, remplacé par le pansement de Lister. — Accidents cardiaques le deuxième jour; rétrécissement aortique; sphacèle partiel du lambeau; élimination et bourgeonnement sans accidents jusqu'au dix-septième jour. Mort rapide de cause inconnue. Autopsie impossible.

DÉSARTICULATION TIBIO-TARSIENNE.

Quatre désarticulations tibio-tarsiennes ont été pratiquées pour des lésions pathologiques. Dans un cas seulement, je fis le pansement ouaté après réunion par la suture métallique; j'obtins la réunion primitive, et le cas doit être rangé parmi les succès opératoires; mais l'ostéite récidiva sur l'extrémité du moignon, et le malade revint plusieurs fois dans le service pour des ulcérations de la cicatrice. J'ai fini par la perdre de vue, après lui avoir proposé l'amputation à la partie supérieure de la jambe.

Une autre malade, opérée pour une ostéite progressive du pied, fut traitée par l'aspiration continue; elle guérit après une longue suppuration et la répétition d'abcès sur le trajet des gaînes tendineuses. Elle entra à l'Hospice Général, où elle mourut, plusieurs années plus tard, de tuberculisation pulmonaire.

Chez un jeune homme de seize ans, opéré pour une ostéite du pied, je fis la suture métallique avec le pansement alcoolisé. J'obtins la réunion primitive, et la guérison ne fut entravée que par deux petits abcès au niveau des malléoles. Le malade marcha facilement au moyen d'une simple bottine; un peu plus tard, une lettre du maire de son pays m'annonçait que la guérison se maintenait et que la marche continuait à être facile.

Ces trois malades ont été opérés par le procédé de J. Roux. Le quatrième est un homme opéré des deux côtés par le procédé à lambeau ostéoplastique du professeur Le Fort. Voici cette observation en détail :

Obs. I. — Le nommé Lambert, âgé de vingt-sept ans, domestique de ferme, habitant Lillebonne, entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen, le 24 novembre 1875, pour une gangrène partielle des deux pieds. Il a eu, à l'armée du Havre, dans l'hiver 1870-1871, une congélation des extrémités inférieures qui n'avait pas produit de sphacèle, mais avait laissé dans les pieds une sensation permanente de froid et un degré de flexion des orteils tel que leur face dorsale portait sur le sol dans la marche.

Il se livre fréquemment à des excès alcooliques et son état général paraît des plus misérables. Les deux avant-pieds sont le siége d'une gangrène affectant une disposition à peu près symétrique des deux côtés. Elle comprend tous les orteils et s'étend jusqu'à la ligne tarso-métatarsienne. Dans tout cet espace elle est complète; plus en arrière, à la face dorsale, on trouve des plaques grisâtres, isolées, produites par un sphacèle superficiel de la peau. Du côté gauche, les orteils sont complétement détachés. La gangrène a débuté quinze jours avant l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu.

On ne trouve rien d'anormal du côté du cœur. Les pulsations artérielles sont perçues aux membres inférieurs jusque sur les artères tibiales postérieures. Rien du côté des viscères abdominaux, pas de diabète.

J'attendis l'élimination spontanée des parties sphacélées, et je mis ce temps à profit pour refaire la constitution délabrée du malade. Je lui prescrivis du rhum, de la limonade vineuse et de la morphine pour calmer les douleurs qui causaient de l'insomnie. Les pansements furent faits avec de l'eau chloralée.

Du 28 novembre au 13 décembre une diarrhée tenace força à renoncer aux moyens stimulants; elle finit par céder à l'emploi du diascordium, des lavements laudanisés et de l'eau albumineuse, et l'état général devint plus satisfaisant. Quelques légers accès fébriles éphémères apparurent encore; un petit abcès sous-cutané se développa au talon droit, mais il guérit rapidement. L'élimination des parties sphacélées se fit sans entraves sérieuses; les plaies qui lui succédèrent présentèrent un bon aspect, et la cicatrisation se fit autant qu'elle pouvait se faire; mais la cicatrice était tendue sur les extrémités osseuses, elle s'ulcérait facilement, et d'ailleurs elle ne put se compléter à la partie moyenne des moignons.

Je me décidai à intervenir par une amputation. Il n'y avait pas assez de parties molles pour songer aux opérations de Lisfranc ou de Chopart, et je donnai la préférence au procédé employé avec

tant de succès par le professeur Le Fort dans un cas qui présente une grande analogie avec le mien.

La première opération fut faite sur le pied droit le 15 février : je suivis rigoureusement les règles tracées par M. Le Fort dans son édition de la *Médecine opératoire* de Malgaigne; mais j'eus de la peine à obtenir une section parfaitement horizontale du calcanéum; je dus m'y reprendre à plusieurs fois; j'éprouvai aussi quelque difficulté à amener le calcanéum dans un contact parfait avec les os de la jambe; il resta légèrement en arrière. Les lambeaux furent maintenus rapprochés au moyen de bandelettes collodionnées, et un drain fut placé dans l'angle inférieur de la plaie. Des compresses imbibées d'eau froide constituèrent tout le pansement. Les suites immédiates de l'opération furent assez simples; il ne se produisit dans l'état général aucun accident qui mérite d'être noté.

Le 19 février, il se développa un peu de sphacèle sur le lambeau supérieur. Le 23, je dus faire une petite incision au côté interne pour remédier à la stagnation du pus. Le 29, toute la plaie était granuleuse, et il n'existait plus guère qu'une suppuration de surface. Plusieurs petits abcès se formèrent consécutivement au côté interne du moignon, des accès fébriles passagers accompagnèrent le développement de ces collections, dues évidemment à un point d'ostéite qui aboutit à l'élimination d'un séquestre du volume d'une lentille. La présence de ce séquestre entretint un trajet fistuleux qui ne se cicatrisa complétement qu'à la fin du mois d'octobre.

L'amputation fut pratiquée sur le pied gauche, par le même procédé, le 12 juin. Dans cette seconde opération, au lieu d'enlever l'avant-pied et l'astragale isolément, comme dans la première, j'ai, ainsi que M. Le Fort le conseille et le pratique maintenant, désarticulé le pied; puis, celui-ci rabattu en bas et en arrière, pratiqué d'emblée la résection du calcanéum, emportant ainsi d'un seul coup l'astragale doublé de la surface articulaire calcanéenne et l'avant-pied. Cette manière d'opérer m'a paru beaucoup plus facile et m'a donné un meilleur résultat. Je n'ai eu alors aucune peine à ramener et à maintenir le calcanéum dans un rapport parfait avec les os de la jambe.

Le lambeau antérieur s'est sphacélé dans une étendue de 15 millimètres à la partie externe, ce qui a laissé à nu la grosse apophyse du calcanéum; mais l'os a bourgeonné, une cicatrice solide l'a recouvert, et, comme ce point n'a à supporter aucun effort ni aucun tiraillement, il n'en est pas résulté d'entrave à la marche. Les suites de cette seconde opération ont été très-simples; à la fin de septembre la cicatrisation était complète.

Je fis faire au malade une paire de bottines pilon, et au bout de quelques semaines de leur usage il était en état de se promener dans l'hôpital, montant et descendant les escaliers sans la moindre difficulté et ne se plaignant nullement de souffrir de ses moignons. Il arrivait même aisément à se passer de canne; la marche n'était que rendue un peu disgracieuse par un balancement latéral de la partie supérieure du corps. Il quitta l'hôpital le 9 janvier 1877, après avoir fait la veille une sortie dans la ville, où la marche sur le pavé ne lui offrit aucune difficulté.

Un honorable confrère de Lillebonne m'écrivait, il y a un mois, que l'opéré s'était replacé comme domestique dans la ferme où il était avant son accident, qu'il marchait bien, qu'il n'y avait jamais eu d'inflammation, et que cet homme pouvait vaquer à ses affaires lorsqu'il était bien chaussé. Cette lettre est datée du 21 septembre dernier, par conséquent deux ans après la guérison du malade.

Désarticulations tibio-tarsiennes.

Herval (1867), cinquante-trois ans. Ostéite progressive des os du pied. Procédé de Jules Roux. Rapprochement du lambeau avec bandelettes agglutinatives; aspiration pneumatique. — Suppuration longue et abcès répétés sur le trajet des gaînes tendineuses. Persistance pendant dix mois d'un trajet fistuleux qui finit par guérir. Mort plusieurs années plus tard de tuberculisation pulmonaire.

Binet (1874), cinquante-sept ans. Ostéite des os du pied; constitution chétive. Procédé de Jules Roux. Suture métallique des trois quarts du lambeau; pansement ouaté maintenu trois semaines, remplacé par le pansement alcoolisé. — Réunion primitive de toute la partie suturée. Six semaines après l'opération, cicatrisation assez complète pour qu'on permette à la malade de marcher. Ulcérations consécutives de la cicatrice qui ramènent la malade plusieurs fois à l'hôpital. Perdue de vue.

Gautier (1875), seize ans. Ostéite du pied. Procédé de Jules Roux; quelques ulcérations laissées dans le lambeau. Suture métallique des deux tiers du lambeau, remplacée au bout de quelques jours par des bandelettes collodionnées; pansement alcoolisé. — Réunion primitive des parties suturées. Deux petits abcès au niveau des malléoles. Guérison complète; marche facile avec une simple bottine.

Lambert (1876), vingt-sept ans. Gangrène des deux avant-pieds par congélation; santé délabrée. Double désarticulation par le procédé à lambeau ostéoplastique du professeur Le Fort. Rapprochement du lambeau avec bandelettes collodionnées; compresses froides. — Guérison parfaite avec de bons moignons et marche facile au moyen de bottines en pied de cheval.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Réflexions sur la communication faite par M. de Lesseps, concernant la contagion de la peste, par M. *Bouillaud*. — « La doctrine que soutient M. de Lesseps, savoir que la peste ne se contracte pas par le contact des personnes ou des objets regardés comme suspects, est celle que Chervin, en ce qui concerne la fièvre jaune, parvint, après des travaux d'une persévérance héroïque, à faire triompher. Alors le système des quarantaines fut, pour un certain temps, supprimé. Cette doctrine est-elle vraie? Aujourd'hui, généralement, c'est l'opinion opposée qui triomphe, et les quarantaines sont rétablies depuis déjà bien des années.

» J'ai, pour ma part, étudié la question de la contagion en ce qui concerne le choléra de Paris, où il fit sa première apparition pendant les années 1831-1832, et avec lequel je me suis trouvé en présence, à différentes reprises. Il est certain que, dans l'épidémie qui a eu lieu à Paris, en 1831-1832, je n'ai pas trouvé de faits qui m'aient convaincu que la maladie s'était *communiquée par voie de contact* proprement dit. A cette époque-là, il s'était formé dans Paris des commissions assez multipliées dans lesquelles on soutenait la contagion : elles échouèrent et ne tardèrent pas à se dissoudre.

» Depuis cette époque, dans les nombreuses épidémies nouvelles de choléra qui ont été observées, l'opinion de la contagion de cette maladie a triomphé, et aujourd'hui elle compte en sa faveur une imposante majorité. Je laisse, pour le moment, cette question en réserve, car il serait trop long de la discuter à fond. Mais je dois rappeler que, dans ces derniers temps, les mémorables recherches de M. Pasteur sur les organismes inférieurs, en tant que considérés comme agents de contagion, ont vraiment changé la face des choses, en matière de ce mode de transmission de certaines maladies....

» Le système de la contagion, non-seulement à l'égard de la peste, mais aussi à l'égard de la fièvre jaune ou typhus américain, du typhus d'Europe et du choléra, est celui qui triomphe aujourd'hui, et voilà pourquoi Marseille s'apprête à se préserver de la peste, qui vient, à ce qu'on assure, de faire une nouvelle apparition dans des contrées lointaines. Quoi qu'il en soit de l'importation de ce fléau et de ses semblables, leur *contagion dans les foyers qui les engendrent, sous la forme épidémique*, ne saurait être sérieusement contestée.

» Ce qu'il importe surtout aujourd'hui d'étudier par tous les moyens de précision possibles, c'est le *principe*, l'*agent*, le *contagium* qui les engendre. Ce n'est pas assez, en effet, que de savoir d'où provient le fléau, il faut encore savoir ce qui le produit dans les lieux de sa provenance. La peste est *endémique* dans la Basse-Egypte; la fièvre jaune est *endé-*

mique en certains lieux de l'Amérique; le typhus européen est en quelque sorte *endémique* dans tous les lieux encombrés et infectés de matières putrides (typhus des camps, des hôpitaux, des navires, etc.). Mais, dans ces diverses circonstances, quel est, pour chacun de ces fléaux, le *principe spécifique*, le *miasme*, le *vibrion* qui leur donne naissance? Tel est le grand problème sur lequel nous ne possédons encore que les données les plus insuffisantes.

» Cela posé, je ne saurais, pour ma part, désapprouver l'envoi de médecins dans les contrées où l'on dit que la peste sévit aujourd'hui, ni les précautions qui, dans de justes mesures, seraient prises pour préserver de ce fléau les autres contrées du monde, et notre Europe en particulier. C'est bien le cas de rapporter ici ce proverbe un peu vulgaire : *La prudence est la mère de la sûreté.* »

— M. *de Lesseps* présente à l'Académie, comme il l'avait annoncé dans la séance précédente, la série des rapports qu'il a adressés d'Alexandrie au ministère des affaires étrangères pendant la grande épidémie de peste qui a sévi en Égypte dans les années 1834 et 1835.

« A cette époque, dit M. de Lesseps, cette maladie n'avait point paru pendant dix ans, et depuis lors elle ne s'est montrée dans aucune province de l'Égypte ni dans aucun des lazarets de la côte de la Méditerranée ou de la mer Rouge.

» On pourra remarquer dans mes rapports que, devant suivre l'opinion commune sur la contagion, en ma qualité de président de la Commission sanitaire, je fis d'abord entourer Alexandrie d'un cordon de troupes, pour empêcher toute communication avec l'intérieur du pays. Sur la nouvelle de l'établissement de ce cordon, quatre cents familles quittèrent la ville sans communiquer l'épidémie dans les endroits où elles se sont arrêtées.

» Mais plus tard, lorsque la peste commença à sévir au Caire, le cordon sanitaire fut supprimé, et dès lors l'épidémie commença à diminuer à Alexandrie, lorsqu'elle sévissait cruellement au Caire.

» La section de médecine de l'Académie pourra peut-être profiter de mes observations et de celles qui ont fait l'objet d'une publication du docteur Clot-Bey, pour examiner cette question fort intéressante et en tirer une conclusion qui pourra contribuer à diminuer les craintes que l'idée de la peste inspire aux populations et démontrer l'inutilité des précautions nuisibles. »

(Ces documents seront transmis à la section de médecine et chirurgie, à laquelle MM. Pasteur, Bouley, Larrey sont priés de s'adjoindre.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le préfet de la Seine adresse une lettro par laquelle il demande l'avis do l'Académie sur la formation d'une commission composée de médecins traitants, de membres du conseil municipal et de délégués de diverses administrations, dans le but d'augmenter la valeur des documents recueillis dans le bulletin mensuel de la statistique municipalo.

Cette lettro est renvoyée à une commission composée de MM. Fauvel, Bergeron, Broca, Delpech et Lagneau.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de MM. *Bochefontaine* et *Charles Richet*, qui se portent candidats dans la section d'anatomie et de physiologie. — 2° Un travail de M. le docteur *Cabasse*, intitulé : *De la propriété des eaux chlorurées sodiques de Bourbonne, comme révélatrice de la diathèse syphilitique latente ou ancienne.* (*Commission des eaux minérales.*) — 3° Un rapport manuscrit de M. le docteur *Pugibet*, médecin aide-major de première classe, sur la variole dans la garnison d'Alger et sur les vaccinations et revaccinations pratiquées sur le 83e régiment d'infanterie. — 4° Une lettre de M. le docteur *Peyraud* (de Libourne), accompagnant l'envoi de plusieurs travaux à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

BIBLIOTHÈQUE. — M. *le Secrétaire perpétuel* communique à l'Académie un extrait du rapport des bibliothécaires sur le service de la bibliothèque pendant l'année 1878. Il résulte de cet intéressant document, que l'Académie a reçu, dans le cours de l'année, 2619 ouvrages, volumes ou brochures, et que le nombre total d'imprimés enfermés dans la bibliothèque n'était pas moins de 96378, au 31 décembre 1878.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

La liste de présentation portait : En première ligne, M. Jungfleisch; en deuxième ligne, M. Gautier; en troisième ligne, M. G. Bouchardat; en quatrième ligne, M. Hardy. Le nombre des votants étant de 77, majorité 39, M. Gautier obtient 33 suffrages, M. Jungfleisch 26, M. Bouchardat 16.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, il est procédé à un second tour de scrutin. Sur 79 votants, majorité 40, M. Gautier obtient 47 suffrages, M. Jungfleisch 30, deux bulletins blancs. M. *Gautier* est proclamé élu.

LA PESTE EN ORIENT. — A l'occasion de la communication de M. Fauvel sur la peste, M. *Marey* se plaît à reconnaître la parfaite suffisance, on pourrait même dire l'excès des moyens défensifs mis en œuvre contre ce fléau; mais il voudrait savoir ce qu'on fait au point de vue de l'étude de cette maladie. On n'a pas encore appliqué à cette étude les données actuelles relatives au rôle important que jouent les organismes inférieurs dans la pathogénie de certaines affections. Ne serait-il pas possible d'instituer un plan d'études, une sorte de programme basés sur ces recherches elles-mêmes, et l'Académie ne serait-elle pas d'avis de nommer une commission à cet effet?

M. *Bouillaud* appuye fortement cette proposition, et dit qu'il ne faut pas perdre les occasions malheureuses qui s'offrent à nous d'étudier la peste. Il a déjà soutenu cette opinion que nous n'avions pas seulement à chercher les moyens préservatifs à opposer à ces maladies, mais que nous devions nous appliquer plus spécialement encore à en déterminer les origines. C'est surtout dans ce sens que devrait être institué un plan d'étude.

M. *Fauvel*, en réponse à M. Marey, dit qu'il ne connaît pas es instructions qui ont été données à la commission allemande; mais il fait observer qu'il a été donné à M. Zuber un certain nombre d'instructions dans le sens indiqué par M. Marey. Actuellement, ajoute M. Fauvel, nous ne connaissons qu'un seul moyen de neutraliser le principe morbifique de la peste, c'est le feu. M. Fauvel appuie, du reste, la proposition de M. Marey.

M. *Pasteur* annonce que, pour la première fois, il parlera d'une chose qu'il ne sait pas; mais, comme il croit aux germes, et qu'il présume que ces germes jouent un rôle dans la peste, comme dans bien d'autres maladies épidémiques, il émettra son opinion sur ce sujet.

M. Pasteur suppose qu'il soit chargé d'aller étudier la peste sur les lieux où elle se développe; la première chose qu'il ferait, serait d'essayer la culture du sang d'un pestiféré. Si, après plusieurs cultures successives de l'organisme infectieux que M. Pasteur suppose être la cause de la peste, cet organisme produit la peste, on sera sûr qu'il est bien réellement la cause de cette maladie. M. Pasteur entreprendrait ces recherches l'esprit dégagé de toute prévention. Mais comment agir ainsi sans danger?

Il croit fermement qu'on peut étudier la peste au sein même d'hôpitaux encombrés de pestiférés, en prenant les précautions suivantes. Comment ces organismes inférieurs, dont a parlé M. Pasteur, arrivent-ils dans l'économie? Par les muqueuses de l'œil, de la bouche, du nez, des oreilles ou des bronches; or, il suffirait de soustraire toutes ces muqueuses au contact de l'air par du coton, en appliquant sur la bouche un appareil spécial, laissant la respiration très-libre. Resterait l'alimentation; pour écarter tout danger de ce côté, M. Pasteur ferait recuire lui-même ses aliments, et ne boirait que des eaux minérales provenant de pays étrangers.

En réalité, ajoute M. Pasteur, l'infection est bien plus

difficile qu'on ne se l'imagine. Il étudie, en ce moment, dans son laboratoire, trois maladies particulièrement infectieuses : le charbon, la septicémie, et une maladie spéciale aux volailles, qu'on appelle le choléra des poules, et dont M. Pasteur possède maintenant l'organisme infectieux. Eh bien, il n'y a jamais eu d'accidents, dans ce laboratoire, ni sur les personnes, ni sur les animaux qui s'y trouvent. L'infection se fait donc bien plus difficilement qu'on ne le croit généralement, et rien n'est plus facile que de l'éviter quand on possède la véritable étiologie de ces maladies infectieuses.

M. *Rochard*, tout en accordant une grande importance aux recherches faites dans le sens indiqué par M. Pasteur, rappelle que rien n'a été fait encore pour la peste au point de vue clinique. On n'a pas encore idée de la marche de la température dans cette maladie, ni des résultats que donnerait l'analyse du sang et des différents liquides de l'économie. En un mot, ce qui a été fait pour la fièvre jaune ne l'a pas encore été pour la peste. Des recherches faites dans ce sens seraient évidemment des plus utiles et n'exigeraient pas l'appareil instrumental, ni les précautions excessives et d'ailleurs impossibles en pratique indiquées par M. Pasteur, pour les recherches de laboratoire. Il n'est pas de médecin, en effet, qui, en présence d'une maladie épidémique quelconque, consentirait à se boucher les yeux, le nez, les oreilles et la bouche; il s'inquiète avant tout, par son maintien et sa tenue, de rassurer les malades et de donner le bon exemple aux infirmiers et à tous ceux qui, comme lui, doivent approcher les malheureux atteints de l'épidémie. Quel est le chirurgien qui, en pratiquant une trachéotomie, a jamais songé à se garantir contre les fausses membranes, que l'opéré lui crache si souvent à la figure?

M. *Pasteur* admire le courage des médecins et des chirurgiens bravant ainsi les plus grands dangers sans prendre la moindre précaution pour s'en garantir. Cependant c'est avec une vive douleur qu'il a appris que ces jours derniers encore, un jeune élève des hôpitaux succombait en quelques heures aux atteintes d'un croup contracté en faisant son service. Il ajoute que, dans tout ce qu'il a dit relativement à la peste, il n'a eu en vue que l'expérimentation.

La proposition de M. Marey est mise aux voix et adoptée; une commission est nommée, composée de MM. Pasteur, Bouillaud, Fauvel, Marey, Davaine, Jaccoud, Bouley et Rochard.

La torsion vertébrale, son mécanisme et son influence sur la formation des caractères anatomiques de la déviation latérale de l'épine. — M. *Jules Guérin* présente sous ce titre un mémoire dont il lit les conclusions suivantes :

1° La torsion est un fait constant et général des déviations latérales de l'épine; on l'observe sur tous les squelettes de sujets déviés, et elle est invariablement liée au phénomène de la courbure, quels qu'en soient le siége, le degré, le nombre et la direction.

2° La torsion est le résultat de quatre ordres d'influences qui assurent à la colonne vertébrale sa plus grande résistance dans le sens transversal, savoir : sa constitution osseuse, la résistance passive de ses muscles, leur contraction passagère et leur contraction permanente.

3° En vertu de ces influences, la colonne vertébrale se trouve dans la condition d'une tige qu'on voudrait fléchir sur une arête ou dans le sens de sa plus grande résistance, et qui, pour échapper à cette impossibilité, subit un mouvement de torsion qui lui fait présenter sa face la moins résistante à l'effort de flexion.

4° En vertu de l'accroissement d'avant en arrière des agents de cette résistance latérale du centre de la vertèbre à l'extrémité de son apophyse épineuse, la torsion vertébrale ne s'exécute pas autour de l'axe même de la colonne, mais autour d'un axe passant par le sommet des apophyses épineuses.

5° Il résulte de ce mécanisme et de cette disposition que les courbures vertébrales sont toujours plus prononcées en avant qu'en arrière, c'est-à-dire suivant la ligne des corps vertébraux que suivant la ligne des apophyses épineuses; et qu'à leur première période ou degré, les courbes décrites par les corps vertébraux mesurent déjà 15 millimètres de flèche, alors que les apophyses épineuses continuent à décrire par leur sommet une ligne droite : cette proportion de 15 millimètres en plus au début des courbures antérieures se conserve à tous leurs degrés en s'accroissant du chiffre de la demi-flèche des courbures postérieures.

6° La torsion est le facteur principal des caractères anatomiques de la déviation latérale de l'épine; elle se traduit au dehors par les déplacements qu'elle imprime aux annexes de la colonne et aux parties qui les recouvrent, et le caractère spécial de ces déplacements se résout dans la saillie en arrière et la dépression en avant des parties correspondantes aux convexités des courbures, et, réciproquement, dans la dépression en arrière et la saillie en avant des parties correspondantes à leur convexité : d'où les deux gibbosités antérieure et postérieure des sujets atteints de déviations latérales considérables.

— La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Des anévrysmes syphilitiques : MM. Vallin, A. Fournier, Cornil. — Étude histologique, de l'ecchymose, des bulles et de la gangrène : M. Cornil. — Muguet de l'œsophage : M. Damaschino.

M. *Millard* donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. le docteur Trélat, au nom de la Société.

— M. *Vallin* présente les pièces d'un malade mort dans son service. Ce malade avait été atteint quinze ans auparavant d'une syphilis très-grave; bien que cette syphilis eût été soignée, le malade eut plus tard une gomme à la partie antérieure du tibia, M. Vallin constata à cette région une exostose du volume de la moitié d'un œuf de pigeon. De plus le malade se plaignait de douleurs dorso-lombaires extrêmement vives. M. Vallin constata des battements au niveau de l'hypochondre, ainsi qu'un souffle rude, rapeux : au cœur, on trouvait un souffle doux, semblable à celui qu'on trouve dans l'anémie. La cachexie du malade était profonde. M. Vallin prescrivit un traitement mercuriel associé à l'iodure de potassium qui fut poussé jusqu'à la dose de 8 grammes. Le malade mourut subitement cinq mois après le début de ce traitement.

A l'autopsie, on trouva un épanchement de sang dans la cavité péritonéale. L'aorte abdominale présentait quatre dilatations, dont trois méritaient le nom d'anévrysme. Ces dilatations anévrysmales étaient-elles de cause syphilitique? Telle est la question que se pose M. Vallin en faisant remarquer que les caractères histologiques des lésions actuelles de la syphilis sont communs avec ceux de l'artérite chronique.

M. *Fournier* répond qu'en effet la relation de la syphilis avec les anévrysmes est une question nouvelle. L'histologie a montré les lésions que peut déterminer la syphilis sur les artères. La plus fréquente est la prolifération des cellules, prolifération qui produit la sclérose artérielle et par suite les inégalités dans le calibre des vaisseaux sanguins. Si la syphilis détermine de telles lésions, et le fait est prouvé, elle peut déterminer par cela même la diminution de résistance du vaisseau et l'excès de pression dans le vaisseau en amont du rétrécissement. Il est donc naturel de penser que le vaisseau peut et doit se dilater au niveau de la lésion, c'est-à-dire au point où la résistance a diminué.

Il y a deux siècles que les anévrysmes concomitant avec

la syphilis ont été signalés : la première observation a rapport à un anévrysme de l'artère sous-clavière : depuis, on a signalé des anévrysmes de la crurale, de l'artère basilaire et de l'artère sylvienne (Lancereaux), du tronc basilaire (Blachez). Deux fois, M. A. Fournier a observé des anévrysmes de l'artère sylvienne, une autre fois un anévrysme de l'aorte. Il est donc possible d'affirmer une relation entre la syphilis et la dilatation des vaisseaux sanguins. M. A. Fournier sera néanmoins plus réservé que les médecins anglais qui considèrent la dilatation anévrysmale comme étant une fois sur deux de cause syphilitique. Ce qu'on peut dire, c'est qu'il y a une relation entre ces deux affections ; mais la fréquence reste à démontrer et à justifier.

On a objecté contre cette idée que les anévrysmes ne sont pas syphilitiques parce qu'ils ne guérissent pas ; mais ce n'est pas un argument. Le traitement, en effet, ne peut plus rien ; on peut agir sur la syphilis elle-même, mais non sur toutes les lésions consécutives. L'anévrysme est une lésion commune consécutive à une lésion spécifique qui est elle-même la lésion préparatoire.

M. *Vallin* répond qu'en effet on ne peut tirer un argument de ce fait que le traitement ultérieur ne produit aucune modification ; mais le malade dont il vient de parler a subi au début un traitement sérieux qui aurait dû agir sur la lésion préparatoire et enrayer sa marche du côté des artères.

M. *Cornil* a étudié histologiquement les lésions syphilitiques des artères. Il est certain que la syphilis exerce une action très-réelle et très-importante sur les artères et qu'elle détermine des artérites. Une fois cette lésion localisée, le traitement spécifique ne peut enrayer les accidents consécutifs.

M. *Fournier* dit à M. Vallin que son malade n'a pas subi un traitement complet, puisqu'il n'a été traité que pendant deux ans. De plus, même avec un traitement complet, on voit des syphilitiques ne pas guérir : un accident disparaît, puis d'autres apparaissent.

M. *Hillairet* ajoute qu'il n'est pas étonnant que la syphilis puisse déterminer des lésions dans les artères, puisqu'on a signalé des lésions de la paroi interne du cœur dues à la même cause.

M. *Cornil* devait présenter aujourd'hui avec M. Rigal une observation d'un malade mort à la suite d'une affection cardiaque, et ayant déterminé pendant la vie du purpura hémorrhagique, des bulles et de la gangrène. M. Rigal donnera plus tard l'observation clinique, M. Cornil se contentera d'exposer l'examen histologique des lésions de la peau qu'il a observées.

Il a étudié la lésion depuis son début jusqu'à sa marche ultime, la gangrène.

La première manifestation a été l'ecchymose. M. Cornil a reconnu que ces ecchymoses étaient dues à des hémorrhagies multiples ayant pour siége les fibres du derme : à l'extrémité des papilles, les capillaires présentaient une distension considérable, presque anévrysmale. Au niveau des ecchymoses, on trouvait des soulèvements épidermiques et un épanchement de globules blancs entre les papilles et la couche muqueuse de Malpighi. Les glandes de la peau n'étaient nullement altérées.

Dans les bulles, on trouve deux sortes de lésions : des lésions de l'épiderme d'une part, et des lésions de l'épiderme et du corps muqueux de Malpighi. On trouve dans les bulles une dissociation des cellules du corps de Malpighi, dissociation telle parfois que, dans certains cas, il ne reste qu'une seule couche formée par l'épiderme corné. Le corps muqueux présente quelques restes au niveau des papilles, mais on ne retrouve plus rien sur la surface de la bulle. L'épiderme présente quelques points d'un blanc opaque, qui sont les points où les glandes sudoripares sortent de la peau : on trouve à ce niveau une accumulation des cellules cornées.

— M. *Damaschino* présente les pièces anatomiques d'un phthisique âgé de dix-neuf ans, sur lesquelles on constate du muguet de l'œsophage. Le muguet buccal datait de dix jours. On trouve à la partie inférieure de l'œsophage, qui est d'une coloration crémeuse, des fausses membranes d'autant plus minces qu'on s'approche du pharynx : dans l'intérieur des glandes, on trouve des spores. Dans le larynx et la trachée, on ne trouve ni muguet, ni fausses membranes.

Dr Joseph Michel.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Lésions des nerfs dans les fractures. — Pansement des plaies. — Exostoses de croissance.

M. *Tillaux* fait un rapport sur un mémoire adressé à la Société de chirurgie par M. *Challot* (de Montpellier) : *Des lésions des nerfs produites par les fragments dans les fractures.*

La première partie du mémoire est consacrée à l'historique et à un résumé statistique. Dans la seconde partie, M. Challot publie une observation. Un individu reçoit un sac de blé sur l'épaule droite : fracture de la clavicule ; guérison. Quatre ans plus tard, le même individu rentre à l'hôpital : hyperesthésie excessive du bras droit, avec douleurs spontanées s'irradiant du côté de la tête. On constate un très-gros cal au niveau de la fracture ancienne. M. Dubreuil proposa au malade la résection du cal, opération qui ne fut pas acceptée.

M. Tillaux rappelle à ce propos les observations de M. Ollier, de M. Trélat et celle qu'il a publiée ; dans ces cas, on rétablit les mouvements en dégageant les nerfs comprimés par des cals volumineux.

M. *Verneuil* dit qu'on ne peut comparer ces observations à celles de M. Challot. Dans ces observations, les troubles nerveux étaient confinés au nerf comprimé ; tandis que chez le malade de M. Challot on peut avoir affaire à une névrite ascendante. Si l'on était sûr qu'il s'agit d'une simple névralgie réflexe, on pourrait opérer.

— M. *Després*. Il y a trois ans, le pansement de Lister était défendu avec acharnement à la Société de chirurgie ; aujourd'hui on est moins exagéré ; on veut bien admettre qu'un blessé pansé à l'acide phénique peut, à la rigueur, mourir. Si on lit le rapport des chirurgiens de Moscou, on voit que le pansement à l'air libre est une des critiques les plus sanglantes du pansement de Lister.

Aucun pansement n'est applicable à toutes les plaies ; et le même pansement ne convient pas à toutes les périodes d'une même plaie. En 1814, Roux fit un voyage à Londres, et il écrivit à son retour un livre ayant pour titre : *Parallèle entre la chirurgie anglaise et la chirurgie française*. Plus tard, M. Topinard publia une thèse sur la chirurgie anglaise ; enfin, en 1865, M. de Valcourt signala le pansement de Lister dans un article de la *Gazette médicale* : trois fois on nous dit que les chirurgiens anglais faisaient mieux que nous. Roux conseilla la réunion par première intention. Topinard insista sur l'hygiène des salles de blessés et sur le traitement tonique. Aujourd'hui la mode est au pansement de Lister. Dans l'espace de soixante-deux ans, trois pansements panacées sont venus d'Angleterre.

La doctrine de la septicémie n'est pas établie nettement ; les causes cliniques de la septicémie ne sont pas résolues. M. Verneuil est pour la théorie du poison (sepsine) ; personne n'a vu la sepsine. La théorie qui a le plus d'adhérents, c'est la septicémie avec abcès métastatiques. M. Lister a dit que le pus altéré existant dans la plaie était résorbé. M. Pasteur a admis que les produits septiques contenaient des anaérobies.

Il y a un mode de guérison naturelle des plaies ; il faut une

atmosphère humide autour de la plaie et une immobilisation rigoureuse. M. Després présente un malade qui eut le pouce arraché le 12 février; on appliqua un pansement au diachylon; l'occlusion n'est même pas parfaite. Voilà quatorze jours que l'accident a eu lieu, et la plaie est en bon état, quoique l'odeur en soit infecte. M. Després a soigné quatre-vingt-cinq blessures analogues, et il n'a perdu que deux malades par tétanos. Les partisans du pansement antiseptique ne feraient pas mieux.

La théorie de la septicémie par contagion, défendue par M. Le Fort, est facilement attaquable; en effet, des blessés meurent en vingt-quatre heures empoisonnés par les gaz développés dans un emphysème traumatique. La contagion n'a pas eu le temps de se produire.

M. Després trouve que la statistique des chirurgiens allemands n'a pas grande valeur. Et s'il construit sa statistique comme celle de Volkmann, il obtient les résultats suivants : depuis huit ans, 15 amputations de cuisse; 3 cas compliqués, 3 morts; 4 amputations traumatiques ordinaires, 4 guérisons; 2 amputations chez des malades atteints de septicémie, 2 morts; — 6 amputations pour tumeurs blanches, 6 guérisons; — 5 amputations de bras, 1 mort; — 2 amputations de jambe, 2 morts (c'est une mauvaise opération qu'il faut remplacer par l'amputation de la cuisse); — 2 désarticulations de l'épaule, 2 morts (les malades étaient en état de septicémie); — 5 opérations sous-astragaliennes, 1 mort.

La statistique intégrale de l'hôpital Cochin pour les plaies avec perte de substance est la suivante : 29 ablations de tumeurs du sein, pas de mort. On ne fait pas mieux avec les autres pansements. Les chirurgiens étrangers opèrent des malades que nous n'opérons pas, et améliorent ainsi leur statistique.

M. *Théophile Anger* est partisan de l'alcool, parce qu'il le considère comme le meilleur antiseptique; mais il reconnaît aussi les qualités des pansements ouatés et phéniqués.

M. Anger donne une première statistique, qui comprend les blessés du siége de Paris de septembre 1870 au mois de mars 1871. Parmi les 99 blessés admis à l'ambulance de l'école polonaise, boulevard Montparnasse, 30 avaient reçu des blessures graves par armes à feu, qui toutes ont nécessité une intervention chirurgicale.

1 amputation de cuisse	1 mort.
1 amputation de bras	1 guérison.
2 désarticulations de l'épaule	2 guérisons.
1 castration	1 guérison.
14 plaies avec fracture des os	12 guérisons. 2 morts.
11 plaies sans fractures ayant nécessité de larges débridements	11 guérisons.

Pendant la Commune, à l'ambulance de Ville-d'Avray, 50 blessures ont exigé des opérations ou des pansements prolongés.

7 amputations de cuisse	5	guéris.	2	morts.
2 amputations de bras	1	—	1	—
2 amputations de jambe	1	—	1	—
1 amputation des cinq métatarsiens	1	—	»	—
9 plaies graves en séton de la cuisse	8	—	1	—
8 plaies graves de cuisse avec fracture	5	—	3	—
5 fractures de jambe avec extraction d'esquilles	4	—	1	—
13 plaies simples en séton	13	—	»	—

La plupart des décès ont eu lieu dans les quelques heures ou quelques jours qui ont suivi l'opération; la rapidité de la mort met hors de cause toute espèce de méthode de pansement. Pour comparer ces statistiques intégrales à celles de Volkmann, il faudrait donc, à son exemple, en retrancher les opérations faites *in extremis*.

M. Anger établit ensuite le résumé des opérations faites depuis la guerre. Il les divise en trois séries au point de vue du pansement.

Dans la première série, 48 cas graves pansés à l'alcool.

1 amputation du pied	»	guéris.	1	mort.
2 résections articulaires de 10 centimètres du tibia	2	—	»	—
2 résections du coude	1	—	1	—
3 grandes résections tibiales	3	—	»	—
2 sutures osseuses des membres	2	—	»	—
7 extractions de séquestres	7	—	»	—
31 ablations de tumeurs	25	—	6	—

Depuis 1872, M. Anger a pansé à la ouate 10 amputations de cuisse; 8 ont guéri. Le pansement de Lister a été employé dans trois circonstances graves; ces trois faits ne sont pas suffisants pour tirer des conclusions.

Maintenant que les méthodes antiseptiques sont universellement adoptées, les chirurgiens doivent chercher à démontrer que chaque opération nécessite un pansement spécial. Si le pansement de Lister est bon, le pansement à l'alcool ne l'est pas moins.

— M. *Le Dentu* présente un jeune homme qui a une exostose du fémur au-dessous du cul-de-sac antéro-supérieur de la synoviale du genou. M. Le Dentu a fait la myotomie sous-cutanée au-dessus de l'exostose; la contracture musculaire et la douleur ont disparu.

M. Le Dentu lira prochainement à la Société un travail sur les exostoses de croissance, les douleurs qu'elles déterminent et le moyen d'enlever ces douleurs.

Société de biologie.

SÉANCE DU 1er MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Discussion sur le liquide céphalo-rachidien. — Organes d'implantation des plantes parasites : M. Chatin père. — Changements de coloration chez les axolotls privés d'un hémisphère cérébral : M. Bert. — Injections dans les ventricules latéraux : M. Cossy.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Duret* reprend la discussion commencée dans la séance précédente sur le liquide céphalo-rachidien. Il fait observer que, dans cette question comme dans toute expérience tentée sur l'encéphale, il faut tenir compte des conditions qui modifient la vascularité de ces organes. C'est ainsi que les excitants chimiques, sans action sur le cerveau lorsque le crâne est largement ouvert, ce qui produit l'abaissement de la tension artérielle, suffisent à provoquer des mouvements lorsque le crâne est ouvert sur une petite surface; c'est ainsi que les excitants mécaniques, habituellement inefficaces, ont déterminé des mouvements, lorsque, dans les expériences de MM. Franck et Pitres, ils étaient appliqués sur des cerveaux enflammés; c'est ainsi enfin que l'excitation électrique, dont les effets vaso-moteurs sont incontestables, est toujours suivie d'une réaction motrice.

M. *Bochefontaine*, sans contredire ces observations, maintient que l'absence du liquide céphalo-rachidien dans les ventricules cérébraux lui a été démontrée dans plusieurs cas, bien que ses recherches aient été faites dans des conditions fort diverses.

M. *Laborde* croit qu'il faut tenir grand compte de la position de l'animal en expérience : le liquide accumulé vers les parties déclives peut manquer complétement dans les cavités où on le recherche, si celles-ci sont trop élevées, et y affluer, au contraire, dans la situation opposée.

M. *Franck* s'étonne qu'on ne tienne pas compte de la quantité de sang contenue dans la cavité crânienne : la quantité du liquide céphalo-rachidien y est en raison inverse de celle du sang, ce qui pourrait expliquer les divergences indiquées par MM. Duret et Bochefontaine.

M. *Hallopeau* rappelle les observations où l'on a trouvé les ventricules distendus par une quantité considérable de

sérosité, alors que le liquide sous-arachnoïdien n'avait pas augmenté. D'un autre côté, les membranes limitantes des deux ordres de cavités présentent des différences de structure : ici ce sont simplement les endothéliums des espaces conjonctifs; là c'est l'épendyme, membrane revêtue d'un épithélium cylindrique, et présentant des caractères particuliers. Ne serait-il pas contraire aux lois de la physiologie générale d'admettre que des parties aussi distinctes par leur structure et leur développement puissent sécréter un produit identique? Il faudrait, pour rendre cette proposition acceptable, démontrer que le liquide des cavités ventriculaires présente la même composition chimique que le sous-arachnoïdien, et jusqu'ici on ne l'a pas fait.

— M. *Chatin* père décrit les organes d'implantation des plantes parasites sur les plantes nourrices. La cuscute, le gui envoient dans l'épaisseur de la tige qu'ils ont envahie de vrais suçoirs qui traversent les couches corticales, le ligneux, et pénétrent jusqu'à la moelle. Ces suçoirs sont composés de deux cônes emboîtés l'un dans l'autre : l'externe, formé de tissu cellulaire délicat; l'interne, de vaisseaux ponctués et rayés. Ils sont très-nombreux; parfois même le parasite envoie dans les couches cambiales de la plante nourrice des *coulées de tissu* parallèles à la tige de cette dernière, et d'où se détachent des suçoirs secondaires. Les parasites des racines moins exposées à être arrachées ont des moyens de fixité moins perfectionnés.

— M. *Bert* présente deux axolotls : l'un blanc, l'autre noir, auxquels il a enlevé, il y a environ six mois, un hémisphère cérébral. Aucun phénomène vaso-moteur n'a été constaté; mais sur l'animal blanc on a vu apparaître plusieurs taches noires qui tendent aujourd'hui à disparaître. Pareille modification s'est produite sur le noir; mais l'observation en a été plus difficile. Que signifie cet effacement progressif des taches? Est-il dû à la régénération de l'hémisphère enlevé? C'est ce que l'autopsie dira plus tard.

— M. *Cossy* met en parallèle ses expériences et celles de M. Duret : il injecte directement dans les ventricules 10 grammes de liquide coagulable, tandis que M Duret a injecté 130 grammes d'eau. Son procédé lui paraît meilleur; il permet de retrouver dans les ventricules latéraux et dans le troisième ventricule la substance injectée, et de s'assurer qu'elle a respecté complétement le quatrième. Dans tous ces cas, il y a eu des contractures. M. Cossy croit donc pouvoir les attribuer à la compression des parois ventriculaires plutôt qu'à la pression communiquée aux corps rectiformes, comme le veut M. Duret; il ajoute que l'étude clinique des cas d'hémorrhagie cérébrale confirme son opinion.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Des lavements nutritifs ; du rôle du bouillon : MM. Dujardin-Beaumetz, E. Labbée, Moutard-Martin, Labbé, etc. — De l'anévrysme de l'aorte ascendante traité avec succès par la méthode électrolytique : M. Bucquoy.

M. *Dujardin-Beaumetz*. Dans la dernière séance, M. Créquy, à propos d'une femme enceinte atteinte de vomissements incoercibles, a dit avoir nourri sa malade au moyen de lavements nutritifs. C'est contre ce mode de nutrition que s'élève M. Dujardin-Beaumetz, et cela à deux points de vue : au point de vue de l'expérimentation et au point de vue physiologique. Expérimentalement, en effet, MM. Carville et Bochefontaine, dans une intéressante communication faite, il y a quelques années déjà, à la Société de biologie, ont démontré par des expériences faites sur des chiens, que si on donne aux uns des lavements d'eau pure et aux autres des lavements de bouillon, les uns et les autres meurent exactement dans le même laps de temps. De plus, physiologiquement, on sait, et il est démontré que le gros intestin est dans l'impossibilité de faire une digestion quelle qu'elle soit; les sécrétions intestinales peuvent déterminer la digestion, mais non les sécrétions du gros intestin; celui-ci, en effet, ne peut même pas absorber les peptones, alors même qu'on opère dans les meilleures conditions. Chez une malade, en effet, atteinte de cancer du pylore, M. Dujardin-Beaumetz a injecté dans le gros intestin les vomissements de matières alimentaires qui avaient séjourné quelques instants dans l'estomac, et qui, par conséquent, s'étaient mêlés à une certaine quantité de suc gastrique; deux fois les lavements ont été absorbés, puis est survenue une rectite qui a empêché la continuation de ces tentatives.

M. Dujardin-Beaumetz pense donc que l'introduction de matières alimentaires dans le rectum ne peut donner aucun résultat favorable : on a proposé d'injecter des peptones artificielles, mais le gros intestin n'ayant pas la propriété de les absorber, cette tentative est donc inutile. L'eau seule est absorbée. On a dit avoir fait vivre des malades pendant des semaines à l'aide des lavements nutritifs, mais comment sait-on que la prolongation de la vie puisse être attribuée à ces lavements nutritifs? Ne voit-on pas, en effet, des malades vomir pendant des mois la presque totalité des aliments qu'on leur fait prendre, principalement dans les cancers du cardia, dans l'hystérie, etc., et sans qu'on ait eu recours aux lavements nutritifs?

M. *Dally* fait observer que l'expérience de M. Carville n'est pas démonstrative : on sait, en effet, que le bouillon ingéré par l'estomac ne présente que bien peu de substances nutritives, à plus forte raison si on introduit le bouillon dans l'économie par le rectum; or, les expériences de MM. Carville et Bochefontaine ont été faites comparativement avec du bouillon et de l'eau; n'en aurait-il pas été autrement si les expériences avaient été faites avec des substances plus nutritives, du lait par exemple?

M. *Dujardin-Beaumetz* répond que le lait introduit à l'aide de lavements n'est pas nutritif; il n'y a d'absorbés que de l'eau et des sels, et non la caséine : il ne faut pas tenir compte de l'albumine qui n'existe que pendant les deux ou trois premières semaines de la lactation. Il en est de même pour tous les lavements nutritifs, si habilement préparés qu'ils soient; le rectum n'absorbe pas, il n'y a donc pas d'alimentation possible par ce moyen : il y a même des inconvénients, puisque fréquemment on provoque des coliques et des inflammations du gros intestin.

M. *E. Labbée* cite cependant ce fait d'un médecin américain qui a réussi, à l'aide de lavements nutritifs composés de sang défibriné, à prolonger l'existence d'un malade pendant quarante-cinq jours. Ce malade vomissait tous les aliments qu'on lui faisait prendre.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande comment on peut savoir si la vie de ce malade a été prolongée de quarante-cinq jours. Les faits de malades atteints de cancer du pylore et vivant des mois sont communs. L'observation de ce médecin américain ne démontre qu'une chose, c'est que le malade a vécu quarante-cinq jours en prenant des lavements nutritifs.

M. *E. Labbée* croit que, même dans les cas de cancer du pylore, alors que les vomissements sont constants et incoercibles, il y a cependant absorption d'une petite quantité d'aliments : les vomissements, en effet, sont rarement immédiats; ils séjournent quelques instants dans l'estomac, il peut donc échapper quelques parcelles qui servent à prolonger l'existence. En outre, un animal à qui on donne uniquement de l'eau, vit quelques jours de plus que celui à qui on ne donne absolument rien : il en doit être au moins de même pour les animaux à qui on donne uniquement du bouillon qui renferme des éléments nutritifs, en petite quantité, il est vrai.

M. *Moutard-Martin* croit qu'il y a un peu d'exagération dans les déductions présentées par M. Dujardin-Beaumetz. D'abord comment peut-on savoir le moment exact où l'oblitération du pylore, à la suite d'un cancer, a été complète? Cette oblitération a été graduelle, et pendant longtemps, alors même que la totalité des aliments paraissaient être rejetée, l'estomac a dû laisser passer quelques aliments qui suffisent à prolonger la vie du malade.

M. *Créquy* insiste sur la faculté d'absorption du rectum : cette faculté n'est-elle pas démontrée par la rapidité des accidents causés par l'introduction de substances toxiques dans le rectum ?

M. *Moutard-Martin*, revenant sur le cas signalé par M. E. Labbée, dit qu'à propos de ce malade, M. Labbée a ajouté qu'un homme bien portant ne pouvait supporter l'inanition plus de trente jours; mais il n'en est plus de même pour un malade. En effet, un malade qui s'est anémié peu à peu par le fait d'une longue maladie, n'est-il pas plus apte à supporter une plus longue privation d'aliments? Dans la fièvre typhoïde, par exemple, n'était-il pas autrefois de règle de faire supporter au malade une longue abstinence? On prescrivait pendant quinze ou vingt jours une diète absolue; puis, pendant le même laps de temps au moins, on ne permettait que deux ou trois tasses de bouillon dans les vingt-quatre heures. M. Moutard-Martin croit donc qu'il y a des conditions particulières qui lui permettent de dire qu'on ne peut affirmer que si un malade a vécu quarante ou quarante-cinq jours en prenant des lavements nutritifs, la conservation de la vie soit uniquement due à ces lavements.

M. *E. Labbée* n'a voulu que citer un fait, sans en tirer des conclusions positives.

M. *Labbé* a vu récemment une malade hystérique qui fut prise subitement à table, alors qu'elle venait d'avaler une grosse bouchée d'aliments, d'une contracture du cardia; il eut l'idée alors de faire prendre une forte dose de pepsine; sous l'action de cette substance, les aliments ne tardèrent pas à pénétrer dans l'estomac. Ne pourrait-on pas mêler de la pepsine aux substances nutritives introduites par les lavements?

M. *Bouloumié* dit que, sans avoir besoin d'arriver jusqu'à la mort, on pourrait, chez les animaux, se rendre compte du degré de l'inanition par l'analyse de l'urée contenue dans les urines.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond à M. Labbé qu'il préférerait la pancréatine à la pepsine pour les cas dont il parle. Quant à l'expérience proposée par M. Bouloumié, d'analyser l'urée, ces expériences ne seraient pas probantes, car, privés d'aliments, les animaux se nourrissent de leur propre substance.

M. *Duhomme* s'élève contre cette idée que le bouillon n'est pas une substance nutritive; pendant longtemps on l'a considéré comme un excellent aliment; puis, sous l'influence de la chimie, on lui a retiré toutes les propriétés qu'on lui accordait, à juste titre, auparavant.

M. *Dujardin-Beaumetz* ne nie pas les services que peut rendre le bouillon. On a démontré que la sécrétion du suc gastrique n'est pas illimitée; si, au moment où cette sécrétion est arrêtée, on introduit dans les veines ou même dans le rectum une substance peptogène, on voit sourdre des glandes de l'estomac une grande quantité de pepsine. Or, on considère le bouillon comme fournissant une assez grande quantité de substance peptogène; aussi a-t-on raison de le prendre au commencement du repas. M. Dujardin-Beaumetz donne la préférence à la panade.

M. *Blondeau* fait remarquer qu'il y a des personnes qui ne digèrent pas la panade; on ne doit pas oublier de plus que la digestion ne se fait pas dans l'estomac; pour qu'elle se fasse, il est nécessaire qu'il y ait l'action de la bile et du suc pancréatique.

— M. *Bucquoy* présente une brochure sur un cas d'anévrysme de l'aorte ascendante traité avec succès par la méthode électrolytique.

— M. *Dally* présente au nom de M. Delmas Saint-Hilaire un ouvrage intitulé : *Etude clinique et statistique du service hydrothérapique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.*

Dr Joseph Michel.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement des hémorrhagies post-puerpérales, par le docteur R. Penrose, de Philadelphie.

Après quelques considérations générales, dans lesquelles l'auteur étudie les caractères des hémorrhagies post-puerpérales et démontre la nécessité d'un traitement énergique et efficace, M. Penrose étudie les causes de ces terribles complications. La plus importante de ces causes est, sans contredit, l'inertie utérine; viennent ensuite les adhérences du placenta, les diverses affections de l'utérus, etc. Parmi les causes prédisposantes, il faut citer cette idiosyncrasie qui détermine chez certaines femmes un état particulier de flaccidité de l'utérus.

Abordant ensuite le traitement, M. Penrose passe en revue les différentes méthodes qui ont été employées jusqu'à ce jour. Les frictions, l'application du froid, de la chaleur, de l'électricité, ont une valeur relative connue et appréciée de tous; mais ces moyens ne sont pas toujours efficaces. Le cautère actuel et les injections intra-utérines de perchlorure de fer font payer par de trop grands dangers leur efficacité.

Le médicament proposé par l'auteur comme substitutif de ces dangereux agents est le *vinaigre commun*. Depuis 1854, il l'a employé un grand nombre de fois, et toujours avec succès. Voici les avantages que présente cet agent :

1° On peut toujours se le procurer facilement;

2° Il s'applique facilement et sans aucun appareil spécial;

3° Il arrête toujours l'hémorrhagie (c'est du moins ce qui a eu lieu dans les cas du docteur Penrose);

4° Il provoque les contractions utérines sans produire une trop forte irritation dans le tissu de l'organe;

5° Il constitue un excellent antiseptique;

6° Il agit comme astringent sur la muqueuse utérine.

Voici comment le docteur Penrose emploie ce médicament: Il imbibe un petit tampon de coton ou une petite éponge de vinaigre et il l'introduit dans la cavité utérine à l'aide d'une pince ou du porte-éponge. L'hémorrhagie cesse aussitôt et il est rarement nécessaire de renouveler l'application de cet hémostatique. (*New-York medical Record*, 18 octobre 1878.)

De l'obstruction intestinale, par le docteur Jonathan Hutchinson, membre du Collége des chirurgiens de Londres.

Au dernier Congrès médical de Bath, M. Hutchinson a donné lecture d'un important travail sur ce sujet. L'autorité dont jouit son nom en Angleterre nous engage à donner les conclusions qu'il émet sous forme d'aphorismes :

1° Quand un enfant présente subitement des phénomènes d'obstruction intestinale, il est très-probable que l'on a affaire à l'invagination ou à la péritonite.

2° Quand c'est un vieillard, le diagnostic sera : obstruction par des matières fécales ou affections cancéreuses.

3° Dans l'âge adulte, les causes de l'obstruction intestinale

peuvent être multiples, mais l'invagination et le cancer se rencontreront très-rarement.

4° L'invagination se reconnaîtra aux efforts de défécation, à la présence du sang ou du mucus dans les matières excrétées, à la constipation incomplète et à la présence d'une tumeur demi-molle, qu'on trouvera par l'examen des parois abdominales ou par le toucher rectal.

5° Dans l'invagination, les parois abdominales restent généralement relâchées et, comme il y a peu de météorisme, il est toujours possible avec l'anesthésie de découvrir l'empâtement.

6° On soupçonnera une lésion cancéreuse lorsqu'un vieillard aura présenté depuis quelque temps des malaises abdominaux ou des périodes de constipation passagère. Dans ces cas aussi la constipation est souvent incomplète.

7° S'il y a une tumeur qui compromet l'intestin, on doit, en se servant de l'éther, la découvrir par la palpation, soit à travers les parois abdominales, soit par le toucher rectal ou vaginal. Il faut cependant prendre garde de ne pas se laisser induire en erreur par la présence des scybales.

8° Si, entre des attaques graves d'obstruction, le malade a joui d'une santé parfaite pendant de longs intervalles, on peut soupçonner la présence d'un diverticulum anormal, ou d'une bride formée par d'anciennes adhérences, ou d'une portion de l'intestin distendue en forme de poche ou d'un volvulus.

9° Si, dès le début de l'obstruction intestinale, le ventre devient dur et distendu, on est à peu près certain qu'on a affaire à une péritonite.

10° Quand on voit les mouvements de l'intestin à travers les parois abdominales, il est à peu près certain qu'il n'y a pas de péritonite. Ce symptôme s'observe surtout chez les sujets amaigris, qui présentent une obstruction ancienne ayant son siége dans le côlon.

11° La tendance aux vomissements sera en rapport proportionnel avec les trois conditions suivantes : la proximité du siége de l'obstruction avec l'estomac, l'étroitesse du rétrécissement et la persistance avec laquelle on aura donné des aliments ou des remèdes par les voies supérieures.

12° Quand l'obstruction a son siége dans le côlon ou le rectum, les nausées sont complétement absentes.

13° Les violents efforts, les vomissements bilieux sont souvent plus pénibles dans les coliques hépatiques ou néphrétiques que dans l'obstruction intestinale.

14° Les vomissements de matière fécale ne s'observent que dans les cas où l'obstruction n'est pas trop bas. S'ils apparaissent de bonne heure, c'est un symptôme grave, qui indique une constriction très-étroite.

15° L'introduction de la main dans le rectum, d'après la méthode de Simon (d'Heldelberg), peut souvent donner de précieux renseignements. (*Archives médicales belges*, novembre 1878.)

De l'emploi de la main comme curette dans les cas d'hémorrhagie post-partum, par le docteur H. Wilson, de Baltimore.

L'auteur rapporte d'abord une intéressante observation, dans laquelle une hémorrhagie post-puerpérale grave n'avait pu être arrêtée par les moyens ordinaires. Il eut alors l'idée d'introduire la main dans la cavité interne, de râcler avec l'ongle les fragments placentaires, et l'hémorrhagie cessa.

Il s'agissait d'un cas très-simple, et l'accouchement avait eu lieu dans des conditions normales. L'hémorrhagie survint sans que rien pût en expliquer la cause. Les moyens les plus énergiques furent mis en usage pour la maîtriser.

La main fut d'abord introduite dans la cavité utérine pour en retirer les caillots; l'ergot fut administré par l'estomac, par le rectum et en injections sous-cutanées; on introduisit de la glace dans la cavité utérine. Malgré ces mesures énergiques, l'utérus ne se contractait pas et l'hémorrhagie continuait. Le cas devenait grave, et c'est alors que le docteur Wilson, à bout de ressources, eut l'idée d'employer sa main comme curette et de râcler la surface placentaire avec les ongles. Cette opération fut répétée deux fois; elle provoqua des douleurs assez vives, mais l'utérus ne tarda pas à se contracter et l'hémorrhagie cessa. Ce résultat a paru si satisfaisant à M. Wilson qu'il n'hésite pas à déclarer que, dans un cas semblable, il aurait recours au même procédé. (*New-York medical Record*, 18 octobre 1878.)

De l'Aspidum marginale et de son emploi comme vermifuge, par le docteur Cressles.

L'oléo-résine de fougère sert, aux États-Unis d'Amérique comme en Europe, à obtenir l'expulsion du ver solitaire. M. Cressles a essayé d'y substituer l'oléo-résine de l'*Aspidum marginale* Swartz, qui croît en Pensylvanie, et un plein succès a couronné sa tentative. Une première note sur ce sujet a été insérée dans *Transactions of Pennsylvania State medical Society*, 1875, p. 637.

Deux drachmes d'oléo-résine (environ 7 grammes) ont été divisés dans neuf capsules gélatineuses; six seulement de ces capsules ont été prises; elles provoquèrent quelques éructations désagréables. Le patient avala une bouteille de limonade au citrate de magnésie et rendit une heure et demie après vingt-quatre pieds de tænia. On ne put découvrir la tête, bien qu'une portion fût effilée. Deux mois plus tard, la même personne rendait de nouveaux fragments de tænia; après douze heures de jeûne, on lui fit prendre trois capsules pareilles aux précédentes, puis une quatrième capsule, enfin une émission d'huile de ricin. Deux heures et demie après, le patient rendait huit pieds de ver, avec une partie très-effilée, où l'on ne reconnut pas la tête. Mais, depuis près de quatre années, aucun fragment de tænia n'a reparu. (*American Journal of pharmacy*, juin 1878, et *Bulletin de thérapeutique*, novembre 1878.)

De l'utilité de la délivrance hâtive démontrée par l'analyse de 161 cas de fistule vésico-vaginale, par le docteur Emmet, de New-York.

Tel est le titre d'un mémoire dans lequel le docteur Emmet s'efforce de démontrer que les instruments employés pour pratiquer la délivrance hâtive sont absolument étrangers à la production des fistules vésico-vaginales. Celles-ci reconnaissent deux causes principales : 1° la lenteur du travail une fois que la tête est engagée dans le petit bassin; 2° la réplétion de la vessie pendant le travail; bon nombre de praticiens négligent en effet de vider cet organe.

D'après le docteur Emmet, l'étendue de la lésion n'est pas toujours en rapport avec la durée du travail. Cette assertion est démontrée par l'analyse de 161 cas de fistule vésico-vaginale, dans lesquels il a été constaté que la lésion était plus étendue dans les cas où la délivrance avait eu lieu naturellement.

L'auteur n'hésite pas à dire qu'il n'a jamais rencontré un seul cas de fistule vésico-vaginale occasionnée par la délivrance instrumentale. C'est là une assertion importante à plusieurs points de vue. On n'ignore pas, en effet, que beaucoup de praticiens ont été accusés d'avoir produit des fistules par l'emploi du forceps. (*New-York med. Record*, 18 octobre 1878.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies du foie, suivies des **Leçons sur les troubles fonctionnels du foie**, par le docteur Charles Murchison, traduit par le docteur Jules Cyr. 1 vol. in-8. — Paris, 1878, V. A. Delahaye et Cie. — Prix, 12 fr.

Nous ne possédons en France aucun ouvrage moderne sur les maladies du foie. Malgré les nombreux travaux accumulés dans notre littérature médicale sur la pathologie hépatique pendant les vingt dernières années, aucun auteur français n'avait osé entreprendre un ouvrage didactique et complet sur le sujet.

L'ouvrage que nous analysons aujourd'hui ne saurait du reste être considéré comme un livre absolument didactique. Ainsi qu'il le fait remarquer lui-même dans sa préface, l'auteur n'a pas voulu faire un véritable *traité* sur la matière, et il s'est borné à présenter sous un jour clinique l'ensemble de la pathologie hépatique. Cette restriction de l'auteur tient plutôt à une habitude assez générale chez nos voisins d'outre-mer. En Angleterre, on fait en effet peu de traités complets, surtout sur des sujets spéciaux. Les auteurs exposent volontiers les résultats de leur pratique et de leurs recherches personnelles, mais ils se décident rarement à entreprendre des œuvres générales dans lesquelles sont exposés et discutés les travaux et les opinions de tout le monde.

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons que nous féliciter de posséder aujourd'hui une traduction française de l'ouvrage du docteur Murchison, dont les remarquables travaux sur le typhus et la fièvre typhoïde étaient déjà si connus en France. L'éminent clinicien anglais a non-seulement acquis une grande expérience dans le magnifique service qu'il dirige à l'hôpital Saint-Thomas, il a également étudié les maladies du foie dans une latitude où elles sont fréquentes et revêtent des caractères spéciaux, dans les Indes orientales, où il a passé de longues années. C'est là un avantage inappréciable, car on sait combien les maladies hépatiques diffèrent suivant les climats et les latitudes. Les médecins de la marine trouveront donc dans ce livre un guide sûr pour la pratique dans les régions tropicales.

Quoique M. Murchison ne se soit pas attaché à donner une classification des maladies du foie, nous ne croyons pas inutile de faire connaître l'ordre qui a présidé à la distribution de son livre, qui est divisé en seize leçons.

L'auteur, après avoir indiqué les dimensions normales et les limites du foie, passe en revue les circonstances qui peuvent faire croire à une augmentation de volume qui n'existe pas, et il indique les moyens qui permettent de reconnaître ces pseudo-augmentations. Puis, examinant l'augmentation réelle du foie, il indique toutes les causes qui peuvent la produire ; six leçons sont consacrées à ce sujet intéressant.

La huitième leçon est consacrée à la diminution du volume du foie. Les neuvième, dixième et onzième leçons sont réservées à une étude complète de l'ictère ; la douzième, à l'ascite : la treizième, à l'hépatalgie, aux calculs biliaires, à l'augmentation de volume de la vésicule biliaire.

Les troubles fonctionnels du foie et leur traitement sont magistralement exposés dans les quatorzième, quinzième et seizième leçons. Ces trois dernières leçons avaient été faites par l'auteur au Collége royal des médecins, en 1874 (*Croonian lectures*), et publiées peu de temps après ; elles avaient déjà beaucoup attiré l'attention. M. Murchison s'est attaché, dans ces trois leçons, à élucider quelques points obscurs de la pathologie hépatique. Il est à remarquer, en effet, que les troubles fonctionnels du foie sont peu connus de la plupart des médecins, et que beaucoup d'auteurs qui se sont spécialement occupés des affections hépatiques ne les ont pas même mentionnés. Après avoir longuement étudié les fonctions du foie à l'état physiologique, M. Murchison en décrit les troubles fonctionnels dans l'ordre suivant : nutrition anormale, élimination anormale, désintégration anormale.

Ces chapitres contiennent sur la pathologie générale du foie des appréciations fort originales et se terminent par des considérations très-importantes sur le traitement.

Disons maintenant quelques mots du traducteur. M. le docteur Jules Cyr s'est non-seulement attaché à nous donner une traduction fidèle et à nous faire connaître l'œuvre de Murchison dans toute son originalité, mais il a voulu, par des notes nombreuses, rappeler les principaux travaux de l'école française. Ses études spéciales sur la pathologie hépatique lui permettaient d'accomplir cette tâche mieux que personne, et nous pouvons dire qu'il a montré dans cette circonstance une grande érudition et une grande discrétion. Ce sont là des qualités assez rares pour être signalées. La plupart des traducteurs ont, en effet, l'habitude, que nous considérons comme déplorable, d'altérer les ouvrages dont ils entreprennent la traduction. A. L.

Index bibliographique.

L'Anatomie et la physiologie d'Aristote, exposées d'après les traités qui nous restent de ce philosophe, par le docteur J. Geoffroy, professeur libre de littérature ancienne. — Paris, 1878. Mulot et Henry.

Ce livre s'adresse surtout aux érudits, à ceux qui se préoccupent de rechercher dans les ouvrages anciens des notions un peu précises sur l'art de guérir. L'auteur a voulu combler une lacune en faisant connaître aux médecins ce qu'ils ne trouvent point dans les œuvres hippocratiques. Celles-ci, en effet, ne traitent, en général, que des questions d'anatomie ou de chirurgie. Les philosophes seuls, et à leur tête Aristote, s'occupaient de l'origine du monde et prétendaient connaître l'origine des maladies. Aristote d'ailleurs procédait en interrogeant la nature, « qui ne fait rien en vain, » et s'il donnait trop de place, dans ses ouvrages, à la recherche des causes finales, il ne négligeait pas l'observation anatomique, voire même la dissection des animaux supérieurs. M. Geoffroy, qui paraît très au courant des ouvrages de l'antiquité, a réuni méthodiquement et avec la plus scrupuleuse exactitude les passages d'Aristote qui se rapportent aux sciences médicales. Les divers chapitres de son ouvrage traitent successivement, après quelques notions préliminaires sur les éléments, l'âme et la matière et l'échelle des êtres, de la locomotion, de la nutrition, de la circulation, de la respiration, des fonctions de reproduction. Un dernier chapitre est consacré à la classification des animaux. L'auteur reproduit enfin le jugement que plusieurs savants, et entre autres Buffon, Cuvier et M. de Lacaze-Duthiers, ont porté sur l'œuvre d'Aristote. Tous ceux qui, dans un historique un peu complet des travaux qu'ils voudront entreprendre, auront à citer les médecins grecs, feront bien de consulter cette savante étude, qui paraît très-consciencieusement faite.

VARIÉTÉS

La peste. — Nous ne nous trompions pas en faisant toutes sortes de réserves au sujet du cas de peste signalé à Saint-Pétersbourg dans le service du professeur Botkin. Plusieurs dépêches nous annoncent, en effet, qu'il ne s'agissait nullement de la maladie observée à Astrakhan, mais bien d'une syphilis grave.

L'épidémie paraît d'ailleurs en voie de décroissance, et si l'Allemagne prescrit encore des mesures quarantenaires assez rigoureuses, en étendant l'interdiction d'importation aux engrais d'os et aux cordages, dans la plupart des autres pays, les provenances de Turquie, de Grèce, d'Egypte, de Tunis et de Gibraltar ne sont plus soumises à la quarantaine.

A Berlin même, sur l'interpellation faite au Parlement par M. Thilenius, le président Hofmann a affirmé que l'épidémie

restait localisée. Si donc le gouvernement allemand a pris des mesures sévères pour empêcher la peste de se propager, c'est afin de répondre aux préoccupations de l'opinion publique. Une commission a été nommée; elle est munie d'instructions; ses avis dicteront au gouvernement allemand, d'accord avec le gouvernement austro-hongrois, les résolutions nécessaires pour calmer toute inquiétude.

En Russie, mêmes nouvelles rassurantes. Le général Loris Melikow est arrivé à Tzaritzin accompagné de plusieurs aides de camp. Il s'y est rencontré avec le professeur Jacoby (de Kharkow) qui y conduisait un détachement sanitaire organisé par la Société de la Croix-Rouge. Si les conditions hygiéniques de la ville et de ses environs sont déplorables, les nouvelles reçues depuis l'arrivée du général Melikow indiquent cependant que l'épidémie de peste n'y a point fait son apparition.

Agrégation des Facultés. — Par arrêté en date du 1er mars 1879, le concours qui doit avoir lieu à Paris, le 16 mars 1879, pour quatre places d'agrégés des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section de physique, chimie et toxicologie), est reporté au 28 avril suivant.
L'ouverture du concours pour la section d'histoire naturelle et de pharmacie reste fixée au 16 mars 1879.

Assistance publique. — Sur la demande du directeur de l'assistance publique, un arrêté de M. le Préfet de la Seine confère à l'Hôpital Temporaire le nom d'*hôpital Laënnec*, et à l'hôpital Ménilmontant celui d'*hôpital Tenon*.

Faculté de médecine de Lyon. — Par décret en date du 28 février 1879, ont été nommés professeurs titulaires à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon : MM. Picard, chaire de physiologie; Crolas, chaire de pharmacie; Mayet, chaire de pathologie et thérapeutique générales; Soulier, chaire de thérapeutique.

École de médecine d'Amiens. — Un concours s'ouvrira, le 6 octobre 1879, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Hospices civils de Rouen. — *Concours pour une place de médecin adjoint* (15 mai 1879). — Une place de médecin adjoint des hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le jeudi 15 mai 1879. Ce concours aura lieu à l'Hospice général, sous la présidence d'un administrateur.

Vaccination. — *Prix.* L'Académie royale de médecine de Madrid avait mis au concours la question suivante pleine d'actualité : « Mesures que devraient adopter les gouvernements pour l'étude » des épidémies varioliques et leur prophylaxie. Organisation qui » doit être donnée au service de la vaccination et de la revaccina- » tion. » Dans sa dernière séance solennelle, l'Académie de médecine de Madrid a couronné un mémoire présenté à ce concours par M. E. Gibert (de Marseille), médecin de la compagnie du chemin de fer, et lui a accordé une médaille d'argent.

Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques. — Nous recevons le Bulletin périodique de l'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques, contenant le compte rendu de la séance annuelle dans laquelle l'Association a décerné des médailles de vermeil, d'argent et de bronze aux ouvrages et aux actes qui concourent le plus utilement au but de sa fondation. M. Frédéric Passy, de l'Institut, président de l'Association, a ouvert la séance par une éloquente allocution; M. Germond de Lavigne, secrétaire général, a fait l'historique de l'origine et des travaux de l'œuvre et a présenté ensuite, avec M. Crivelli, vice-président, le rapport des récompenses.
L'Association a décerné des médailles de vermeil à MM. le professeur Germain Sée, le professeur Michel Peter, Rambosson, miss Emma Reynolds (de Londres), MM. E. Decaisne, A. Nicolas, E. Goubert, Charles Richet, Koch, Stanislas Martin, Mora, de Brunchamel (Aisne), et Desguin (d'Anvers). Des industriels, des employés, des ouvriers, signalés par le concours qu'ils prêtent à l'Association, ont eu leur part dans cette intéressante distribution.

Conseil municipal de Paris (*séance du 4 mars*). — Le préfet de la Seine vient de prendre et il a communiqué au Conseil municipal un arrêté qui a pour but : 1° de décider que les médecins chargés du service des aliénés dans les quartiers des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière seront nommés désormais par la voie du concours; 2° de fixer les conditions et le programme de ce concours; 3° enfin de régler la situation des médecins aliénistes par rapport au rang qu'ils doivent occuper dans le corps médical des hôpitaux. M. le préfet ajoute que les prescriptions de cet arrêté donnent une solution conforme aux principes libéraux et aux intérêts de la science. Elles font cesser un état de choses fâcheux en établissant une règle qui désormais sera constamment suivie : le concours.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 4 mars 1879, MM. de Brazza-Savorgnan, enseigne de vaisseau, et Ballay (Noël-Eugène), aide-médecin auxiliaire de la marine, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur (services exceptionnels : exploration dans l'intérieur de l'Afrique occidentale).

Nécrologie. — Encore deux malheureuses victimes de la diphthérie! M. Henri Carrette vient de succomber aux suites du croup qu'il avait contracté à l'hôpital Sainte-Eugénie, et Jacques Abbadie Tourné, interne à l'hôpital des Enfants, est mort hier matin à la suite d'une angine couenneuse, contractée en opérant un enfant. — On annonce aussi la mort, à Genève, de M. Charles-Henri-Théophile Ebray, géologue très-distingué.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Benoist de la Grandière, ancien médecin de la marine.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 20 au 27 février 1879, on a constaté 1026 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 25. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 0. Variole, 14. — Croup, 15. — Angine couenneuse, 13. — Bronchite, 59. — Pneumonie, 73. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 11. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 5. — Erysipèle, 3. — Autres affections aiguës, 260. — Affections chroniques, 450 (dont 196 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 50. — Causes accidentelles, 28.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité de l'exploration de la poitrine chez les animaux domestiques, par F. Saint-Cyr. 1 volume in-18, avec figures dans le texte, cartonné à l'anglaise. Paris, Asselin et Cie. 5 fr.

Les paralysies post-angineuses à Cauterets (Hautes-Pyrénées). Introduction, notions générales de thérapeutique thermale, par M. le docteur Claude Raveau. In-8 de 84 pages. Paris, H. Oudin frères. G. Masson.

Las perlesias post-anginosas y las aguas termo-minerales sulfurosas de Cauterets, par M. le docteur Claude Raveau. In-8 de 30 pages. Paris, H. Oudin frères. G. Masson.

Les sciences naturelles et la philosophie de l'inconscient, par O. Schmidt. Traduit de l'allemand par MM. Soury et E. Meyer, et précédé d'une étude critique sur la philosophie de l'inconscient. 1 vol. in-18 de la Bibliothèque contemporaine. Paris, Germer Baillière et Cie. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 11 14 MARS 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 13 mars 1879.

LA PESTE DANS L'ASIE.

La terreur outrée que l'épidémie d'Astrakhan vient de jeter en Europe, l'idée erronée que se fait le public, même le public médical, de la peste que l'on croyait éteinte depuis près d'un demi-siècle, et surtout le besoin impérieux de calmer les formidables et folles frayeurs des populations de l'Occident, en les rassurant, m'ont engagé à rédiger cette courte notice. J'espère qu'après avoir pris une connaissance complète, ou du moins exacte de la situation de la peste dans ces dernières années, les médecins de France seront les premiers à coopérer à cette sorte de curation de la peur, la plus soudaine, la plus aiguë et la plus difficilement guérissable des maladies, en même temps que la plus contagieuse.

Je l'ai déjà dit, elle ne guérit qu'avec le temps, c'est-à-dire en devenant *chronique*. C'est dans le but d'abréger sa durée et de hâter la convalescence des innombrables malades qu'elle a frappés en Europe, que je me décide à vous adresser cette communication. Aussi bien, puisque la presse, la grande presse quotidienne (et même la télégraphie), a fait le mal en majeure partie, c'est à la presse médicale à le guérir, ou du moins à essayer d'y porter remède.

La peste, la vraie peste, la peste bubonique, la grande mort noire qui effraya et moissonna plusieurs générations en Europe, la peste n'est pas morte.

Depuis 1858 surtout, époque à laquelle l'épidémie de la province de Benghazi rappela l'attention sur cette maladie qui paraissait éteinte depuis plusieurs années, ses explosions soudaines et souvent redoutables ont été relativement nombreuses. Nous ne voulons point faire ici un exposé complet des diverses épidémies observées depuis cette époque. On en trouvera l'énumération dans un article que publiera prochainement le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Disons seulement que les épidémies ont été très-nombreuses en Asie Mineure, en Perse, en Mésopotamie, dans la Cyrénaïque, dans l'Inde, voire même en Chine. Ce n'est donc point, comme on s'est plu à le croire, à une maladie nouvelle que nous avons affaire, c'est à une explosion nouvelle et plus grave d'une maladie aussi ancienne que fréquente sous forme épidémique.

D'après ce que nous savons de ces dernières explosions de la peste, il paraît en effet certain qu'il y a eu des omissions nombreuses même de la part des médecins qui ont été appelés à les observer. Aussi ferons-nous de nombreuses réserves au sujet de la genèse et des manifestations épidémiques de la peste, quand il sera question d'établir, avec quelques détails, quelles ont été ses diverses apparitions en Orient. Ces réserves semblent résulter des hésitations fréquentes sur le diagnostic quand la maladie n'était pas complétement développée, comme dans quelques petites épidémies de l'Asie antérieure, et notamment pour la plus récente, celle du gouvernement d'Astrakhan. Suivant Döpner, une maladie analogue à la peste et offrant des bubons et parfois des charbons existait en 1877 et en 1878, au pied du Caucase, sur le versant nord, dans quelques stations ou colonies militaires. La peste actuelle a été méconnue pendant plusieurs mois sur les rives du Volga.

On peut, effectivement, conclure de la description des plus récentes irruptions de la peste, que cette maladie se présente sous deux ou trois aspects ou phases diverses dont les plus remarquables sont les suivantes : 1° Au début des épidémies, il existe une forme caractérisée par une symptomatologie hautement accusée et bruyante, à marche foudroyante, qui tue en deux ou trois jours et même moins, sans laisser le temps aux bubons d'apparaître, avec le cortége habituel des fièvres graves ou pernicieuses et parfois avec des éruptions cutanées. C'est cette forme qui a presque toujours fait errer le diagnostic et qui a été prise pour les fièvres palustres mortelles, ou non moins souvent ponr le typhus exanthématique (typhus galopant des médecins de l'Astrakhan). 2° Une seconde forme est le type classique; c'est la maladie dans laquelle apparaissent les bubons vers le quatrième jour, avec ou sans taches gangréneuses vers la peau. Si les bubons ne suppurent pas, c'est que la mort trop rapide ne leur en laisse pas le temps; s'ils suppurent, le malade a des chances de guérir.

De plus, la peste de l'Inde et celle de la Chine offrent encore quelques caractères différentiels; surtout celle du Gurhwal et celle du Kumaon offrent moins souvent l'atteinte des ganglions, mais fréquemment les pneumonies gangréneuses et les pétéchies ou les charbons du côté de la peau. Autre particularité que n'a signalée, je crois, aucun loïmographe. Dans l'Inde, les rats commencent par crever dans les maisons que doit bientôt frapper la peste. En Chine, non-seulement les rats, mais, dit-on, les bœufs, les buffles, les moutons et les chèvres meurent d'une maladie tout à fait analogue à la peste dont meurent les habitants. Je livre au lecteur ces dernières particularités pour ce qu'elles valent.

La cause générale de la plupart des explosions épidémiques de peste a été la misère, souvent la *famine*. C'est notamment ce qui a été observé en Perse, dans le Kurdistan, dans les provinces de Kumaon et de Gurhwal, et surtout dans le Yunan, comme d'ailleurs sur les plateaux de la Cyrénaïque.

Quelles sont les chances que court l'Europe ou seulement la Turquie d'être envahie par le fléau d'Astrakhan? Si, comme cela ressort des dernières dépêches officielles du gouvernement russe, la peste est décidément enfermée dans l'enceinte des cordons sanitaires, on peut raisonnablement conclure qu'elle s'y limitera et finira par s'y éteindre, au

moins pour le moment, sauf les réviviscences ultérieures. Sans doute l'approche du printemps peut faire craindre une recrudescence de la maladie, à laquelle cette saison paraît si favorable. Mais les hautes chaleurs de l'Astrakhan agiront en sens contraire.

Et d'ailleurs, quelles sont les voies de propagation naturelles du fléau? Ce ne sont pas les infranchissables déserts des Kalmouks interposés entre le Volga et les mers Noire et d'Azow. C'est sans doute par le chemin de fer dont Tzaritzin est la tête que le mal peut gagner le reste de la Russie, du côté de Sarratow et de Moscou. Le chemin de fer de Tzaritzin s'arrête à Katasteh sur le Don, et cette artère fluviale, avec la grande route qui la longe, pourrait seule apporter la peste vers les villes importantes de Rostow et de Taganrow, sur les bords de la mer d'Azow.

Quant à l'importation par Odessa, il est bien difficile qu'elle se fasse de l'Astrakhan, car il n'y a aucun chemin direct allant de l'est à l'ouest de la partie méridionale de la Russie. Pour arriver de Tzaritzin à Odessa, il faut remonter les lignes ferrées jusqu'au-dessous du gouvernement de Moscou. Il n'est pas davantage probable que la peste du Volga prenne le chemin de la Transcaucasie : la muraille caucasienne lui barre le passage, et par la Caspienne le trajet est vraiment trop long et difficile pour arriver facilement au fond de la mer Noire.

Ainsi pas ou peu de probabilités pour l'incursion de la peste de Russie sur les pays faisant partie de la Turquie. D'ailleurs, à Constantinople, des mesures sérieuses ont été prises pour prévenir cette importation sur le territoire de l'empire ottoman. Voici sommairement les principales :

Il existe dans la capitale ottomane, depuis longtemps déjà, une institution sanitaire qui se nomme : « Conseil international de santé », composé de fonctionnaires turcs, de médecins européens, et dans lequel chaque puissance de l'Europe est représentée par des délégués spéciaux dont plusieurs sont des médecins. J'ai l'honneur d'y représenter l'ambassade de France. Le Conseil de santé est chargé de faire appliquer les règlements de police sanitaire générale de l'empire, règlements qui ont été élaborés par des commissions et des conférences sanitaires internationales. Il veille à l'exécution des mesures à prendre et au fonctionnement de l'administration sanitaire de toute la Turquie. Il a dans ses attributions principales la surveillance et la prophylaxie des maladies épidémiques. Il a sous sa direction les nombreux médecins sanitaires de l'administration, lesquels sont répartis dans les ports et les principales villes de la Turquie.

Dès le début des nouvelles de la maladie d'Astrakhan, le Conseil de santé prit des mesures efficaces contre les provenances de la Russie méridionale. Il a soumis tous les arrivages de la mer Noire et de la mer d'Azow à une observation d'au moins vingt-quatre heures, à des visites médicales réitérées, à la désinfection du personnel, des navires et des marchandises dites *susceptibles*. Celles-ci sont débarquées au lazaret de Cavak, pour y subir la désinfection pendant cinq à quinze jours, suivant le degré de susceptibilité. Les ports de Bourgas et de Varna, occupés par les troupes russes, ont été soumis au même régime quarantenaire que les ports ottomans, vis-à-vis des provenances russes d'Odessa et du sud de la Russie. Des médecins sanitaires ont été envoyés pour observer l'état de la santé publique en Roumélie orientale et en Bulgarie, à Andrinople, à Philippopoli, Sofia et Routschouk. Ainsi de ce côté le réseau de l'administration sanitaire ottomane est complètement fermé, depuis le fond de la mer Noire jusqu'au pied des Balkans et du Rhodope où recommence la surveillance des offices sanitaires turcs, à l'embouchure de la Maritza, à Cavala, Salonique et la côte de l'Albanie. Du côté de l'Arménie et de l'Asie-Mineure, même surveillance dans les ports ottomans. De plus, des médecins sanitaires sont envoyés pour surveiller le littoral entre Trébizonde et Batoum. Un spécialiste est chargé de résider à Erzéroum et de surveiller la frontière turco-persane et l'état de l'Arménie. Un autre délégué est parti pour l'Astrakhan, et il doit être arrivé aujourd'hui à Tzaritzin : il est chargé d'étudier la maladie et de nous donner des nouvelles. Ce spécialiste, M. le docteur Gabiadès, a déjà plus d'une fois soigné des pestiférés en Mésopotamie, et il est familiarisé avec la maladie, avantage qu'il possède sur ses confrères austro-allemands et romains.

Tous les bruits de l'existence de la peste dans l'empire ottoman sont absolument faux. Nos médecins sanitaires envoyés sur les lieux ont fait prompte et bonne justice de fâcheuses interprétations médicales faites par le public. C'est à peine si, aujourd'hui, il existe quelques petits foyers de typhus exanthématique et de fièvre typhoïde, maladies apportées par les réfugiés de la Roumélie l'an dernier à Constantinople et dans diverses localités de Turquie. On n'en signale plus que trois : l'un au pied du Rhodope, dans le gouvernement de Salonique, l'autre à Aïdin, près de Smyrne, et le troisième près de Trébizonde. La santé publique de Constantinople est, en ce moment, aussi bonne et même meilleure que celle de nos grandes villes de France.

D'où peut donc venir une panique si grande qu'elle a vraiment affolé l'Europe?

De l'existence de la peste dans le Levant et dans la Turquie? Mais il n'y en a, heureusement, nulle trace en dehors de la lointaine province de l'Astrakhan. Serait-ce de la chance de la propagation de la maladie vers les provinces danubiennes, Constantinople, ou les armées russes de Roumélie et de Bulgarie? Mais la Roumanie et la Turquie, comme la Russie, veillent attentivement de ce côté.

Il est plutôt probable que le public, même la partie éclairée, nous dirons même le public médical, a cru à l'invasion inouïe d'une maladie nouvelle ou que l'on croyait morte à jamais. Il importe de savoir qu'il n'en est pas ainsi, et qu'en somme il ne s'agit dans l'Astrakhan que de l'une de ces nombreuses explosions de la peste *caucasique* ou *kurdistane*, dont nous avons observé plusieurs exemples. Du Kurdistan persan à Tiflis, la capitale russe de la Transcaucasie, il n'y a pas loin. Or, Tiflis est relié par un chemin de fer au fond de la mer Noire, à Poti. Et, cependant la peste n'est jamais venue par cette voie vers l'Europe, depuis plus de vingt ans.

D'ailleurs, le Conseil sanitaire de Constantinople est là qui fait et fera bonne garde. Car, le moment de terreur passé et le calme revenu en Europe après la cessation probable de l'épidémie d'Astrakhan, cela n'impliquera pas la tranquillité pour l'administration sanitaire ottomane, qui continuera à tenir un œil largement ouvert sur les coins suspects de l'Astrakhan, du Caucase et du Kurdistan, de la Mésopotamie et de la Perse.

Sans doute le mot de peste est terrifiant pour certaines populations, et Marseille a le droit d'être émue aux lointains souvenirs de l'épouvantable catastrophe de 1720, qui ravagea ses ancêtres et décima la Provence. Mais enfin les choses ont heureusement changé. Aujourd'hui la grande cité a pour directeur de son administration sanitaire un homme profondément versé dans la connaissance des épidémies du Levant, et elle peut se fier en toute sécurité à ses lumières et à son

dévouement. En France les populations ne doivent-elles pas accorder la même confiance à l'expérience et au savoir de l'éminent inspecteur général des services sanitaires, M. le docteur Fauvel, qui a passé une partie de sa belle carrière à étudier et à réglementer les épidémies de l'Orient?

Sans doute l'Europe a été indisposée et même effrayée par les hésitations médicales ou les réticences préméditées des médecins de l'épidémie de l'Astrakhan, qui rappelaient singulièrement les embarras et les contradictions si malheureuses des anciens observateurs des épidémies de Marseille et de l'Italie (voir à ce sujet la sanglante critique de Manzoni). Aujourd'hui les commissions médicales d'Europe vont voir et parler.

Espérons que l'Europe et surtout la France vont revenir à des dispositions d'esprit plus en rapport avec le véritable état des choses, quand elles sauront la vérité. Car la peur, c'est le mal dont il faut se guérir soi-même, suivant le vieil adage: *Medice, cura te ipsum.*

Dr J. Mahé,

Médecin en chef de la marine, médecin sanitaire et délégué du gouvernement français au Conseil international de Constantinople.

HISTOIRE ET CRITIQUE

ÉLÉMENTS. — ÉLÉMENTS UNIVERSELS. — ÉLÉMENTS MORBIDES.

(Premier article.)

Dans quelques journaux, particulièrement dans ceux de la province, nous lisons quelquefois le mot *éléments*, *éléments morbides*, par lequel on touche, comme d'un air distrait, à une question qui a eu pourtant beaucoup de retentissement, même dans ce siècle, et qui agitait encore assez fortement les esprits il y a peu d'années, non-seulement à Montpellier par la plume de Quissac et de Jaumes, mais encore à Strasbourg par celle de Forget, et à Paris par celle de Monncret. Nous ne citons que les plus connus de ceux que ce sujet a attirés. Il nous a paru, puisque la *Gazette hebdomadaire* a coutume de présenter, sous le titre d'*Histoire et critique*, l'exposé de questions qui peuvent n'être pas bien connues de la majorité du corps médical, dans leur origine, dans leur développement et dans leur vraie signification; il nous a paru qu'il ne serait peut-être pas sans quelque utilité de résumer ici, aux divers points de vue qui viennent d'être indiqués, la question des éléments morbides. Ce qui nous y décide d'ailleurs, c'est que, même dans les ouvrages ou les articles dont elle forme le sujet, elle n'a été, nous osons dire nulle part, traitée à fond dans ses diverses parties, spécialement dans son historique.

C'est à cette partie seulement que nous nous attacherons pour le moment. Il ne sera question ici que de la conception de la substance élémentaire et de son application à la chimie et à la médecine. Plus tard, nous comptons compléter ce travail par l'étude critique des *éléments morbides* tels qu'on les comprend aujourd'hui.

Connaître la raison des choses, savoir d'où elles viennent et ce qu'elles sont, est un besoin primordial de l'esprit humain. C'est que la notion de cause est inséparable de la notion de fait, en ce sens que la seconde appelle immédiatement et invinciblement la première. Non pas assurément que l'homme en possession d'un fait soit, toujours et comme malgré lui, entraîné à en rechercher la signification; mais, cette signification, il sait qu'elle existe, et, le jour où elle lui apparaît, il la reçoit comme la satisfaction d'un appétit intellectuel. Un poëte a défini l'enfant: une bouche disant toujours: *pourquoi?* Ce qui est vrai de l'enfant et de l'individu est vrai de l'adulte et du genre humain. « Pourquoi » a été le mot des observateurs qui se sont livrés les premiers à l'étude attentive de la nature. Pourquoi l'univers est-il tel que nous le voyons? Comment s'est-il formé? De quoi est-il composé? A quelles différences essentielles de composition répondent les dissemblances qui s'y font remarquer? Ainsi, à peine avaient-ils tenté d'expliquer un nombre restreint de phénomènes particuliers, que les premiers savants ont voulu se rendre compte de tout l'ensemble et construire un système du monde, dans lequel ils n'ont pas même été embarrassés de déterminer le rôle de l'homme, et, quand le système le comportait, le rôle de Dieu.

Pour ne pas sortir de notre sujet, ceux des antiques systèmes de philosophie indienne qui sont en partie cosmologiques, au lieu d'être purement théologiques, et qui recherchent les principes généraux de la connaissance, c'est-à-dire les principes à l'aide desquels l'univers peut être expliqué, rangent parmi eux les *éléments* qui concourent à la formation même de l'univers. La terre, l'eau, l'air, le feu, l'éther sont, avec les organes de la sensibilité, l'intelligence, etc., au nombre des vingt-cinq principes admis par le Sânkhya; au nombre des neuf que compte le Veiséshikâ. Ces cinq éléments sont, comme nous venons de le dire, le fond, le *substratum*, la substance de l'univers. Ils sont composés de particules irréductibles, qui sont éternelles.

Il est bien remarquable de rencontrer, sur cette question spéciale comme sur tant d'autres problèmes philosophiques, une si frappante analogie entre l'Inde et la Grèce, d'autant plus frappante que, des deux côtés, ce n'est pas par des exposés didactiques, mais par sentences, par aphorismes, et tout d'abord sous la forme poétique, que s'exprime la philosophie naissante. On a disserté sur les causes de cette analogie, sur les échanges qui avaient pu se faire entre l'Orient et l'Occident, non-seulement quant à la question qui nous occupe, mais aussi en ce qui touche l'ensemble des idées philosophiques. Sans entrer dans ce débat, nous ferons seulement remarquer que la doctrine des éléments s'est développée en Grèce avec une certaine lenteur, de Thalès à Empédocle, si bien qu'elle n'est devenue complète que vers le milieu du cinquième siècle avant Jésus-Christ. Or, c'est seulement un siècle plus tard environ qu'a pu avoir lieu, par l'expédition d'Alexandre, suivie par un groupe de savants, comme l'a été presque de nos jours l'expédition d'Egypte, le premier courant un peu large des choses de l'intelligence entre la Grèce et l'Orient, et il est connu qu'Alexandre rencontra dans les pays conquis une philosophie très-avancée. Il est probable que, des deux côtés, la philosophie a pris racine sur le sol national; mais en même temps on ne peut douter que, même avant l'époque d'Alexandre, un écho des théories cosmogoniques et des religions de l'Inde ne soit venu jusqu'aux côtes de l'Asie-Mineure, en Phénicie, en Ionie, et ne se soit répercuté dans le système des philosophes grecs, où il revêtit peu à peu un caractère scientifique inconnu à l'Orient.

Le premier qui se présente à nous, Thalès, était précisément d'origine phénicienne, et il était né à Milet, cité ionienne de l'Asie Mineure (florissait 600 ans avant J.-C.). Il fut, selon le mot d'Aristote, le premier des anciens physiciens, le premier aussi qui ait substitué, dans l'explication de l'univers,

les causes naturelles aux causes mythiques. Thalès regarde l'*eau* comme la matière unique dont tout a été formé. D'où tirait-il cette conception? On ne peut faire à cet égard que des conjectures. Suivant l'opinion commune, Thalès aurait été frappé du grand rôle joué par le liquide, par l'humide, dans les phénomènes de la nature; il aurait remarqué, au dire des uns, la nécessité de l'eau pour la vie des animaux et des plantes, également abondants dans les mers et dans les fleuves; au dire des autres, les effets de la putréfaction qui réduit les corps à l'état liquide, la nature liquide de la semence des animaux, etc. On a répété sur la foi de différents textes anciens que, pour Thalès, la matière première, l'eau, n'entrait en action pour la formation du monde que pénétrée et animée par un esprit, une intelligence, une âme, et que Dieu était *la raison du monde*. Notre Sprengel, des philosophes de nos jours, adoptent cette opinion; mais d'autres, Zeller en tête, la repoussent ou la considèrent comme problématique. Il est vraisemblable, en effet, que Thalès n'a vu que forces physiques dans la mise en œuvre de son unique élément.

Nous ne disons rien de Phérécyde, qui écrivait à Scyros, au temps de la vieillesse de Thalès, et qui ne faisait guère que commenter la doctrine de ce dernier, en formant l'univers avec une matière liquide et une force ordonnatrice. Nous passons rapidement aussi sur Anaximandre (commencement du sixième siècle avant J.-C.), également de Milet, dont la doctrine, quoique relative aussi à la formation de l'univers, n'a pas eu et n'a pu avoir d'application directe à la médecine. Dans cette doctrine, l'élément universel est l'*infini;* mais, par infini, il faut entendre *une matière* qui n'a pas de limite et qui ne s'épuise pas. C'est une substance corporelle aussi bien que l'eau, mais dont Anaximandre ne spécifie pas la nature et sur laquelle on a pu d'autant plus aisément faire toutes sortes de suppositions : ceux-ci y voient un intermédiaire entre d'autres éléments, ceux-là un mélange, ou, comme on pourrait dire aujourd'hui, une matrice, de laquelle les autres éléments se seraient dégagés. Anaximandre paraît, comme son devancier, attribuer à la matière elle-même le principe de son mouvement.

Presque à la même date, et toujours à Milet, un disciple du philosophe précédent, Anaximène, plaça le principe primitif et unique des choses dans l'*air*, en déclarant que l'air est infini. Il adopta donc la doctrine de son maître, en déterminant qualitativement la substance sans fin que ce dernier ne spécifiait pas. Sur les motifs scientifiques de cette doctrine, on a disserté autant que sur ceux de la doctrine de Thalès. L'air a été considéré comme le principe d'où toutes choses sont sorties, ou bien parce qu'il est mobile, parce qu'il se condense ou se raréfie, ou bien parce que, étant visiblement nécessaire à la vie de l'homme et des animaux, il doit l'être à la formation et à la durée du monde, qui n'est autre chose qu'un grand corps vivant. C'est de la raréfaction et de la condensation de l'air que résulte tout ce qui apparaît dans l'univers.

Vient Héraclite, d'Éphèse (florissant à la fin du quatrième siècle), pour qui la matière première n'est ni l'eau, ni l'air, mais bien le feu. Le feu se raréfie, il se condense, comme l'air; de là le monde. Malheureusement, dans les idées du philosophe misanthrope, que l'éthique occupait plus encore que la physique, ce feu qui a créé et qui entretient l'univers finira par le dévorer. La matière première ne produit les différents corps que par le changement qu'elle subit elle-même (discorde); elle reviendra à son état primitif (concorde), et c'est alors que le monde sera anéanti.

Avec Empédocle d'Agrigente (milieu du cinquième siècle), la doctrine des éléments fait un nouveau pas et se fixe; car elle est restée, dans la suite, à peu près telle qu'il l'avait établie. Disons d'abord que, pour lui, la matière éternelle était d'abord une; il la représente sous la forme d'une sphère, contenant en elle tous les éléments, toutes les formes qui apparaîtront dans le monde. L'unité était alors maintenue par une force qu'il nomme amitié; mais une force ennemie, l'antipathie, la haine, ayant rompu la cohésion du *spherus*, les éléments se séparèrent : l'air d'abord, puis le feu, puis l'eau et la terre. Ces éléments sont irréductibles les uns aux autres, mais composés de particules, et c'est ici un point de contact remarquable avec la conception indienne des éléments qui a été rappelée tout à l'heure. Les éléments d'Empédocle sont vivants; le philosophe, ou plutôt l'auteur du poëme *De la nature*, les divinise et fait du feu Jupiter; de l'air, Junon; de la terre, Pluton; et de l'eau, Nestis.

Telle est, dans ses traits généraux et divers, la doctrine des éléments. Il est bon de savoir qu'elle a subi encore, dans l'antiquité grecque, soit aux temps mêmes dont nous parlons, soit un peu plus tard, quelques modifications plus ou moins notables, mais dont l'exposé détaillé sortirait de notre cadre et n'ajouterait rien d'ailleurs à ce qu'il importe au médecin de ne pas ignorer. Nous laissons donc Archélaüs, qui paraît n'avoir admis comme éléments que le feu et l'eau; éléments primitivement confondus, mais qui, par l'action du feu sur l'eau, se séparèrent et donnèrent ainsi naissance à l'air et à la terre. Nous ne disons rien de Hippon ni de Idée, et nous nous contentons de mentionner Diogène d'Apollonie (cinquième siècle), quoique la doctrine de ce philosophe, tout à fait voisine de celle d'Anaximène, ait pour l'historien cet avantage d'offrir, tant par des fragments de Diogène lui-même que par les écrits des commentateurs, une assez large base à la critique. On attribue à Xénophane, de Colophon (fin du sixième siècle), diverses opinions sur la nature physique, sans motifs bien plausibles. Il aurait admis un seul élément, qui serait la terre suivant les uns, l'eau suivant les autres; mais le fondateur de l'école éléatique s'est plus préoccupé de la nature de Dieu, de son unité, de son éternité, que de la nature du monde physique, et ce qu'il a pu professer sur ce dernier sujet est resté conjectural. On en peut dire autant de son disciple Parménide. Enfin il faut au moins rappeler la doctrine pythagoricienne du nombre considéré comme élément des choses (voy. l'article Nombre du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*). Cet élément tout spécial n'a pas eu sur la médecine une influence relativement longue, et il nous suffira d'en noter ce caractère essentiel, si l'on peut du moins se fier au dire des historiens du pythagorisme : que, dans le système du maître, les nombres concouraient à former les éléments matériels de l'univers en se combinant dans des proportions telles que ces éléments étaient représentés par des figures géométriques : la terre, par le cube; le feu, par la pyramide; l'air, par l'octaèdre; l'eau, par l'icosaèdre.

La doctrine d'un élément unique ou d'éléments peu nombreux a eu ses contradicteurs directs. Le propre, par exemple, du système d'Anaxagore, contemporain d'Empédocle, est de soutenir que le monde, loin d'être constitué par un seul élément soumis à de perpétuelles transformations, est le produit de la réunion, en mille manières diverses, d'une infinité de particules formant des groupes distincts, et, pour ainsi dire, des familles dont tous les individus sont de même nature (homœoméries), et que c'est la nature spéciale des particules réunies qui détermine les qualités spéciales des objets. Au

lieu donc de un, deux, trois, quatre éléments, il y a une multitude d'éléments qui, en se groupant sous la loi de leurs natures respectives pour constituer des objets divers, animés ou inanimés, établissent par cela même et sans transformation aucune la diversité de ces objets.

La philosophie atomistique proprement dite ne rentre pas absolument dans la question dont on s'occupe ici; mais ce qui oblige à en dire un mot, ce sont ses accointances avec le système des éléments. Leucippe donc fonda la théorie des atomes. Il n'y a rien dans ce monde que vide et atomes en mouvement. Les atomes ont des formes diverses : la forme ronde appartient aux plus actifs, qui communiquent le mouvement aux autres; l'âme est un composé d'atomes ronds; la respiration, un flux et reflux d'atomes de même forme. Démocrite (d'Abdère) précise ce système, le développe, et explique comment les éléments de l'école ionique sortent de la rencontre des atomes. L'air et le feu sont formés par des atomes ronds, petits et légers; la terre et l'eau, par des atomes plus grands et plus compactes. L'âme est un agrégat d'atomes assez subtils pour s'insinuer dans toutes les parties du corps, où ils entretiennent le mouvement et la vie. La sensation est produite par des atomes *émanés* de corps environnants, qui pénètrent jusqu'à l'âme. Cette doctrine de l'émanation jouera plus tard un grand rôle en philosophie. Avec Épicure enfin, l'atomisme prend sa dernière expression; mais, à notre point de vue, nous n'avons à y relever que cette conception particulière des éléments : l'âme est composée d'esprit (réunion d'atomes subtils, πνεῦμα), d'air et de feu, et communique à tout le corps : par le premier, le mouvement; par l'air, le repos; par le feu, la chaleur.

Dans toutes ces doctrines atomistiques, purement matérialistes, la matière est considérée comme éternelle. On y reconnaît le même fonds d'idées que dans celles de la philosophie indienne, où l'on a vu également se joindre la doctrine des atomes et celle des éléments.

Pour achever de faire saisir le sens d'une question à laquelle se rattache une partie importante de l'histoire des doctrines médicales, il nous faut encore rappeler que, dans aucun système, ni les éléments ne se résolvent jamais les uns dans les autres, ni un élément particulier ne change de nature, quelle que soit la diversité apparente des objets qu'il concourt à former. L'élément ne subit jamais que des changements en quelque sorte extrinsèques, des changements de forme. Ce sont, pour employer un langage qui n'est pas de ce temps, des *transfigurations* et non des *transsubstantiations*. Admet-on plusieurs éléments, ceux-ci forment, abstraction faite des combinaisons qu'ils sont susceptibles d'opérer entre eux, des espèces d'êtres en nombre égal au leur, c'est-à-dire que l'espèce de chaque être formé correspond à une espèce déterminée d'éléments. L'élément primordial est-il regardé comme unique, il forme les choses qui, dans d'autres doctrines, constituent les autres éléments, et, par elles, tout ce qui existe dans l'univers. Ainsi, dans le système de Thalès, l'eau, en se dilatant, produit le feu; en se concentrant, la terre. L'air se forme au point intermédiaire entre l'extrême dilatation et l'extrême condensation. Anaximène fait jouer à l'air à peu près le même rôle que son prédécesseur à l'eau : l'air produit le feu en se dilatant; la terre et l'eau, en se condensant. Héraclite, admettant le feu pour unique élément, se rejeta sur la concentration, et c'est par des concentrations successives que, pour lui, le feu devient vapeur (ou air); la vapeur, eau; l'eau, terre. Diogène d'Apollonie, quoique rangé, comme nous avons dit, à la doctrine d'Anaximène, tira de l'air les trois autres éléments uniquement par condensation. On remarquera que la terre seule n'a pas la vertu de produire les autres éléments.

On a, du reste, beaucoup discuté sur le point de savoir si les éléments désignés par les philosophes physiciens de l'antiquité sous les noms d'air, d'eau, de feu, de terre, représentaient bien à leurs yeux la réalité des choses que ces mots désignent communément, ou s'ils entendaient par là une sorte de modèle, de type, d'idée, à l'imitation desquels auraient été formés l'air atmosphérique, l'eau des fleuves, le feu de la lampe ou la terre que nous foulons. Cette question, on comprend à merveille qu'elle ait été posée en présence de la pénurie et du caractère assez souvent suspect des informations auxquelles la critique en est réduite, et aussi de la forme poétique, conséquemment peu précise, en laquelle, jusqu'à Héraclite exclusivement, ont été exposées les spéculations des anciens philosophes grecs sur la nature. Mais la solution qu'elle doit recevoir ne paraît pas douteuse. Qu'ils aient fait la matière active, capable de son propre mouvement, ou qu'ils aient subordonné ce mouvement à l'action d'un principe spécial et supérieur, les philosophes ne voyaient dans les éléments constitutifs de la matière qu'une substance réelle, substance invisible sous sa forme élémentaire, mais étant bien néanmoins celle qui nous apparaît dans la nature formée. C'est bien l'eau, par exemple, ou l'air qui, sous différents modes, forme tous les corps et l'âme elle-même. On s'étonnera moins de l'interprétation à laquelle nous croyons devoir, avec la majeure partie des critiques modernes, nous ranger aujourd'hui, après avoir adopté autrefois l'interprétation contraire (*Gaz. hebd.*, 1839), si l'on veut bien remarquer que la nature de l'âme humaine et celle de l'intelligence suprême n'étaient pas aussi étroitement connexes dans la théologie grecque qu'elles le sont devenues plus tard, et que la doctrine de la matérialité de l'âme coexistait avec celle de son immortalité, et aussi avec celle de la spiritualité d'un principe général de mouvement, d'une intelligence ordonnant la distribution et le mélange des éléments de manière à produire le monde harmonieux qui frappe nos regards ; — sans compter qu'il peut rester bien des doutes, comme nous l'avons dit plus haut (au moins à l'égard de certains philosophes), sur cette conception spiritualiste de l'antiquité. Quant à l'âme en particulier, elle était souvent considérée, on l'a vu tout à l'heure, comme une matière subtile, légère, susceptible, quand elle se dégage du reste du corps, de s'élever comme une vapeur. Cette vue, Cicéron l'exprime avec précision dans les *Tusculanes*. Sans vouloir se prononcer sur la vraie substance de l'âme, feu ou air, mais en maintenant que, si c'est l'air, celui ci doit être enflammé, le philosophe romain, en train de discourir sur l'âme *immortelle*, ne lui en attribue pas moins la propriété de produire la chaleur du corps. Après quoi : « Ajoutons, dit-il, que, l'âme étant d'une légèreté sans égale, il lui est bien facile de fendre l'air grossier et de s'élever au-dessus. Rien n'approche de sa vélocité. Si donc elle demeure incorruptible et sans altération, il faut que, montant toujours, elle pénètre au travers de cet espace où se forment les nuées, les pluies, les vents... Quand elle l'a traversé et qu'elle se trouve où règne un air subtil avec une chaleur tempérée, *ce qui est conforme à sa nature*, là elle se range avec les astres et ne fait plus d'efforts pour monter plus haut. » Du reste, un exemple décisif d'une différence de nature entre l'esprit ordonnateur du monde et l'esprit de l'homme est fourni par la doctrine d'Anaxagore, qui soumet toute la nature, brute ou animée, à la seule action du principe universel. La matière

ne se détermine pas d'elle-même, ne règle pas le mélange ni la place de ses éléments; c'est l'affaire du principe supérieur; mais ce principe opère sur la totalité de ce qui est, et ce qu'on appelle l'âme chez l'homme naît, comme son corps, de cette opération.

(*A suivre.*) A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

RÉSULTATS DE CINQ AMPUTATIONS DE CUISSE TRAITÉES PAR LES ANCIENNES MÉTHODES (statistique intégrale de l'hôpital Cochin pour l'année 1878), par le docteur A. DESPRÉS, professeur agrégé de la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Au moment où l'esprit chirurgical de notre époque semble porté à mettre le succès des opérations au compte de quelques modes de pansement, il nous a paru qu'il ne serait pas sans intérêt de donner les résultats obtenus par les anciennes méthodes de pansement dans les grandes amputations, dans celles qui sont regardées comme les plus graves. Depuis le 1er janvier 1878 à janvier 1879, nous avons pratiqué à l'hôpital Cochin cinq amputations de cuisse à la partie moyenne, trois fois pour des traumatismes graves, une fois pour une tumeur blanche douloureuse, une fois pour une tumeur blanche ulcérée. C'est la première année où nous avons amputé un nombre si considérable de cuisses : en moyenne il n'y a que trois amputations de cuisse à l'hôpital Cochin sur deux années (1).

Le lecteur verra que ni le pansement ouaté, ni le pansement antiseptique, avec toutes ses complications, n'ont été mis en usage, et que cependant les malades ont guéri dans des proportions exceptionnellement rares, puisque sur cinq amputés quatre ont guéri.

Il ressortira, nous l'espérons, de cette courte statistique raisonnée que ce qui fait le succès des amputations de cuisse c'est un ensemble de conditions naturellement favorables, ou d'indications générales bien remplies, que l'on néglige trop de faire intervenir dans les jugements qu'on porte sur les pansements.

Avant tout, pour ne point y revenir, voici le mode opératoire et le pansement uniforme qui ont été appliqués, excepté dans la première observation, où nous avons dû faire ce que nous avons pu et non ce que nous avons voulu.

La vieille compression digitale au pli de l'aine est employée pour faire l'hémostase. La cuisse est amputée par une méthode intermédiaire entre la circulaire et l'elliptique, c'est-à-dire que la section n'est pas perpendiculaire à l'axe de la cuisse. Les artères sont liées avec le fil ciré.

Après l'amputation terminée, une bande roulée est appliquée serrée sur la portion restante de la cuisse, depuis la racine jusqu'à trois travers de doigt de la plaie.

Des bandes de diachylum sont placées de manière à réunir la plaie et à la recouvrir presque entièrement; elles prennent leur point d'appui sur la bande roulée qui serre le moignon.

Un linge troué enduit de cérat recouvre le pansement (et est placé là pour faciliter le renouvellement du pansement). Un gâteau de charpie trempée dans l'eau alcoolisée (alcool camphré) recouvre le linge troué, et nous plaçons par-dessus les compresses croisées et le triangle des moignons, qui est assujetti au tronc à l'aide d'une bande croisée qui entoure le bassin et est attachée au triangle par six épingles. Le bandage est arrosé toutes les deux heures avec de l'eau légèrement alcoolisée.

(1) La statistique intégrale des amputations de cuisse à l'hôpital Cochin sera publiée en 1882.

La charpie et le linge troué sont renouvelés tous les jours jusqu'au douzième jour. A partir de ce moment on applique le pansement simple (linge troué cératé et charpie) jusqu'à la cicatrisation complète. On change la bande roulée lorsque, le moignon ayant maigri, cette bande ne tient plus. A ce moment d'ailleurs le diachylum tombe.

Sous ce pansement il se produit toujours de la réunion par première intention *profonde* et *superficielle*; il se réunit tout ce qui peut se réunir sans danger; j'évite, on le voit, de placer un drain dans la plaie fraîche. C'est en suivant le fil à ligature que le pus des premiers jours peut sortir librement. Ce n'est que dans le cas de suppuration du moignon que ce drainage a son utilité.

Voici les observations :

OBS. I. — Sicard (Louis), charretier, âgé de quarante ans, est amené à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques (vieilles salles). Le 14 janvier 1878, à cinq heures du soir, étant en état d'ivresse, il était tombé, et sa voiture, pesamment chargée, lui avait passé sur les membres inférieurs. Cet accident était arrivé sur la route de Bagneux. Le malade resta quatre heures sur le sol, où les passants le retrouvèrent dans une mare de sang. Il fallut quatre heures pour le relever, le transporter dans une voiture et le conduire au pas à l'hôpital, le 14 janvier.

M. Després, appelé à une heure du matin près du malade, le trouve exsangue et ayant néanmoins 37°,2 de température. Le membre inférieur gauche était écrasé; fracture comminutive du fémur et de la partie supérieure des deux os de la jambe; ouverture de l'articulation du genou. La jambe droite était fracturée comminutivement au tiers inférieur, sans plaie, mais il y avait une vaste ecchymose du mollet et du jarret; le pied était néanmoins intact et n'était pas trop froid.

Attelles plâtrées immédiates sur la fracture de la jambe droite sans liens constricteurs.

Amputation de la cuisse au-dessus de la partie moyenne (le malade est opéré à son lit; il est tellement faible que M. Després ne veut pas le déplacer; il fait alors une amputation à lambeau externe et scie l'os avec la scie à chaîne). Suture du lambeau avec la suture entortillée, bande roulée serrée sur le moignon, linge troué cératé, charpie mouillée avec l'eau alcoolisée. Une seule ligature a été placée sur l'artère crurale; aucune autre artère ne donnait de sang, tant le malade était exsangue.

Le 16 janvier, gangrène sèche de toute la jambe droite, depuis le pied jusqu'au genou, suite probable d'une oblitération ou d'une rupture de l'artère poplitée ou de l'artère crurale. Température, 39°,2.

Le 18 janvier, température, 39°,1. Mort (fig. 1).

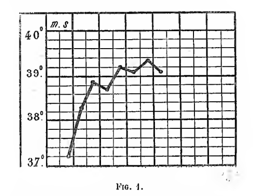


FIG. 1.

Il y a eu opposition à l'autopsie et nous n'avons pas pu vérifier si l'artère poplitée était déchirée ou oblitérée.

OBS. II. *Fracture compliquée du genou; amputation de la cuisse; guérison.* — Le nommé Borel (Joseph), charpentier, âgé de dix-neuf ans, entre à l'hôpital le 27 mai 1878, salle Saint-Jacques, n° 9 (vieilles salles), six heures après une chute de la hauteur d'un échafaudage élevé d'un étage. Le genou gauche avait porté sur le sol, ainsi que la main droite; il y avait une luxation de la seconde phalange du médius droit sur la première. Au membre inférieur les lésions étaient très-graves; une plaie située au tiers inférieur de la cuisse donnait issue au fragment supérieur du fé-

mur; il s'écoulait par la plaie du sang, de l'air et de la synovie. Les deux condyles du fémur étaient séparés par un trait de fracture verticale; l'articulation du genou, remplie d'air, donnait à la percussion une sonorité caractéristique, et on sentait la crépitation en faisant frotter l'un contre l'autre les deux condyles.

M. Després, appelé immédiatement, juge l'amputation de la cuisse urgente. Le malade, qui avait un excellent moral, l'accepte. Le chirurgien la pratique d'après les règles indiquées plus haut. Chloroforme; amputation circulaire de la cuisse au tiers moyen; les parties molles, qui n'étaient contuses que sur le trajet des vaisseaux, peuvent être conservées, et l'on obtient un moignon bien pourvu de muscles; quatre ligatures; pansement à l'ordinaire.

La luxation de la phalange est réduite avec les doigts par le procédé de douceur.

Voici le tracé de la température (fig. 2) :

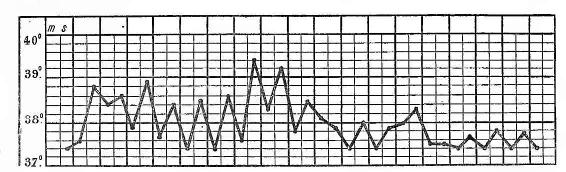


Fig. 2.

Pendant les trois premiers jours, le malade eut une rétention d'urine, suite de la contusion de la moelle épinière pendant la chute sur le genou. Le cinquième jour, il survint dans la soirée une hémorrhagie peu abondante. Le 6 et le 7 elle se renouvela. Le 8 au matin, la plaie, qui s'était réunie en grande partie, sauf aux points où passaient les ligatures, est désunie, et M. Després va à la recherche du vaisseau qui donnait; il lie une artère qui provenait de la gaîne des vaisseaux.

Sur le tracé de la température on peut voir que cette opération provoqua une élévation de la température plus grande que celle qui exista après l'opération, et l'on voit bien par là que la véritable cause de l'inflammation est l'irritation des plaies beaucoup plus que le contact de l'air.

Un drain est placé et la plaie refermée de nouveau avec les bandelettes de diachylum.

Chute des ligatures le seizième jour; suppression du drain et du mouillage de la charpie.

La plaie est fermée le quarante-deuxième jour. Le malade sort de l'hôpital en état de marcher, et ayant fait l'apprentissage de sa jambe de bois le 21 septembre 1878.

Obs. III. *Fracture compliquée du genou; amputation de la cuisse; guérison.* — Perrachon (Joseph), âgé de quarante ans, terrassier, entre à l'hôpital Cochin le 4 juin 1878, n° 1, baraque n° 1. Tombé d'un échafaudage au milieu de solives, dont une écrase son genou gauche. Cinq heures après l'accident, M. Després est appelé et constate les lésions suivantes : le fémur seul est fracturé; le fragment supérieur fait issue à travers une plaie située à 15 centimètres au-dessus de la rotule; les deux condyles sont séparés et donnent une crépitation franche; en même temps la palpation permet de reconnaître que l'articulation du genou est remplie d'air, qui sort par la plaie mêlé à de la synovie. Température, 37°,5. La blessure de ce malade était la reproduction exacte de la blessure du malade précédent.

Le 4 juin, à huit heures du soir, amputation circulaire immédiate à la partie moyenne; chloroforme (le malade, qui se grisait d'habitude tous les huit jours, est assez long à endormir); les muscles, fortement contusionnés, obligent à n'en laisser qu'une faible quantité dans le moignon; le périoste était décollé sur l'os au niveau où a été porté le trait de scie. La ligature de la fémorale a été difficile; l'artère était incrustée; une première, puis une deuxième ligature coupèrent le vaisseau; la troisième, serrée par M. Després, ne tint que parce qu'il prit avec l'artère une partie de la gaîne des vaisseaux. Trois autres ligatures.

Le tracé de la température donnera le caractère de cette observation (fig. 3) :

Nous y joignons les détails suivants :

Chute de la principale ligature le quatorzième jour.

La plaie fut un peu longue à se refermer définitivement, et à partir du 27 août, deux mois passés après l'amputation, M. Després ou le malade retirèrent successivement quatre petites esquilles dont la réunion constituait une petite virole d'os. Le malade sort, avec sa jambe de bois, définitivement guéri, le 16 octobre; mais depuis six semaines il ne restait à l'hôpital que pour attendre un placement quelconque.

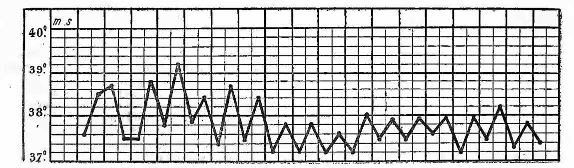


Fig. 3.

Obs. IV. *Tumeur blanche du genou droit. Amputation de la cuisse. Guérison.* — Le nommé Picard (Jean-Baptiste), âgé de quarante-deux ans, casseur de marbres, muet et d'une intelligence inférieure, était entré à l'hôpital Cochin (baraque n° 2), pour une tumeur blanche du genou, ostéo-arthrite, d'origine traumatique, datant de trois ans. Des appareils inamovibles furent d'abord appliqués; le malade ne voulut point les supporter (la jambe ayant été un peu redressée, il souffrait); un autre appareil fut encore appliqué, mais le malade fit comprendre par signes qu'il aimait mieux qu'on lui coupât la cuisse.

Le 13 mars 1878, l'amputation fut décidée. Chloroforme, amputation circulaire à la partie moyenne de la cuisse, quatre ligatures. Pansement à l'ordinaire.

Voici le tracé de la température (fig. 4) après une légère fièvre; le neuvième jour, la température revint à l'état normal.

Chute des ligatures le quatorzième jour; cicatrisation complète de la plaie le quarantième jour. Application de la jambe de bois. Ce malade, maladroit, ne savait se servir de sa jambe de bois, et la cassa dans les premiers jours de mai. En se promenant avec des béquilles pendant la réparation, il tomba sur son moignon et déchira la peau autour de la cicatrice dans une étendue de 7 centimètres. Des cataplasmes de farine de lin furent appliqués pendant

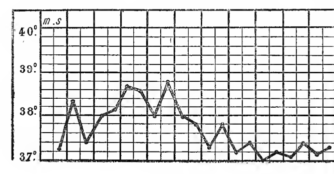


Fig. 4.

douze jours, et ensuite M. Desprès fit appliquer le pansement simple. Cette nouvelle plaie guérit en trente-cinq jours.

Le malade resta encore quelque temps à l'hôpital en attendant qu'on lui trouvât un placement, et pendant ce temps il gagna une pleurésie dans les baraques, le 21 juillet. Il sortit guéri, sachant se servir de sa jambe de bois, au mois d'octobre 1878.

Obs. V. *Tumeur blanche du genou gauche. Amputation circulaire. Guérison.* — Drot (Jean), cordonnier, âgé de trente-neuf ans, entra à l'hôpitel Cochin, salle Saint-Jacques, n° 3 (vieilles salles), le 16 septembre 1878.

Ce malade avait, depuis six ans, une tumeur blanche du genou avec fistules et conservation de mouvements, avec craquements osseux caractéristiques; ce mal existait depuis trois ans, et le malade venait à l'hôpital pour se faire amputer la cuisse.

Après huit jours de préparation: bains, cataplasmes en permanence sur le genou, repos au lit et purgatif léger, le malade est opéré. Sa température était à 37°,1.

Le 24, amputation circulaire du haut du tiers inférieur de la cuisse. Chloroforme; trois ligatures; pansement à l'ordinaire.

Voici l'observation, d'après le tracé de la température (fig. 5);

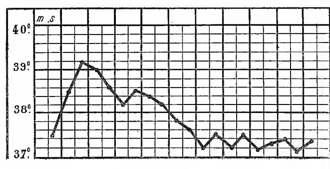


Fig. 5.

la ligature de la fémorale, toujours indiquée dans nos opérations, parce que nous nous servons d'un fil double, tomba le seizième jour.

La plaie est entièrement cicatrisée le trentième jour.

Une seule remarque à propos de ce malade : le sixième jour, après l'opération, la température était revenue à l'état normal. J'ai déjà observé le fait sur deux amputés que j'ai opérés dans les mêmes conditions.

Le malade, guéri de son amputation, a été pris d'un anthrax de la lèvre inférieure à poussées successives, qui a guéri sous l'influence de cataplasmes émollients et sans incisions dans l'espace de vingt et un jours. Il eut, encore un petit furoncle sur le bras gauche; puis il eut en décembre 1878, une gastralgie qui dura un mois. Aujourd'hui, le malade est complétement rétabli, et a repris son métier de cordonnier.

Ces cinq observations variées montrent bien que ce n'est pas un pansement extraordinaire, merveilleux, qui a procuré la guérison. Le pansement que nous avons employé a suffi à favoriser la réparation de la plaie d'amputation, en assurant une bonne compression, c'est-à-dire une bonne immobilisation du moignon, et une atmosphère humide sur la plaie pendant la première période de suppuration. Mais ce qui a donné le succès dans deux des amputations pour un traumatisme (obs. II et III); c'est que les malades ont été opérés moins de dix heures après leur accident, et qu'ils avaient presque identiquement la même blessure; c'est que ces deux hommes n'avaient point perdu une trop grande quantité de sang, et aussi, c'est que ces deux blessés, surtout le malade de l'observation II, qui était jeune, acceptaient sans crainte et avec une entière résignation l'amputation; l'un d'eux, le second, était cependant un ivrogne, un alcoolique; mais il n'avait sans doute pas encore le cerveau, le cœur ou le foie malades. Ces deux blessés ont guéri, parce qu'ils étaient dans des conditions naturellement favorables et qu'ils ont été opérés à temps. Le premier malade est mort parce qu'il ne présentait aucune de ces conditions favorables; il avait d'ailleurs une lésion double, il avait une fracture avec contusion artérielle du membre qui n'a pas été amputé, et eut la gangrène de la jambe qui a fait périr le malade de septicémie aiguë. Les trois observations servent de contrôle l'une à l'autre. Qu'on nous montre des blessés de ce genre guéris avec un pansement quelconque. Jusqu'à ce que je trouve un fait publié, je serai en droit de dire que les amputés que l'on guérit avec un pansement, l'autre l'aurait guéri de même avec un autre, pourvu qu'ils assurent l'immobilisation de la plaie et une atmosphère humide dans le pansement.

Pour ce qui est des tumeurs blanches, le succès avait été prédit par moi aux élèves. Lorsque des malades ont depuis longtemps un genou malade, et lorsqu'ils en souffrent, nous les voyons quelquefois solliciter l'amputation. Il faut, en effet, établir une grande différence entre les malades auxquels on impose une amputation et ceux qui la demandent. Je me rappelle encore ce que j'ai vu faire lorsque j'étais élève, et j'ai vu bien des malades ne point se consoler d'avoir perdu leur cuisse; je ne dis pas que le chagrin les a tués, mais j'ai toujours remarqué qu'un opéré qui a un bon moral est toujours dans de bonnes conditions; il mange plus volontiers qu'un homme attristé, et un amputé qui se nourrit est bien près de guérir. Les malades qui souffrent depuis longtemps ont l'habitude du lit, ceux qui suppurent depuis longtemps sont moins exposés aux inflammations, cela est reconnu depuis longtemps. N'avons-nous pas rappelé tous que les scrofuleux tolèrent mieux que les autres les opérations?

A moins d'avoir la main forcée, on peut toujours préparer les malades aux amputations par le régime, les bains, les amers, les toniques, et lorsqu'ils ont une température qui oscille régulièrement entre 37° et 37°,2, on peut être tranquille sur leur avenir. Toutes les fois que l'on opère les malades pendant une période de fièvre, on est au contraire exposé à des accidents; quels que soient les désirs des malades, on va souvent au-devant d'un échec, il n'y a pas de pansement qui tienne. J'ai le souvenir d'avoir amputé un malade qu'on avait apporté à l'hôpital Cochin, et dont le fémur sortait par une ulcération du genou; il avait la fièvre. J'ai tenté l'amputation; le malade est mort dans les trois jours, et je n'hésite pas à dire qu'avec un pansement quelconque le résultat eût été le même.

Mes deux malades atteints de tumeur blanche étaient dans un état de santé relativement satisfaisant, et ils ont bien guéri; et ce sera toujours comme cela entre les mains d'un

chirurgien soigneux quelconque, et celui qui choisira dix ou quinze malades de ce genre, et voudra prouver la valeur d'un pansement, ne fera qu'une chose, c'est prouver qu'il y a des amputations de cuisse destinées à réussir.

Je suis de ceux qui pensent que les observations bien nettes ont la valeur d'expériences, et je suis heureux de pouvoir donner ces cinq observations, pour permettre aux lecteurs de discerner la vérité sur le pronostic des amputations et la valeur des pansements.

Je ne voudrais pas terminer sans faire remarquer qu'il y a eu autant de guérisons dans les vieilles salles que dans les baraques, et que, s'il y a quelque chose à dire, c'est contre les baraques, puisqu'un convalescent a été pris d'une pleurésie dans ces bâtiments situés dans un pré humide.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Anurie chez un graveleux.

L'observation de M. Tenneson sur un cas d'anurie par obstruction calculeuse des uretères, rapportée dans le numéro du 28 février de la *Gazette hebdomadaire*, me rappelle un fait analogue que j'ai observé au mois de juillet 1877. Il s'agit d'un malade de la clientèle de mon confrère M. le docteur de Confévron qui me l'a très-gracieusement fait voir. L'autopsie n'a pas été permise malgré nos instances réitérées; mais ce cas paraît néanmoins se rapprocher beaucoup de celui de M. Tenneson.

L'observation n'a été prise que très-sommairement; je m'étais contenté de noter les faits principaux, pensant qu'ils me seraient utiles à l'occasion. Ce sont ces notes très-succinctes que j'ai l'honneur de vous adresser, vous priant de les publier si elles vous semblent être de quelque intérêt pour vos lecteurs :

Obs. *Anurie chez un graveleux.* — M. X..., prêtre, soixante ans, d'une constitution robuste, a eu plusieurs fois des coliques néphrétiques. Il a rendu en assez grande quantité, et à trois reprises assez éloignées les unes des autres, des calculs de petite dimension (grains de millet, lentilles), qu'il nous a montrés.

La dernière émission de graviers date de quelques mois. Ce sont des graviers qui nous paraissent phosphatiques; cependant, une fois ils étaient muriformes, rougeâtres.

Depuis huit jours, c'est-à-dire depuis le 25 juillet 1877, anurie complète.

Pas d'urine dans la vessie ni envie d'uriner depuis cette époque.

Perte d'appétit, quelques envies de vomir, fièvre, tels sont les seuls symptômes qu'il accuse avec une pesanteur dans les reins, *surtout à droite. Autrefois il souffrait surtout du côté gauche.*

L'urine n'a pas reparu. Le malade a succombé le 7 août 1877, dans le coma, après avoir présenté les symptômes d'intoxication urinaire.

La famille a refusé absolument l'autopsie.

Réflexions. — Cette observation est trop incomplète pour donner lieu à des conclusions irréfutables. Cependant, des faits rapportés plus haut, nous croyons qu'il est permis de supposer que :

1° L'anurie est due, dans le cas présent, à l'oblitération des deux uretères par un calcul;

2° L'uretère droit a été oblitéré le premier depuis une époque plus ou moins éloignée, et l'uretère gauche seul laissait passer de l'urine;

3° L'anurie est survenue alors que l'uretère gauche a été oblitéré à son tour.

D[r] J. Brocard,
Médecin des hospices civils de Langres.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Influence de l'oxygène sur la fermentation alcoolique par la levure de bière. Note de M. *A. Béchamp.* — M. Béchamp communique à l'Académie deux séries d'expériences faites en 1871-1872, et ayant pour but de démontrer l'influence de l'oxygène sur la fermentation alcoolique. La première série d'expériences prouve l'influence favorable exercée par l'oxygène sur la production de l'alcool, dont la quantité est toujours plus grande, pour le même temps, dans l'expérience que dans le témoin. Toutes choses égales d'ailleurs, la quantité d'acide acétique paraît dépendre beaucoup plus de la température et de la nature de la levûre que de l'oxygène. La levûre paraît s'user davantage dans l'expérience que dans le témoin. Bref, l'oxygène paraît agir comme un excitant, sous l'influence duquel la vie de la levûre et les mutations de sa matière sont plus actives. Il faut noter enfin que les fermentations dans l'oxygène donnent fort peu de mousse : la levûre y tombe rapidement au fond.

Dans une deuxième série d'expériences, pour prouver l'absorption de l'oxygène, on faisait plonger, dans le mélange fermentant, les électrodes d'une batterie de six à huit forts éléments de Bunsen. Les gaz de la fermentation étaient recueillis, et, après l'absorption de l'acide carbonique, on constatait que l'hydrogène de l'eau décomposée n'était pas mêlé d'oxygène, ou n'en contenait que fort peu.

On voit, par ces expériences, qu'il est malaisé de démêler quel est le genre d'influence qui fait que l'oxygène amène une diminution finale assez notable de l'alcool et l'augmentation considérable de l'acide acétique.

Mais on voit aussi que, s'il est difficile de démontrer que la fermentation alcoolique peut débuter, continuer et finir sans le concours effectif de l'oxygène libre, il est, au contraire, très-facile de prouver que l'oxygène, dans son état ordinaire, est favorable à l'accomplissement régulier du phénomène.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Gustave Lagneau, dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Vernois, décédé.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport de M. le médecin-inspecteur des eaux minérales de Silvanès et de Prugnes pour l'année 1878. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : 1° Un pli cacheté déposé par M. *Eugène Crouzat*, externe à la Clinique d'accouchement (Accepté.) — 2° Un rapport de M. le docteur *Cavaillon*, de Carpentras, sur les maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Carpentras pendant l'année 1878. (*Commission des épidémies.*) — 3° Une note de M. *Achille Brachet*, relative à l'emploi de la lumière électrique. — 4° Un travail manuscrit de M. *A. Fabre*, sur le daltonisme, destiné au concours pour le prix Barbier.

M. *Hillairet* présente, au nom de M. le docteur *Paul Fabre* (de Commentry) : 1° Une brochure intitulée : *De l'influence du travail souterrain sur la santé des mineurs;* — 2° Une note sur l'extraction d'un calcul développé dans la cavité buccale.

M. *Hérard* présente un volume en espagnol, *Sur la diphthérie*, par M. le docteur *Vidal Solarès.*

Remèdes secrets. — M. *Poggiale*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bussy et Chatin, fait un rapport officiel sur une série de demandes adressées à l'Académie par M. le procureur de la République de Reims, au sujet du sirop de chloral, dit de Follet.

Ce rapport conclut que le sirop de chloral, dit de Follet, peut occasionner des accidents graves lorsqu'il est administré

à haute dose, et qu'il ne peut être vendu sans ordonnance d'un médecin.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Ophthalmologie. — M. le docteur *Cusco* soumet à l'Académie le spécimen d'un instrument dioptrique, où sont réalisées les principales conditions de l'accommodation de l'œil, au moyen de lentilles dont le pouvoir réfringent peut être modifié à volonté. Cet instrument est spécialement destiné à l'étude de la faculté d'accommodation.

Septicémie puerpérale. — M. *Hervieux* dit qu'il ne s'occupera que de la septicémie puerpérale. Suivant lui, cette septicémie serait à peu près exclusivement d'origine interne, et les proto-organismes connus : vibrions, bactéries, bâtonnets, corps mouvants, seraient impuissants à l'expliquer.

D'après la théorie de M. Pasteur, les germes existant partout, dans l'air, l'eau, les aliments, etc., toute accouchée, où qu'elle soit, d'où qu'elle vienne, devrait être une proie facile offerte à la cohorte des êtres microscopiques, car l'empreinte placentaire est là avec le sang qui la baigne, avec ses produits de sécrétion si prompts à s'altérer, avec ses émanations fétides, en un mot, avec les conditions les plus propices à l'invasion des éléments figurés. Ainsi, le territoire à envahir et l'ennemi qui le menace sont partout les mêmes. Et pourtant il est telle localité où le chiffre des victimes est annuellement énorme, telle autre où ces désastres sont depuis longues années à peu près complétement inconnus.

Il est, en province, de nombreuses communes où, malgré les conditions physiques et morales les plus défavorables pour les nouvelles accouchées, l'accouchement est chose simple, naturelle, exempte d'accidents graves, où les suites heureuses sont la règle et la septicémie puerpérale la très-grande exception.

A Paris même, où les épidémies puerpérales ont atteint des proportions si terribles, qui ne sait que la pratique de la ville, comparée à la pratique hospitalière, ne fournit qu'une très-faible mortalité, même dans les quartiers les plus misérables?

Il résulte de ces considérations, suivant M. Hervieux, que les vibrions qui, dans la théorie des germes, menacent toute existence et, par conséquent, celle de la femme en couches, dans tous les temps et dans tous les lieux, ne réussissent réellement à la compromettre ou à la détruire que dans certaines circonstances. On sait que la septicémie puerpérale peut atteindre les sages-femmes et le personnel des maternités.

Est-il besoin de rappeler ici les faits rapportés par Paul Dubois, Danyau, Voillemier, M. Depaul, M. Tarnier, faits relatifs à des élèves sages-femmes qui succombèrent à la suite de péritonites contractées en soignant les femmes en couches de nos infirmeries. M. Hervieux a eu, lui aussi, la douleur de voir quatre de ses élèves périr de la même manière. Mais il appelle l'attention de l'Académie sur les conditions dans lesquelles la maladie a été prise : 1° Ce fut dans la période de 1861 à 1864, c'est-à-dire, à l'époque de nos épidémies les plus violentes ; 2° ces faits se sont passés antérieurement aux modifications introduites dans le service de santé, et qui consistèrent, entre autres choses, dans la séparation du personnel des accouchées valides et de celui des accouchées malades, et dans l'interdiction absolue des infirmeries aux élèves sages-femmes. Depuis cette époque, c'est-à-dire, depuis plus de quinze ans, il n'a plus observé un seul cas de ce genre. Dans ce long intervalle, il n'a eu à déplorer parmi ses élèves que deux morts, l'une par scarlatine, l'autre toute récente par fièvre typhoïde.

Les effets toxiques du miasme puerpéral ne se sont pas bornés aux élèves sages-femmes. D'autres personnes affectées au service des infirmeries ont subi cette fâcheuse influence. Deux de ses surveillantes ont été atteintes d'arthrites graves du genou, arthrites que le séjour permanent de ces dames au milieu des malades pouvait seul expliquer.

Enfin, s'il lui était permis de se citer comme exemple de ces intoxications, il dirait que pendant les quatre premières années de son exercice à la Maternité, il a été trois fois atteint d'arthrite rhumatismale aiguë, la première fois à la hanche, la seconde à l'épaule et la troisième fois au genou. Cette dernière atteinte, qui a eu lieu en 1864, l'a retenu six mois au lit. Depuis lors, il n'a jamais éprouvé aucune manifestation rhumatismale. Il attribue la cessation complète de ces accidents à l'amélioration survenue à dater de ce moment dans notre état sanitaire.

Pas plus que nos élèves sages-femmes, pas plus que nos surveillantes, il ne croit avoir favorisé par une effraction quelconque la pénétration dans son organisme des vibrions et des bactéries, et il incline fortement à penser que le miasme puerpéral n'a rien de commun avec ces êtres microscopiques. M. Hervieux se résume ainsi :

1° Contrairement aux proto-organismes qui sont répandus partout dans la nature, et qui paraissent en somme bien inoffensifs, puisque nous vivons au milieu d'eux sans en être incommodés, le miasme puerpéral ne se plaît, ne prospère et n'exerce guère son action que dans certaines localités très-circonscrites.

2° Tandis que les proto-organismes auraient besoin, suivant les partisans de la théorie des germes, d'une solution de continuité pour s'introduire dans l'économie, le miasme puerpéral ne connaît aucune barrière épithéliale. Il atteint la femme enceinte, le nouveau-né et même le fœtus tout aussi bien que la femme en couches. Il a même le pouvoir de sévir sur des sujets placés en dehors de l'état puerpéral.

Il y aurait donc de grandes chances pour que le miasme générateur de la septicémie puerpérale ne fût point un vibrion. Ce serait en tout cas un vibrion d'une nouvelle espèce, dont les caractères, la nature et la constitution physiques auraient besoin d'être déterminés. Mais, faut-il l'avouer, j'ai une peur terrible, une peur dont je ne puis me défendre et que l'Académie comprendra, c'est celle de mourir avant qu'on n'ait découvert ce vibrion-là.

M. *Pasteur* présente quelques observations. En premier lieu, il ne croit pas, comme M. Hervieux, qu'il existe un état sanitaire ou infectieux proprement dit; tout est sain ou infecté selon qu'il y a absence ou abondance de germes se répandant soit par l'air, soit par l'intermédiaire des hommes ou des animaux infectés.

En ce qui concerne la fièvre puerpérale proprement dite, M. Pasteur croit être sur la trace de la découverte du proto-organisme qui engendre cette maladie. Il croit l'avoir rencontré chez une jeune fille du service de M. A. Guérin atteinte d'un abcès de l'aine et dans le pus d'un abcès de la joue chez un cheval. Ce microzoaire se présenterait sous la forme de globules réunis par séries et ayant chacun en moyenne un diamètre de 2 millièmes de millimètre.

En somme, il y a encore beaucoup d'obscurités dans la théorie des germes; mais il est probable qu'elles seront un jour dissipées, et, dans tous les cas, il ne faut pas arguer contre cette théorie des phénomènes qu'elle n'a pu encore expliquer.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Discussion sur le pansement des plaies.

La correspondance comprend : 1° une observation adressée par M. *Robert*, médecin-major à Lunéville : *Luxation simple de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.*

2° Un ouvrage imprimé de M. *Gross* (de Nancy) : *Leçons*

de clinique chirurgicale, fascicule Ier, traitant des fractures compliquées de la jambe et du pied bot.

— M. *Farabeuf* continue la discussion sur les pansements. Ce qui fait la valeur du pansement de Lister, c'est qu'il nous donne le plus souvent la réunion immédiate. Il s'agit de savoir s'il y a des pansements antiseptiques et, s'il y en a, quel est le meilleur.

Il y a des pansements antiseptiques, parce qu'il y a des plaies putrides, des plaies qui se putréfient au contact de l'air, et cette putréfaction est mauvaise pour l'économie. Il y a une putréfaction des liquides à la surface des plaies; les liquides putréfiés sont résorbés, d'où la septicémie. On ne peut pas contester que les plaies sous-cutanées soient beaucoup moins graves que les plaies à ciel ouvert.

Il faut donc des pansements antiseptiques pour désinfecter l'air ou empêcher l'air d'arriver sur la plaie; de là le succès des pansements par occlusion, des pansements facilitant l'écoulement des liquides.

Si certains agents chimiques pouvaient empêcher la putréfaction sans empêcher la cicatrisation des plaies, il faudrait les employer. L'acide phénique est un antiseptique connu, l'acide salicylique aussi, l'alcool aussi s'il ne se dilue pas.

M. Després applique à l'hôpital Cochin une sorte de pansement à l'alcool, et ses résultats ne sont pas excellents. M. Després dit qu'à l'étranger on ampute des malades qui guériraient en France sans opération : cela est à prouver. Et même des amputations de complaisance n'améliorent pas la statistique des chirurgiens anglais (Topinard). L'amélioration réelle dans les statistiques est partie de Glascow pour aller à Edimbourg, puis à Londres, dans le nord de l'Europe, et enfin à Paris; ce n'est pas une coïncidence, car cette amélioration a suivi le pansement antiseptique, qui est un des grands progrès de la chirurgie du côté des pansements.

Avec ce pansement, la réunion immédiate, quand elle réussit, donne des moignons irréprochables dans un temps très-court. Pour faire une bonne réunion immédiate, il faut de nombreuses conditions qui sont maintenant connues : lambeaux bien en contact, sans interposition de corps étrangers; drain pour évacuer les liquides, etc. Le pansement de Lister permet toutes ces conditions. La réunion immédiate est un progrès; si M. Verneuil vient nous démontrer qu'avec la réunion immédiate la mortalité est plus grande, nous nous inclinerons.

Les pansements antiseptiques sont nés en France; Corne et Demeaux ont essayé, il y a longtemps, dans le service de Velpeau, une poudre antiseptique; plus tard, vint le coaltar Le Beuf. L'acide phénique a été étudié en France par Lemaire. Les Anglais font usage du pansement antiseptique.

En Allemagne, Bardeleben, sur 397 cas, n'avait pas eu de septicémie en 1875. Le Lister a été adopté successivement par Nusbaum, Saxtorph, Langenbeck; M. Gosselin fait à l'hôpital de la Charité des pansements antiseptiques.

Il est vrai qu'en 1873 Callender a dit que le pansement de Lister était mauvais; mais il fait des lavages phéniqués, emploie l'huile phéniquée; les drains et le cat-gutt! On trouve beaucoup de falsificateurs, mais pas d'opposants.

Rose (de Zurich) laisse les moignons à l'air; sa mortalité est de 20 pour 100; maintenant il fait des lotions phéniquées deux fois par jour et tient ouvertes les fenêtres des salles de chirurgie. Cela n'empêche point un gonflement considérable des moignons, ce qui prouve une inflammation sérieuse.

Les Russes font usage, dans tous les cas, du cat-gutt phéniqué; presque toujours ils appliquent un pansement fermé et font la réunion immédiate avec application de drains; si on y ajoute les lavages phéniqués, on ne peut pas dire que c'est là un pansement à l'air libre.

Les éléments du pansement de Lister, sauf le cat-gutt, sont empruntés aux chirurgiens français; ce pansement a, en outre, ceci de spécial qu'il est fermé à l'air et laisse sortir les liquides produits à la surface de la plaie. Avec ce pansement on obtient des réunions par première intention, même chez des vieillards; on ouvre hardiment les articulations, et les résultats sont presque toujours satisfaisants.

M. *Verneuil* a admis l'existence de la sepsine, mais il n'en fait point un article de foi. Il n'est point un adversaire des réunions immédiates; il est éclectique. On fait le plus grand tort à la réunion immédiate en l'appliquant dans les cas où elle est plus dangereuse que les autres modes de pansement.

M. *Trélat* dit que les expériences de M. Perrin sont intéressantes, mais non convaincantes; dans tous les cas, on ne doit pas repousser les expériences de laboratoire. Ces expériences nous conduisent à admettre que la septicémie est probablement d'origine proto-organique. Les expériences de M. Pasteur et de M. Davaine entraînent la conviction.

Quand on parle septicémie, on répond parfois pyohémie : M. Després a fait cette confusion ici, et M. Colin à l'Académie; cependant ce sont deux choses distinctes. La septicémie aiguë est une affection à marche rapide, durant de vingt heures à quatre jours; c'est une complication du début des plaies ou des opérations; c'est une intoxication, personne n'en doute; le poison est né dans l'individu, selon les uns; selon les autres, il vient de l'extérieur et est résorbé à la surface de la plaie.

Quant à la pyohémie, c'est une affection relativement tardive, paraissant vers le douzième jour et durant plus ou moins longtemps; elle est caractérisée par des frissons, des variations dans la température, du subdélirium, et par les lésions de l'autopsie; tout cela constitue un ensemble. L'expérimentation a pu reproduire la septicémie; mais l'infection purulente n'est point facile à reproduire. Devant ces grosses différences, il ne faut pas confondre les deux affections. Toutefois, il est incontestable qu'à force de combattre la septicémie on a vu disparaître des salles de chirurgie l'infection purulente.

M. Théophile Anger est un partisan des pansements à l'alcool; M. Gosselin emploie l'alcool pour les plaies de tête; beaucoup de chirurgiens considèrent l'alcool comme un accessoire utile; M. Trélat donne des bains alcoolisés pour les plaies de la main. Si l'on veut comparer l'alcool aux autres pansements, on trouve que l'alcool est volatil, qu'il faut le renouveler incessamment; il est coagulant pendant quelques heures; il est irritant et douloureux, et les plaies se cicatrisent lentement sous le pansement à l'alcool.

Il y a plusieurs années, étant chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, M. Trélat essaya les pansements à l'eau froide; mais ces pansements sentaient mauvais; puis il employa l'eau et la glycérine, et enfin la glycérine pure; mais la glycérine n'a aucune vertu. Il ajouta de l'alcool à la glycérine; puis vint l'eau avec l'alcool, et enfin les solutions hydro-alcoolo-phéniquées.

Pour juger les pansements, il ne faut pas s'en tenir aux statistiques; il faut d'abord étudier la mortalité ordinaire après certaines opérations, et voir comment marchent les plaies sous les pansements. Avec le pansement antiseptique, les bords de la plaie restent rosés; il n'y a pas de pus, ce qui est nouveau, et ces résultats s'obtiennent facilement. On pratique maintenant des opérations qu'on n'osait pas aborder il y a quinze ans. Il faut toujours chercher à éviter la contagion, avoir la propreté chirurgicale, ne panser les blessés qu'avec des matériaux absolument neufs. M. Trélat est partisan du pansement de Lister modifié. On ne doit attacher à l'expérimentation que la valeur qu'elle peut avoir, et l'observation clinique est aussi importante.

M. *Sée* a pratiqué le premier, en 1866, les irrigations alcooliques. Mais aujourd'hui il panse les plaies au chloral, qui présente de nombreux avantages et désinfecte absolument les plaies. Quand il veut obtenir la réunion immédiate, il donne la préférence au pansement de Lister.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Conformation réelle du quatrième ventricule : M. Bochefontaine. — Glandes de Brunner : M. Renaut. — Excitabilité de l'écorce cérébrale : M. Couty — Réchauffement des jeunes sujets en état de mort apparente : M. Coudereau. — Examen histologique de la moelle et de la peau d'un lépreux : M. Tschiriew.

M. *Bochefontaine* croit pouvoir affirmer, d'après des recherches récentes, que le quatrième ventricule ne constitue pas une cavité ouverte en arrière comme on la représente généralement. Chez le chien, par exemple, le *vermis inférieur* est uni à la face supérieure du bulbe par des tractus cellulo-vasculaires formant une sorte de membrane qui s'oppose au libre passage du liquide céphalo-rachidien. Cette affirmation est vivement combattue par M. Duret. Pour lui, les oscillations du liquide céphalo-rachidien, le passage de poudres telles que le vermillon à travers l'espace où M. Bochefontaine vient affirmer la présence d'une membrane continue, sont des faits incontestables qui l'engagent à mettre en doute l'existence de cette dernière. M. Bochefontaine réplique que celle-ci peut laisser passer le liquide, mais par transsudation seulement, que les poudres traversent toute espèce de membrane, enfin que si M. Duret peut appuyer son opinion sur les descriptions et les planches d'Axel Key et de Retzius, il pourra, de son côté, apporter à la prochaine séance des pièces anatomiques qui démontreront l'exactitude de ses assertions.

— M. *Malassez* dépose, au nom de M. le professeur *Renaut* (de Lyon), une note sur les glandes de Brunner. Examinées sur l'intestin d'un supplicié, elles ont paru former manifestement deux couches, une superficielle et une profonde; au lieu d'être des glandes en grappes, ce seraient plutôt des glandes en tubes ramifiés.

M. *Couty* communique des faits relatifs au fonctionnement des circonvolutions antérieures du cerveau et les résume dans la note suivante :

Ayant regardé comme contradictoire que l'on expérimente sur le cerveau d'animaux complétement anesthésiés, et que des faits constatés dans ces conditions l'on conclue ensuite à l'excitabilité expérimentale de cette écorce grise, qui sûrement est paralysée fonctionnellement par l'anesthésique, M. Couty a cherché à tuer isolément la substance grise, et pour cela il a utilisé le procédé qui a permis à M. Vulpian d'étudier la moelle dans ses divers éléments; il a arrêté la circulation des circonvolutions en liant sur des chiens quatre ou quelquefois trois des artères cérébrales.

Les deux faits principaux qu'il a pu constater sont les suivants : 1° La substance grise étant anémiée par la ligature des deux carotides et d'une ou des deux artères vertébrales, les excitants électriques appliqués en un point des hémisphères n'en ont pas moins déterminé dans le côté opposé des mouvements, puis des contractures. 2° Dans ces conditions, et après l'ablation de la moitié antérieure de l'hémisphère lésé, les contractures ont persisté, aucune attaque d'épilepsie généralisée n'a pu être produite, et les convulsions provoquées se sont limitées au côté même de la lésion, c'est-à-dire aux membres non contracturés.

— M. *Coudereau* ayant pu ramener à la vie, par la seule application de la chaleur, un petit chien de quatre jours en état de mort apparente et déjà refroidi, se demande si l'on n'aurait pas un grand intérêt à réchauffer les nouveau-nés venus en état d'asphyxie, tout en leur faisant la respiration artificielle. Ce même chien étant mort le lendemain, M. Coudereau a trouvé chez lui une dilatation ampullaire de la première portion de l'intestin, distendue par un liquide qui semble être un liquide amniotique introduit dans les voies digestives par la déglutition. Il présente la pièce à la Société.

— Sur la moelle épinière d'un lépreux mort dans le service de M. Hillairet (hôpital Saint-Louis), M. *Tschiriew* a constaté une atrophie des cellules des cornes postérieures et de la colonne de Clarke; l'épithélium de l'épendyme était détruit, et la cavité épendymaire pleine de petites cellules rondes (lymphatiques ou embryonnaires). La substance blanche, les racines nerveuses paraissaient indemnes. Sur un doigt, M. Tschiriew a reconnu que la peau était infiltrée de petites cellules rondes, que sa structure normale avait complétement disparu en certains points, que les vaisseaux présentaient de l'endartérite, que les troncs nerveux étaient transformés en cordons de tissu conjonctif et ne renfermaient plus que quelques fibres nerveuses dégénérées. Toutes les régions correspondantes étaient anesthésiées; mais M. Tschiriew ne sait pas s'il existait des ulcérations au voisinage de ces lésions.

— Au cours de la séance, M. *Quinquaud* est élu, après deux tours de scrutin, membre de la Société de biologie.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Observation de grossesse extra-utérine avec issue des os du fœtus par la vessie, par le docteur James White.

L'observation rapportée par l'auteur est intéressante à plusieurs points de vue :

1° Le siége de la tumeur fœtale était extrêmement rare. Cette tumeur était située entre la face antérieure de l'utérus et le sommet de la vessie;

2° L'élimination spontanée du produit de la conception extra-utérine par la vessie constitue un mode de terminaison qui n'a pas encore été signalé.

L'auteur émet ensuite une opinion en ce qui concerne l'intervention chirurgicale. Il pense que, dans les cas de ce genre, il est préférable de s'en rapporter à la nature pour l'élimination des produits de la conception anormale. (*New-York medical Record*, 18 octobre 1878.)

Sur une nouvelle cause de leucémie,
par le docteur Naumann.

Naumann, dans un article sur la cause de la leucémie, attribue cette maladie à un trouble des fonctions du foie. Il y aurait une surcharge du foie par le sang, les matières albuminoïdes et leurs dérivées, qui alors ne subiraient plus dans cet organe leur transformation en matières grasses. Partant de cette idée théorique et de l'action bien connue du phosphore sur les fonctions hépatiques, il rapporte qu'il est possible d'arriver, au moyen de ce médicament, à guérir la leucémie. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*; et *Lyon médical*, 1er décembre 1878.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur la syphilis, faites à l'hôpital de Lourcine, par V. Cornil, ouvrage accompagné de neuf planches lithographiées et de figures intercalées dans le texte. — Paris, J.-B. Baillière, 1879.

« Lorsque les élèves veulent s'assimiler la symptomatologie sans connaître tout d'abord l'anatomie pathologique dans ses détails, sans la relier à son substratum matériel, ils sont désorientés et troublés. La mémoire les sert plus que le jugement. Exposer l'anatomie pathologique éclairée par l'histologie, donner l'évolution complète des lésions, l'éclairer,

lorsque cela se peut, par la physiologie expérimentale, ce n'est pas compliquer la pathologie, c'est au contraire la simplifier. On gagne du temps en se faisant mieux comprendre. En somme l'anatomie pathologique est la science fondamentale de la nosologie et de la médecine scientifique. » Ces paroles que nous avons tenu à citer textuellement résument la pensée et permettent de comprendre la méthode de l'auteur. Si nous y effaçons un seul mot, celui de nosologie, nous serons pleinement d'accord avec lui et nous pourrons, sans réserves, approuver les tendances de l'œuvre remarquable dont nous venons de parcourir les principaux chapitres. La réserve que nous devons faire, au nom de la pathologie générale, ne s'applique d'ailleurs que très-indirectement à ces leçons sur la syphilis. Lorsqu'il s'agit, en effet, non point de classer une maladie ou une série d'états morbides, mais bien d'étudier cliniquement les manifestations extérieures d'une diathèse, les questions nosologiques n'interviennent point et dans cette étude clinique l'importance des notions anatomo-pathologiques est indéniable. Aussi ne voulons-nous que louer M. Cornil de ne pas s'être borné à écrire un mémoire d'anatomie histologique, qui eût eu pour seul but de faire connaître ses recherches sur les lésions auxquelles donnent naissance les diverses manifestations de la syphilis. Nous sommes tout à fait de son avis lorsqu'il déclare qu'après avoir étudié les descriptions qu'il trace avec une si grande clarté, on lit à travers l'épiderme ce qui se trouve en réalité dans toutes les couches de la peau. Sans doute l'étude des symptômes de la syphilis ne se résume pas dans l'examen anatomique de ces diverses lésions. Le médecin veut savoir dans quel ordre celles-ci se manifestent, comment elles se succèdent, à quel moment elles apparaissent, quelle influence le traitement peut exercer sur leur évolution. Mais il n'en est pas moins vrai que si la pathologie de la syphilis ne se résume pas dans l'étude histologique du chancre ou des plaques muqueuses, cette étude elle-même offre un intérêt scientifique de premier ordre. Les leçons cliniques de M. Cornil ont donc un mérite d'originalité incontestable et le talent d'exposition du savant médecin de Lourcine leur a donné un intérêt des plus saisissants.

Toutefois, il faut l'avouer ici, par cela même que les chapitres qui traitent de l'anatomie pathologique des lésions que détermine la syphilis sont les plus neufs et les plus remarquables de cet ouvrage, son analyse est plus difficile. Il faudrait énumérer les nombreuses et minutieuses études d'un histologiste déjà célèbre pour en rendre un compte à la fois exact et suffisant. Nous préférons nous attacher à faire ressortir l'utilité de semblables publications.

Les livres publiés sous forme de leçons cliniques sont chaque jour plus nombreux. Il en est qui sont devenus classiques, que l'on ne saurait trop souvent relire quand on se trouve appelé à lutter contre les accidents imprévus de la pratique journalière. Et, nous n'hésitons point à l'affirmer, les leçons de nos maîtres français sont à ce point de vue toujours profitables. Trousseau aimait à dire que la clinique de Graves ne quittait point sa table de travail. Les leçons du célèbre clinicien de l'Hôtel-Dieu et celles de ses successeurs ou de ses élèves pourraient à divers points de vue mériter le même hommage. Mais il devient plus difficile, chaque jour, en raison même de la multiplicité de ces ouvrages, de les étudier tous avec le même soin. La spécialisation scientifique, la nécessité de n'exposer avec détails que les sujets que l'on possède complétement ou au sujet desquels on peut émettre quelques idées nouvelles, s'impose donc plus instamment d'année en année aux professeurs de clinique. C'est à ce point de vue spécial que nous recommandons le livre de M. Cornil. Il est certain que l'on n'y cherchera point des notions complètes ou des indications méthodiquement détaillées sur la séméiologie générale ni surtout sur le traitement de la syphilis. Les chapitres qui traitent de l'action du mercure et de l'iodure de potassium, ceux qui sont consacrés à l'appréciation critique des diverses médications que l'on peut mettre en usage pour combattre les accidents syphilitiques ne sont qu'ébauchés. Encore semble-t-il malaisé de contredire les assertions de l'auteur qui sont toutes aussi logiquement déduites que savamment exposées. Mais il est toute une série de recherches que le médecin d'hôpital, que le pathologiste désireux de bien connaître les faits qu'il cherche à recueillir pour faire progresser la science, ne sauraient ignorer. Ce sont ces faits d'observation minutieuse, ces recherches délicates, mais toujours profitables, que le livre de M. Cornil s'applique surtout à vulgariser. On ne le lira point dans le but d'arriver à mieux reconnaître ou à mieux traiter les manifestations cliniques de la syphilis. On l'étudiera pour apprendre à la bien connaître dans tous ses détails. Et l'on comprendra bientôt, après avoir suivi la méthode préconisée par l'auteur, qu'il faut étudier une à une les lésions d'une maladie à manifestations aussi variées pour arriver à envisager dans leur ensemble tous les symptômes qu'elle présente. Les planches ajoutées par M. Cornil à ce recueil de leçons éclairent le texte en prouvant une fois de plus que la clinique n'est autre chose que la pathologie illustrée.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

ANGLETERRE : LA LOI ROGER-MARVAISE ET LE CORPS MÉDICAL ANGLAIS. — LÉGISLATION ET OBTENTION DE DIPLOMES PAR LES MÉDECINS ÉTRANGERS. — LE SCORBUT ET L'EXPÉDITION AU PÔLE NORD. — LE DREADNOUGHT. — LE SCORBUT DANS LA MARINE MARCHANDE FRANÇAISE ET ANGLAISE.

On sait que la commission chargée d'examiner le projet de loi présenté par M. Roger-Marvaise sur la pratique de la médecine en France par les médecins étrangers vient de se prononcer en faveur du projet. Les journaux anglais recommencent de nouveau leurs attaques et ne nous marchandent pas les épithètes malveillantes. Non-seulement l'auteur du projet de loi est maltraité, mais encore le parlement et les médecins qui laissent prendre, au dire du rédacteur, de pareilles mesures sans protester.

La *Lancet* de Londres, qui ne manque pas une occasion de montrer l'antipathie que lui inspire le corps médical français, nous traite de toute sa hauteur. Il suffira, pour s'en convaincre, de lire quelques-uns des arguments invoqués par ce journal : « La loi projetée, dit-il, est antilibérale et rétrograde... Nous espérons cependant que le parlement français hésitera avant de prendre une mesure qui serait préjudiciable aux intérêts de tant de malades anglais qui vont chercher la santé dans un grand nombre de villes françaises. »

Nous n'avons pas l'intention de discuter les questions complexes que soulève le projet de M. Roger-Marvaise, mais il nous sera facile de répondre aux assertions de la *Lancet* et à celles de quelques journaux anglais qui annoncent que nos villes du littoral méditerranéen seront bientôt désertes si la loi est votée. Nous ferons d'abord remarquer que, la loi n'ayant pas un effet rétroactif, les médecins qui résident actuellement en France ne seront pas inquiétés et pourront continuer d'exercer librement sans être astreints à se munir du diplôme régulier. Le service des villes d'hiver serait donc assuré par ce fait, en admettant que les malades anglais ne placent leur confiance que dans des médecins de leur nationalité, ce qui est loin d'être vrai. D'un autre côté, les médecins étrangers qui voudront s'établir en France auront le temps de se mettre en règle avant que la mort ou la retraite aient privé nos villes d'hiver des médecins qui y exercent aujourd'hui sous le privilége de la législation actuelle. Nous ajouterons encore, pour tranquilliser la *Lancet*, que la nouvelle loi n'empêchera pas les médecins anglais de s'établir à Paris et dans nos villes d'hiver, et nous connaissons, pour notre part, un grand nombre d'étudiants originaires de la Grande-Bretagne qui font en ce moment leurs études à Paris avec l'intention d'exercer en France.

Les Anglais ont, du reste, fort mauvaise grâce, lorsqu'ils nous accusent de manquer de libéralisme et de courtoisie à l'égard de

nos confrères d'outre-mer. Si nous jetons un coup d'œil sur leur législation médicale, nous voyons qu'ils n'accordent aux médecins étrangers qui désirent pratiquer sur le territoire britannique aucune des facilités que nous avions données jusqu'à ce jour. Jusqu'à présent, il suffisait à un médecin étranger d'être chaudement recommandé par son ambassadeur pour obtenir le droit de pratiquer sur notre territoire. Il nous suffira de rappeler que le comte de Bruc, célèbre *guerisseur de cancer*, avait obtenu par cette voie la faculté d'exercer sous l'Empire son charlatanisme honteux. Ceux qui, moins heureux ou moins protégés, se voyaient refuser par le ministre l'autorisation d'exercer, avaient toujours la ressource d'obtenir le diplôme en passant seulement le cinquième examen et la thèse.

Trouvons-nous dans la législation anglaise de semblables libéralités? Non, certainement! Le *Medical Act* ne fait nullement mention des médecins étrangers, et l'inscription du *Registre médical* a toujours été refusée pour les diplômes qui n'avaient pas été obtenus dans les écoles anglaises. Le médecin français qui désirait exercer régulièrement en Angleterre était donc obligé de passer tous les examens réglementaires, aussi bien qu'un élève anglais.

Ces simples remarques suffisent pour montrer que nos confrères anglais ont mauvaise grâce en nous traitant de rétrogrades, puisque non-seulement la nouvelle loi ouvre les portes de nos facultés à tous les médecins étrangers, mais qu'elle les dispense encore de la scolarité et d'une partie des examens auxquels les élèves français sont invariablement soumis.

— On s'est beaucoup occupé du scorbut en Angleterre pendant ces deux dernières années, et l'épidémie qui avait régné à bord des deux vaisseaux envoyés en expédition scientifique au pôle nord a soulevé de vives discussions dans la presse et les sociétés savantes. Il fut, en effet, démontré que les commandants de l'*Alert* et du *Discovery* s'étaient sensiblement écartés des prescriptions contenues dans le *mémorandum* émané du directeur général de la marine, et qu'ils avaient négligé de faire emporter sur les traîneaux la quantité de *lime-juice* nécessaire aux rations quotidiennes. Il n'en fallut pas davantage pour motiver la réunion d'un conseil d'enquête composé de trois amiraux et de deux médecins, qui ne craignit pas de formuler un blâme en disant que *les ordres donnés par le commandant de l'expédition s'étaient écartés sans raison suffisante des dispositions du memorandum*. C'est là un blâme sévère, surtout lorsqu'on considère que le capitaine Nares, qui commandait l'expédition, venait, au prix de fatigues et de dangers inouïs, d'atteindre la latitude extrême de 83°,20 à laquelle nul explorateur n'avait encore pu s'élever jusqu'alors.

Les statistiques récentes montrent cependant que le scorbut est en décroissance dans la marine marchande anglaise, et que la législation de 1867, qui oblige les capitaines à suivre certaines mesures prophylactiques, a une influence salutaire sur la marche de cette affection. Si l'on consulte les comptes rendus publiés par le *Dreadnought* (1), hôpital maritime de Greenwich, on voit que trente-deux cas seulement de scorbut ont été admis dans cet établissement pendant l'année 1878. Sur ce nombre, dix-huit appartiennent à la nationalité anglaise et treize à des nationalités diverses. Il a été démontré que, dans la plupart des cas, l'emploi du *lime-juice* avait été négligé, et plusieurs des capitaines qui commandaient les navires où la maladie est apparue ont été condamnés. Quoi qu'il en soit, le scorbut a considérablement diminué dans la marine marchande anglaise pendant ces dernières années, ce qu'il faut attribuer aux nombreuses enquêtes ordonnées par le gouvernement anglais sur cette question et à l'application rigoureuse de la loi.

Tandis que le scorbut diminuait d'intensité dans la marine anglaise, il s'est montré avec une fréquence relative dans notre marine marchande. Dans une étude très-complète qu'il vient de publier dans la *Revue d'hygiène*, M. Mathelin décrit une épidémie intense qui a sévi à bord du trois-mâts français *l'Avenir*. Cette étude est accompagnée de considérations générales d'une grande importance sur l'hygiène maritime et se termine par des conclusions en forme de *desiderata* qui méritent certainement l'attention des législateurs. Nous pensons en les reproduisant intéresser ceux de nos lecteurs qui s'occupent de ces questions :

1° Nécessité d'une législation sanitaire précise avec sanction à l'appui, définissant les obligations que devra contracter tout capitaine ou armateur au long cours en prenant la mer;

2° Contrôle effectif sérieux où l'élément médical interviendra, non plus seulement en ce qui concerne les médicaments, mais encore et tout spécialement en ce qui concerne la quantité et la qualité des vivres emportés, qui devront être en rapport avec la longueur présumée du voyage;

3° Contrôle également en ce qui concerne les conditions d'installation du bord;

4° Il ne devra plus être permis aux matelots de s'embarquer sans avoir leur équipement au complet ; la dépense nécessaire devra être prélevée au besoin sur la première mise de la prime d'engagement;

5° Dans le cas où, en vue de la recherche d'une popularité de mauvais aloi, cette somme aurait été remise d'avance sans autorisation et dissipée dans les cabarets, ce qu'on pourrait dénommer le racollement clandestin, la dépense nécessaire serait imputable à l'armateur;

6° L'introduction du lime-juice à bord de tous les bâtiments au long cours sera de rigueur, et son administration aura lieu d'après les règles adoptées dans la marine militaire;

7° Dans le mémorandum à l'usage des capitaines au long cours seront mentionnées les mesures à opposer à la propagation du scorbut, et notamment la nécessité absolue d'atterrir le plus tôt possible;

8° Un conseil d'enquête sera provoqué pour statuer sur chaque cas en particulier et établir, s'il y a lieu, les parts de responsabilité respective;

9° Enfin une statistique mentionnant toutes les apparitions du scorbut en mer devra être dressée à l'instar de ce qui se passe en Angleterre.

Ces conclusions nous semblent modérées, d'une application facile. Introduites dans la législation française, elles donneraient certainement les résultats qu'a donnés en Angleterre le *Merchant's shipping Act*.

A. L.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Bureaux de bienfaisance. — Personnel médical.

Le sénateur, préfet de la Seine,

Vu la loi du 10 janvier 1849, sur l'organisation de l'Assistance publique à Paris, notamment l'article 7 portant que les médecins attachés au service du traitement à domicile seront choisis au concours ou par l'élection de leurs confrères ;

Vu le vœu du Conseil municipal de Paris, en date du 5 avril 1877, relatif à l'application dudit article ;

Vu l'avis émis par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, le 24 janvier 1878, au sujet des bases à adopter pour la réglementation du service dont il s'agit;

Vu les rapports du directeur de l'Assistance publique en date des 30 mai 1877 et 12 décembre 1878 ;

Considérant que, des deux modes indiqués par la loi, l'élection paraît la plus conforme aux nécessités de la pratique ;

Arrête :

Art. 1er. — Lorsqu'il y aura lieu de pourvoir à un emploi de médecin du service des secours à domicile, la vacance sera annoncée quinze jours auparavant, au moyen d'insertions dans les journaux et d'affiches apposées dans les cadres destinés à la publication des actes de l'autorité administrative.

Art. 2. — Les candidats devront se faire inscrire, avant le jour fixé pour la désignation, et justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans, munis d'un diplôme les autorisant à exercer la médecine, et domiciliés dans l'arrondissement où la vacance s'est produite. Toutefois cette dernière condition pourra être remplacée par l'engagement de venir y résider en cas de nomination.

Art. 3. — L'élection des médecins du service à domicile sera faite par tous les médecins exerçant leur profession dans l'arrondissement où la vacance existe et y résidant depuis un an au moins. Toutefois, si le nombre des électeurs n'atteint pas, au moins, le double de celui des médecins chargés du traitement des pauvres dans la circonscription, il sera procédé à l'élection par une réunion composée des médecins de l'arrondissement et des médecins d'un ou de plusieurs arrondissements limitrophes, de manière à compléter le nombre exigé.

Art. 4. — Le bureau électoral se composera, sous la présidence du maire ou d'un de ses adjoints, des deux électeurs les plus

(1) Cet hôpital, destiné aux marins du commerce, quelle que soit leur nationalité, était autrefois établi sur la Tamise, sur le vaisseau *le Dreadnought*. Depuis quelques années, il a été transporté à terre, dans un bâtiment construit à cet effet sur la commune de Greenwich.

âgés et des deux plus jeunes présents au moment de l'ouverture du scrutin.

Art. 5. — Nul ne sera élu au premier tour de scrutin s'il n'a réuni la majorité absolue des suffrages exprimés, et un nombre de voix égal au quart des médecins faisant partie du collége électoral.

Au second tour de scrutin, la majorité relative suffira. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures; il devra être constamment sous la garde de trois membres au moins du bureau électoral. En cas de second tour, l'élection sera renvoyée à huitaine.

Art. 6. — Deux jours au moins avant l'élection, le maire de l'arrondissement où elle doit avoir lieu adressera une lettre de convocation à chaque électeur.

Art. 7. — Le procès-verbal des opérations auxquelles il aura été procédé pour l'élection sera remis au maire qui le communiquera d'urgence au bureau de bienfaisance, lequel sera appelé à présenter ses observations s'il juge à propos d'en faire. Sur le vu de ces observations et du rapport du directeur de l'Assistance publique, le préfet de la Seine donnera son avis et transmettra le dossier au ministre de l'intérieur

Art. 8. — Le médecin élu ne pourra entrer en fonctions qu'après l'investiture donnée par arrêté du ministre de l'intérieur sur la proposition du préfet.

Art. 9. — Les médecins institués resteront en fonctions pendant quatre ans. Ils seront à la disposition du service jusqu'à leur remplacement. En cas de vacance ou d'empêchement des titulaires, les docteurs en médecine résidant dans l'arrondissement pourront être requis par l'administration pour les suppléer, moyennant attribution proportionnelle de l'indemnité allouée aux titulaires.

Art. 10. — A la fin de chaque année, le bureau de bienfaisance adressera, désormais, un rapport individuel sur la manière dont il estime que les médecins ont rempli leur mission auprès des pauvres. En outre, le maire sera tenu d'avertir d'urgence le directeur de l'Assistance publique de toutes plaintes verbales ou écrites portées contre un médecin.

En exécution de l'arrêté préfectoral du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par M. le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins domiciliés à Paris que, le dimanche 23 mars 1879, il sera procédé, dans une des salles de la mairie de chaque arrondissement, à l'élection des médecins pour le service des secours à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Sont électeurs tous les médecins exerçant leur profession dans l'arrondissement et y résidant depuis un an au moins.

La liste des électeurs sera ouverte à la mairie à partir du 9 mars et sera close le 19 du même mois, à quatre heures.

Les candidats devront se faire inscrire à la mairie jusqu'au samedi 22 mars, avant quatre heures, en justifiant qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans, munis d'un diplôme les autorisant à exercer la médecine, et domiciliés dans l'arrondissement.

Cette dernière condition pourra être remplacée par l'engagement de venir y résider en cas de nomination.

L'inscription étant une déclaration préalable de candidature, récépissé en sera donné au médecin candidat.

L'arrêté préfectoral mentionné ci-dessus sera mis à la disposition de MM. les médecins lorsqu'ils se présenteront à la mairie pour requérir leur inscription sur la liste électorale.

Paris, le 8 mars 1879.

Michel Moring.

Cette décision était à peine connue que les diverses municipalités de la ville de Paris annonçaient, par voie d'affiches, l'ouverture du scrutin destiné à nommer aux places de médecin des bureaux de bienfaisance. En lisant ces affiches nous avons pensé qu'il n'était question que de pourvoir aux places devenues vacantes par démission ou par décès. Les réclamations qui nous parviennent semblent prouver qu'il n'en est rien et que, sans les avoir prévenus, le préfet de la Seine regarde comme démissionnaires tous les titulaires de ces positions. Cependant un arrêté spécial les avait nommés individuellement pour une période de trois années. Nous aimons à penser que, quels que soient d'ailleurs ses mérites apparents ou réels, quelle que puisse être sa durée, en admettant, ce dont nous doutons un peu, qu'elle soit pratique et longtemps praticable, cette nouvelle mesure n'aura aucun effet rétroactif. Nous comptons tout au moins sur le bon vouloir de nos confrères qui, appelés à voter, sauront tenir un grand compte de services rendus depuis de longues années aux indigents et à l'administration de l'Assistance publique.

La peste. — On mande de Saint-Pétersbourg, 8 mars :

Le *Messager du gouvernement* publie trois dépêches du professeur Eichwald.

La première est datée de Viasovka, le 3 mars, et porte que l'état sanitaire de toute la contrée au nord de Staritzkoïé est excellent; qu'il n'y a eu aucun cas de typhus dans les derniers mois; que la petite vérole sévit, il est vrai, mais faiblement.

Il y a eu deux décès à Kamennyar, mais ils n'ont pas été causés par la peste. C'est pourquoi les professeurs Eichwald et Hirsch proposent de supprimer le cordon de Kamennyar.

Dans le dernier télégramme, qui est daté de Tchornigar le 5 mars, il est dit que MM. Eichwald et Hirsch sont convaincus que, lors de la peste orientale de Staritzkoïé, au mois de décembre de l'année dernière, il y a eu sept décès causés par la peste dite *pestis siderans*, mais qu'il n'a pas pu être question de la peste des Indes.

La troisième dépêche, expédiée de Nikolskoïé le 6, constate qu'il y a eu dans cette localité un cas de peste orientale, mais que ce cas n'avait aucun rapport avec l'épidémie de Vetlianka.

Par suite des mesures qui ont été prises, toute inquiétude a disparu en ce qui concerne Nikolskoïé et Staritzkoïé.

M. le docteur Snigireff est chargé d'examiner l'épidémie de Pricbibinskoïé.

Les professeurs Hirsch et Eichwald se rendent directement à Vetlianka.

Le général Loris-Melikoff ajoute que dans les districts de Tchernoigar et Yénotaieff (gouvernement d'Astrakhan), qui ont une population de 118060 habitants, il n'y a pas eu plus de 500 cas de mort depuis le mois d'octobre, époque où a commencé l'épidémie, jusqu'au 7 février, date du dernier décès.

Il est certain que le choléra, la diphthérie, la petite vérole et le typhus font d'ordinaire beaucoup plus de victimes. On peut dire actuellement que l'épidémie est terminée; car il est prouvé que l'isolement des malades empêche entièrement l'extension de la maladie.

Les populations peuvent donc être complétement rassurées et reprendre leurs travaux. (*Agence Havas.*)

— Le général Mélikoff télégraphie d'Astrakhan, à la date du 7 :

La réunion des médecins étrangers, qui a eu lieu hier à Vetlianka, sous la présidence du professeur Eichwald, a dressé un compte rendu qui constate, suivant les déclarations des docteurs Hirsch, Biasiadezki, Kabiadis, Petresko et Eichwald, que l'épidémie observée dans le gouvernement d'Astrakhan, depuis le milieu du mois d'octobre 1878 jusqu'à la fin de janvier 1879, était une épidémie pestilentielle, portant le caractère de ce qu'on appelle la peste bubonique du Levant.

Lesdits médecins s'abstiennent de conclure sur la manière dont cette épidémie a été importée, jusqu'à ce que de nouvelles investigations aient fourni des renseignements plus précis sur les dates.

L'épidémie peut être considérée comme disparue, puisque, depuis le 9 février, on n'a eu à enregistrer aucun cas de mort, ni aucun nouveau cas de maladie. On ne saurait néanmoins garantir que l'épidémie ne puisse éventuellement reparaître dans les localités précédemment infectées, et notamment à Vetlianka.

Les médecins, sur la proposition du docteur Eichwald, conseillent les précautions suivantes : surveillance médicale prolongée dans les localités suspectes; maintien du cordon sanitaire, jusqu'à l'expiration du délai de six semaines fixé par la loi, autour de chaque village infecté; maintien du cordon général autour de l'ensemble des localités infectées, avec une quarantaine de dix jours.

Les médecins jugent inutile de maintenir le cordon sanitaire actuel autour du gouvernement d'Astrakhan tout entier.

(*Agence Havas.*)

La diphthérite en Russie. — La *Gazette médicale russe* consacre aujourd'hui un long article à l'étude d'une maladie qui effraye beaucoup moins que l'épidémie d'Astrakhan et qui n'en fait pourtant pas moins de nombreuses victimes.

Cette maladie est la diphthérite, dont les ravages sont surtout

terribles dans les campagnes, où elle enlève en très-peu de temps presque tous les enfants d'un village.

Ainsi, comme l'ont constaté plusieurs correspondances de province, le village de Kaplounovho (province de Kharkow) a perdu cinquante enfants du 10 au 28 décembre dernier; un autre village, celui de Pakhomovka, s'est vu enlever par cette maladie, en janvier, plus de deux cents enfants, sans compter les adultes. Dans les environs de ce dernier village un petit bourg a eu plus de cent personnes emportées dans le même espace de temps. Dans la province de Tchernigow, la diphthérite a fait aussi de nombreux ravages dans plus d'un village. Le district de Marioupol entre autres en est arrivé à avoir par jour de sept à neuf décès causés par cette maladie. A Stavropol, elle a tellement pris racine que, d'après le correspondant du *Caucase*, le nom d'épidémie ne lui convient plus. A Kischinew, dans les environs de Poltava, de Kiew, d'Odessa, d'Erivan, etc., la mortalité des enfants est grande, et la plupart du temps elle provient de la diphthérite.

La *Gazette médicale* s'appuie sur des chiffres donnés par une personne qui en a fait l'objet d'un rapport au zemstvo, pour constater que la diphthérite sévit depuis 1875 dans le district de Mirgorod (province de Poltava), en sautant d'un village à l'autre et en augmentant d'intensité d'année en année. Depuis son apparition dans le district de Mirgorod jusqu'au mois de décembre 1878, ce district a eu 14 598 personnes atteintes de la diphthérite, dont 6224 ont succombé. Par rapport à la population entière du district, le nombre des malades de la diphthérite est de 12 p. 100 et celui des décès causés par cette maladie de 5 1/2 p. 100.

Ces chiffres sont assez éloquents pour qu'on puisse attribuer à cette maladie un caractère réellement épidémique, qui a probablement sa source dans les conditions hygiéniques défavorables où se trouve la population. Un hygiéniste, le docteur Erismann, démontre dans ses ouvrages que « les mesures hygiéniques, pour être utiles, doivent marcher de pair avec l'amélioration des conditions économiques de la population. » Telle est aussi l'opinion de tous ceux qui s'occupent d'hygiène en Europe. Il est très-important aussi que l'on prenne dans les localités où sévit la diphthérite des mesures sanitaires, telles que la désinfection des habitations, l'isolement des malades, l'augmentation du nombre des médecins, l'élection de commissions sanitaires, etc. Le zemstvo de Mirgorod a commencé, paraît-il, à les appliquer; mais cela ne suffit pas, et il serait bon qu'elles fussent prises avec énergie dans toutes les contrées où la diphthérite a fait son apparition, avant que cette maladie atteigne la violence d'une épidémie.

Faculté de médecine de Paris (*Prix Lacaze*). — Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que le prix de 10 000 francs, destiné à récompenser les travaux les plus remarquables consacrés à l'étude de la fièvre typhoïde et de la phthisie pulmonaire, a été décerné à M. le docteur L. Colin, professeur d'épidémiologie au Val-de-Grâce. C'est la troisième fois que la Faculté décerne ce prix. M. Villemin avait obtenu la même distinction pour ses recherches sur la tuberculose, et M. Pidoux pour son livre sur la phthisie pulmonaire.

Faculté de Lille. — M. Lescœur, docteur en médecine, licencié ès sciences mathématiques, licencié ès sciences physiques, pharmacien de 1re classe, est nommé professeur de chimie médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

— M. Puel, agrégé près la Faculté de médecine de Lille, est nommé maître de conférences de chirurgie et d'accouchements à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1878-79.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Clément, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé du cours de médecine légale à ladite Faculté pendant l'année scolaire 1878-79.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Denucé, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé, pour cinq ans, doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. le docteur Gintrac, décédé.

Comité consultatif d'hygiène publique. — Par arrêté ministériel en date du 3 mars, rendu sur la proposition du comité d'hygiène, M. le docteur Proust, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, a été nommé membre titulaire de ce comité en remplacement de M. Tardieu, décédé.

Conseil municipal de Paris. — Sur la proposition de M. Liouville, le Conseil municipal, considérant que le dévouement à l'humanité a causé des deuils cruels dans les rangs de la jeunesse médicale des hôpitaux et que MM. Tourné, interne des hôpitaux, Prével, interne en pharmacie, et Henri Carette, externe, sont morts victimes de leur dévouement à leur devoir, qu'il importe de leur rendre un légitime hommage, vote la proposition suivante:

Art. 1er. — Des plaques commémoratives en marbre seront placées dans les hôpitaux et hospices de la Ville de Paris, sur lesquelles seront inscrits les noms des médecins, chirurgiens, internes, externes, élèves en médecine ou tous autres auxiliaires de l'assistance publique morts victimes de leur dévouement dans l'exercice de leurs fonctions.

Art. 2. — Lors de l'inhumation, le Conseil municipal sera représenté officiellement aux obsèques par quatre de ses membres délégués spécialement à cet effet.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 4 mars 1879, M. le docteur du Defaix (Jean-Marie), médecin français résidant à Santiago de Cuba, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nécrologie. — On annonce la mort, au Sénégal, du chirurgien de 1re classe Mathis, à la suite de l'épidémie de fièvre jaune. M. Mathis avait été fait dernièrement chevalier de la Légion d'honneur pour sa belle conduite pendant l'épidémie.

Centenaire. — Un cas de longévité extraordinaire vient de se produire dans les îles Shetland, au nord de l'Ecosse. Le révérend James Ingram est mort à Unst à l'âge de cent trois ans, ayant conservé jusque dans ces derniers temps l'usage de toutes ses facultés. Le père de cet ecclésiastique était mort à l'âge de cent ans, et son aïeul à l'âge de cent cinq ans.

Hôpital Saint-Antoine. — M. le docteur Cornil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, fera, dans cet hôpital, des conférences sur l'anatomie pathologique et la clinique les lundis et les mercredis à partir du lundi 17 mars. Visite des malades à huit heures et demie. Leçon à neuf heures.

Cours publics d'anthropologie a l'École pratique de la Faculté de médecine. *Géographie médicale.* — M. le doc Bordier, secrétaire de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le mercredi 26 mars, à trois heures, dans le local de la Société d'anthropologie, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

Programme. — Géographie médicale et pathologie comparée des races humaines; aptitudes et immunités pathologiques; influence de la race et du milieu sur la production, la marche et la répartition des maladies.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 27 février au 6 mars 1879, on a constaté 1060 décès, savoir:

Fièvre typhoïde, 29. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 1. Variole, 3. — Croup, 23. — Angine couenneuse, 32. — Bronchite, 59. — Pneumonie, 71. — Diarrhée cholériforme des j enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 7. — Erysipèle, 8. — Autres affections aiguës, 291. — Affections chroniques, 448 (dont 180 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 44. — Causes accidentelles, 20.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

Vingt-sixième année · N° 12 · 21 Mars 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 20 mars 1879.

Académie de médecine : L'ostéomyélite et la septicémie. Le contage pestilentiel.

L'ostéomyélite et la septicémie.

La discussion commencée à l'Académie depuis plusieurs mois se continue en présentant les aspects les plus divers; lorsqu'on assiste à ces débats où se mêlent les discours sur la septicémie, l'ostéomyélite, le charbon, l'infection putride, la fièvre puerpérale, l'anatomie de la moelle, on songe involontairement aux têtes renaissantes du monstre de la fable. Nos lecteurs savent que, dans l'avant-dernière séance, M. Hervieux a porté le débat sur un terrain nouveau où il se développera sans doute, puisque M. Depaul doit à son tour intervenir. M. Pasteur a déjà même dû annoncer, plus prématurément qu'il ne l'eût désiré, ainsi qu'il nous a paru le comprendre, des recherches très-récentes qui promettent des arguments d'une valeur histologique considérable. Nous ne voulons pas aujourd'hui entreprendre de parler de ce sujet, parce que nous imiterions en l'aggravant un défaut que nous appellerons « la complexité de l'ordre des discussions à l'Académie ».

La séance d'hier nous ramène au point de départ, et c'est à propos du discours de M. Trélat, du 11 février, que M. Gosselin a fait une nouvelle lecture; M. Trélat a répondu par une improvisation des plus éloquentes. L'argumentation de M. Gosselin peut être résumée brièvement si l'on met de côté les développements que lui ont donnés la forme académique.

En effet, M. Gosselin considère que M. Panas et M. Trélat, en attribuant à la moelle des os un rôle prépondérant qui se traduit par l'expression d'« ostéomyélite », font une application prématurée de notions histologiques qui seraient mal affermies et même discutables. L'importance de la moelle est exagérée par M. Trélat, à la suite de MM. Cornil et Ranvier et des histologistes qui n'acceptent pas les doctrines que M. Gosselin appelle « françaises », lesquelles, si nous avons bien compris son discours, sont représentées pour le savant professeur par le livre de Cruveilhier et Sée, par M. Sappey, et principalement par M. Robin.

Pour spécifier, M. Gosselin, dont on n'a pas oublié les travaux sur la moelle faits en collaboration avec M. Reynault, n'a pas constaté d'analogie entre la couche profonde du périoste, le contenu des canaux de Havers et la moelle des os; les expressions de moelle endostale, médiostale, périostale, lui paraissent inspirées par des conceptions hypothétiques et non démontrables avec précision à l'aide du microscope. M. Gosselin n'a constaté ni sous le périoste, ni dans les canaux de Havers, la présence d'un tissu méritant le nom de moelle osseuse; de plus, nombre d'histologistes n'auraient pas vu de tissu médullaire dans le périoste ou dans les canaux de Havers. La conclusion naturelle de ces opinions est que la moelle des os n'a pas l'importance anatomique ou pathologique invoquée par MM. Cornil et Ranvier, Trélat, Panas et bien d'autres. Avant de faire intervenir la moelle comme prédominante dans la définition de l'ostéomyélite, il faudrait en démontrer l'existence sous le périoste et dans la moelle. Telle est l'impression que nous a laissée ce discours, et M. Trélat semble l'avoir compris de la même manière lorsqu'il a invoqué les recherches les plus minutieuses et les plus parfaites des histologistes les plus autorisés: ainsi qu'il l'a fort bien expliqué, il ne s'agit pas de croire à l'existence dans les canaux de Havers et sous le périoste d'une moelle osseuse ayant des caractères identiques à ceux de la moelle contenue dans les cavités diaphysaires ou les trabécules épiphysaires; ce n'est point dans ce sens qu'il faut comprendre les expressions de moelle périostale et de moelle endostale; ce que les histologistes et certains pathologistes distinguent sous ces noms ne constitue pas à proprement parler la moelle des os telle qu'on la comprend en anatomie descriptive, mais ces expressions correspondent plutôt aux diverses phases du développement du tissu osseux. En définitive, M. Trélat invoque de son côté ses autorités et ses examens personnels : il a vu sous le périoste les éléments qui sont la caractéristique anatomique de la moelle, les cellules embryonnaires de la moelle qui sont les analogues des médullocelles, à ce point que M. Gosselin lui-même a considéré ces termes comme synonymes dans son exposé des lésions histologiques de l'ostéite (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, article Ostéite, 1878).

Ces cellules embryonnaires ou médullocelles se retrouvent dans les canaux de Havers volumineux, et ce sont elles qui, en subissant certaines transformations, prennent un aspect particulier et transitoire qui leur a mérité une dénomination spéciale, celle d'ostéoblastes; ces ostéoblastes ne sont en réalité que des cellules embryonnaires qui se transforment en ostéoplastes; les déductions les plus importantes à retenir dans les recherches histologiques les plus modernes se rapportent donc plutôt au processus de genèse de l'os, aux conditions de sa régénération ou de ses dégénérescences inflammatoires; partout où le tissu osseux se forme, là où il s'accroît, alors qu'il est le siége d'irritation inflammatoire, l'on peut constater l'existence des cellules embryonnaires de la moelle, et c'est par ces considérations de physiologie générale qu'on a été amené à mieux comprendre le rôle de la moelle dans l'inflammation des os, et à lui attribuer plus d'importance. Les dissidences que M. Gosselin a établies entre ses opinions et celles de M. Trélat au point de vue histologique sont plus apparentes que réelles; et nous pensons qu'il serait facile de les mettre d'accord entre elles : ce sont d'une part, les notions d'anatomie microscopique (qui, pour le dire en pas-

sant, n'ont pas accompli de grands progrès depuis Gerdy, Cruveilher et Chassaignac), et, d'autre part, les notions histologiques les plus généralement admises par les *histologistes* qui pratiquent eux-mêmes les patientes recherches que réclame l'étude de l'anatomie générale. Il faudrait pour arriver à cet accord s'entendre sur les dénominations, et ne pas confondre les tissus et les éléments qui les constituent, ou même les éléments qui les caractérisent. Certes, M. Gosselin a raison de dire qu'il ne retrouve pas dans les canaux de Havers et sous le périoste la moelle du canal diaphysaire de l'adulte, ses médullocelles, ses myéloplaxes, son appareil vasculaire si complexe, enfin son réticulum conjonctif ou lamineux ; il n'y a peut-être que M. Colin à l'Académie qui ait ainsi compris le sujet en litige, et, s'il en était autrement, il faudrait laisser de côté ces termes de moelle endostale, périostale et médiostale qui seraient si difficiles à bien comprendre.

Fort heureusement M. Trélat peut continuer à employer des expressions dont chacun connaît la définition, et dire que dans la moelle, dans les cavités médullaires, dans les canaux de Havers on retrouve avec la plus grande facilité les éléments caractéristiques de la moelle embryonnaire, dans la période de développement des os, lorsqu'il y a des processus inflammatoires, ou même dans quelques autres phases des dégénérescences du tissu osseux.

Il importe donc de bien mettre en relief ces deux faits bien précis : en premier lieu, que les éléments caractéristiques de la moelle osseuse se retrouvent à l'origine du développement dans toutes les parties de l'os, périoste, tissu compacte et moelle, on pourrait même ajouter les cartilages à cette énumération ; et en second lieu, que ces éléments réapparaissent dans la régénération de l'os, ou dans l'ostéite, soit sous le périoste, soit dans les canaux de Havers dilatés.

Nous n'avons pas oublié que M. Gosselin, qui, dans son article du *Nouveau dictionnaire*, décrit les lésions histologiques de l'ostéite telles que Cornil et Ranvier et d'autres anatomo-pathologistes les ont fait connaître, a trouvé insuffisantes ces données de l'histologie, il en a même signalé quelques-unes comme prétentieuses ; mais, puisqu'il s'agit de définitions exactes, nous ne pouvons croire que M. Gosselin veuille nous faire admettre comme une hypothèse plus plausible ou plus rigoureusement scientifique celle de l'épanchement plastique, qu'il est obligé de reproduire pour représenter un processus correspondant à la néoformation ou à la multiplication des éléments de la moelle embryonnaire dans l'inflammation.

Nous avons donc en notre possession une doctrine de la structure des os, de leur développement et de leur histoire pathologique, qui répond à des notions de physiologie générale qui nous paraissent, quant à présent, aussi satisfaisantes qu'elles le sont pour M. Trélat et M. Panas dans leurs applications à la clinique chirurgicale ; nous croyons qu'il suffirait de ne pas vouloir discuter sur les termes eux-mêmes pour s'apercevoir que la clinique n'est pas en contradiction avec les notions fournies par l'étude des fonctions, des propriétés et de la structure des tissus et de leurs éléments.

Il nous suffirait même de rappeler ici les raisons que M. Gosselin a invoquées pour ne pas séparer l'ostéite de la périostite et de l'ostéomyélite : « C'est, dit-il, parce qu'une longue observation m'a appris qu'en pathologie ces trois parties, le périoste, l'os et la moelle, déjà si étroitement liées dans leurs dispositions anatomiques et leurs fonctions, sont solidaires les unes des autres, atteintes par les mêmes causes morbides, et en définitive malades simultanément à des degrés divers. » Les données d'histologie invoquées par MM. Lannelongue, Panas, Trélat ne sont nullement en opposition avec ces conclusions ; mais, grâce aux travaux des histologistes et de Ranvier au premier rang, nous savons quelle est la condition intime de cette solidarité, c'est-à-dire que c'est en partie la persistance des éléments embryonnaires de la moelle sous le périoste, dans les plus gros canaux de Havers, dans les espaces médullaires, et que c'est en partie la néoformation des éléments ou du tissu embryonnaire de la moelle sous l'influence d'un processus irritatif qui expliquent la rapidité de propagation de l'inflammation d'une des parties constituantes de l'os à l'autre.

Nous terminons ici ces considérations, parce que, pour discuter à fond les objections que M. Gosselin a adressées au sujet de l'existence de la moelle dans les canalicules de Havers et sous le périoste, il nous faudrait multiplier les citations ; nous préférons engager les incrédules à s'informer auprès des histologistes qui ont vu et qui peuvent démontrer, plutôt que de s'en tenir aux traités classiques ; mais ce mode de constatation n'est malheureusement pas praticable dans une académie.

A. Hénocque.

Le contage pestilentiel.

Il est peu d'affections dont le contage ait été considéré comme plus *subtil* que celui de la peste. Il n'en est pas qui ait inspiré autant de terreur à l'égard des malades eux-mêmes, de leurs cadavres, de tous les objets qui les avaient approchés. Chacune de ces trois sources de contamination a été plus particulièrement incriminée suivant les époques et suivant les auteurs.

1° Dans le plus ancien des livres classiques sur la contagion, Fracastor donnait immédiatement le premier rang, au point de vue de la propagation épidémique, aux objets inanimés : certains corps avaient la propriété de s'imprégner du poison pestilentiel, de le recéler pendant longtemps, de le transmettre au loin ; d'autres étaient réfractaires à cette imprégnation ; d'où la division de tout ce qui entoure l'homme en corps contumaces, et non contumaces, dont l'énumération devait remplir d'interminables colonnes les règlements des anciens lazarets. Les faits les plus saisissants et les plus bizarres étaient invoqués à l'appui : ici, c'était un bonnet de cuir qui transmettait successivement la peste à sept personnes (Fracastor) ; là, une paillasse qui, reléguée dans un grenier de Vienne pendant une épidémie pestilentielle, donnait lieu vingt ans après à une nouvelle explosion (Van-Swieten) ; en revanche une pipe, pourvu que le bout en fût d'ambre, pouvait, sans occasionner le moindre danger, passer de la bouche d'un pestiféré à celle d'un homme sain (Fodéré).

Certaines observations de l'époque seraient de nature à être invoquées par les partisans de l'origine parasitaire des maladies pestilentielles ; les germes semblaient se multiplier, comme par un véritable procédé de culture, dans les milieux extérieurs à l'organisme.

Tout vêtement, touché en un seul point, par quelque objet contumace, devenait dangereux en totalité. D'après Howard, la moindre quantité de coton empesté communiquait à toute la balle la propriété contagieuse ; suivant Autrechau, un seul morceau d'étoffe avait, à Toulon, transmis la faculté de contamination à une masse considérable de linge.

Cette multiplication de la cause en augmentait l'intensité; l'historien de la peste de Moscou, Mertens, assure que le germe de la peste, ainsi renfermé avec certaines matières, acquiert tant de violence que ceux qui ouvrent les paquets infectés sont souvent frappés de mort subite.

La réaction fut violente, surtout au commencement de ce siècle, contre les excès de cette doctrine : on invoquait, à l'encontre, des faits imposants par leur masse : les cent mille balles de coton expédiées d'Alexandrie, sur tous les marchés de l'Europe, pendant la dernière épidémie d'Égypte, n'avaient entraîné aucun accident; au Caire même, Clot Bey démontrait l'innocuité, en nombre de cas, des hardes des pestiférés; à Constantinople, Brayer faisait ressortir l'immunité des marchands et des chalands de Pitts Bazar, où les Juifs « achètent les effets, non-seulement des personnes mortes de maladies ordinaires, mais encore des personnes mortes de la peste, peu importe qu'elle soit bénigne, maligne ou cruelle. Si la peste est cruelle, le marché regorge d'effets; ne croyez pas qu'on se soit occupé de les désinfecter, jamais on n'y a pensé. C'est là que furent réunies, en très-grande partie, les dépouilles des victimes de l'épidémie de 1812 » (Brayer, *Neuf années à Constantinople*).

Ces observations devaient réduire de beaucoup l'effroi inspiré pendant des siècles par l'exagération d'une doctrine qui avait fait mourir de faim des malheureux n'osant plus toucher à rien, et poursuivis de l'idée que « tout autour d'eux était pestilence ».

Mais, en revanche, ce serait exagérer leur propre portée que les considérer comme preuves absolues de la non-transmissibilité de la peste par des corps intermédiaires autres que l'homme. Il suffit d'une augmentation de température, d'un changement de saison pour enlever aux germes pestilentiels leur activité morbifique, influences trop facilement négligées par ceux qui ont révoqué en doute la puissance de contamination de ces corps.

Si l'on a, bien gratuitement sans doute, attribué à tant de substances : laine, paille, coton, qui n'avaient point subi le contact des malades, la faculté de propager la peste, nous pensons que le danger est tout autre, bien plus certain, à l'égard de tous objets : vêtements, literies, etc., qui ont servi aux pestiférés. L'objet, ou plutôt le lieu contumace par excellence, peut-être, c'est la demeure des malades; c'est ici que la combustion, superficielle ou complète, doit intervenir pour la destruction des miasmes adhérents aux murs, aux parois des chambres, et devenant la source de la localisation du mal en épidémies domiciliaires.

Malgré ses exagérations, l'œuvre de Fracastor eut, en tout cas, le grand avantage de démontrer certains dangers réels qu'on ne soupçonnait pas avant lui, et de ramener à une observation pratique tant d'esprits égarés par la croyance à l'intervention des influences sidérales, de la colère divine, etc.

2° On a considéré comme spécialement redoutables les cadavres des pestiférés : que de corps abandonnés par terreur, sans sépulture, dans les rues et les maisons, augmentant l'infection de l'atmosphère des foyers épidémiques! La puissance de contamination semble ici d'autant plus certaine qu'on a considéré le poison pestilentiel comme pouvant naître de la putréfaction cadavérique banale, que les corps en décomposition soient, ou non, des corps de pestiférés; opinion émise surtout par des auteurs français : soit par Amb. Paré, qui rapporte une épidémie de peste survenue à Cahors aux exhalaisons d'un cimetière, soit par Pariset, qui avait fondé sur l'insuffisance des inhumations en Egypte la cause de l'endémicité du mal en ce pays; à cette opinion correspond l'ingénieux parallèle établi par Griesinger entre le virus pestilentiel et le poison des cadavres, basé sur l'analogie entre les accidents produits par les piqûres d'amphithéâtre et certaines manifestations locales de la peste.

Si l'on se rappelle l'innocuité absolue, au point de vue de la production de cette maladie, des masses de cadavres si souvent abandonnés sur les champs de bataille, dans les régions même où jadis la peste semblait endémique, comme en Crimée (1854-1856), comme en Bulgarie à la suite des massacres de 1877, on acceptera difficilement, au moins pour notre époque, une pareille généalogie du virus pestilentiel.

Mais il y a plus : d'après les témoignages de J. Howard, de Desgenettes, les cadavres des pestiférés eux-mêmes sont considérés en Orient, et depuis longtemps, comme inoffensifs. Pendant la peste du Caire de 1835, des recherches anatomopathologiques ont été faites par Clot-Bey et nombre d'autres médecins sans qu'il en soit résulté aucun accident. Aussi n'accepterons-nous qu'avec réserve, et après plus ample informé, le rôle attribué, dans le développement de l'épidémie de Russie, à l'importation de fourrures antérieurement contaminées par leur contact avec des cadavres transportés à Bagdad, ainsi que les atteintes des fossoyeurs d'une des localités voisines de Vetlianka.

3° Le danger de contamination par les malades et les suspects a été, à diverses époques, le point de départ des mesures les plus rigoureuses de séquestration et d'isolement. Nous avons raconté en détail (Léon Colin, art. QUARANTAINES, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, p. 18-22) les rigueurs des quarantaines imposées aux habitants des villes pestiférées. A Gênes, à Toulon, à Aix, à Digne, on eut, pendant les XVIIe et XVIIIe siècles, le spectacle effrayant de villes dont « tous les habitants, renfermés, sous peine de mort, dans leurs maisons, ignoraient non-seulement ce qui se passait dans le reste du royaume, mais encore les moindres événements qui arrivaient dans leur quartier, n'ayant que la liberté de se voir et de se parler par les fenêtres, étant aussi peu instruits les uns que les autres des progrès de la maladie, du nombre de personnes qu'elle enlevait chaque jour, et craignant à tous les instants qu'elle n'eût infecté les aliments qu'on leur apportait » (Papon).

Nous avons dit toutes les précautions recommandées à ceux qui approchaient les malades. Il fallait absolument ne rien porter qui fût de nature susceptible, « ne porter par conséquent ni laine, ni coton, ni fourrures, ni velours, mais adopter des vêtements de *camelot ou de soie, ne traînant point à terre et ne faisant aucun pli*. Le meilleur préservatif pour les médecins était de n'entrer dans la chambre des malades que garantis par un masque en maroquin à lunettes, chaussés de sabots, vêtus d'un pantalon, d'un gilet et de gants en toile cirée; ils ne devaient point se placer vis-à-vis des malades pour ne point être dans la direction de leur souffle. Il en était de même des confesseurs : « Qu'on aborde de deux pas les malades, dit Ranchin, et qu'on se tienne à côté pour ne pas recevoir leur haleine. Pour donner la communion, sera bon d'avoir une vergette (petite verge) de la longueur d'un pan et demi (treize à quatorze pouces) ou environ, et au bout d'icelle un petit croissant d'argent, pour porter le Saint-Sacrement dans la bouche du malade, lequel avant lui donner, le prêtre serrera fort étroitement la manche de son habit et surplis, afin qu'il ne touche rien du malade, tenant le flambeau entre eux deux. »

« Qu'on se tienne toujours debout, sans s'asseoir ou se

mettre à genoux, et faut prendre garde que l'habit ne touche du bord à terre. Les habits les plus usés et pelés sont les meilleurs pour visiter les malades » (Léon Colin, art. QUARANTAINES, p. 21).

Ce luxe de précautions grotesques et terrifiantes pour les malades était bon pour les temps de barbarie et les administrations des anciens lazarets.

Dès la fin du dix-huitième siècle, sous les auspices glorieux de Desgenettes et de Larrey, les médecins militaires de l'expédition d'Égypte abordaient courageusement les pestiférés, en supprimant, pour les soigner, les entraves imposées jusqu'alors à ces malheureux. Grand nombre de ces médecins furent victimes de leur dévouement, d'autant plus digne d'admiration qu'à la même époque les administrations sanitaires de Marseille et de Toulon épuisaient leur activité à la recherche de perfectionnements pour les appareils qui devaient préserver de tout danger de contagion les chirurgiens et magistrats de leurs bureaux de santé.

Cet exemple ne devait point être perdu; on sait quel fut le dévouement des médecins français durant l'épidémie d'Alexandrie, en 1835. M. Ferdinand de Lesseps signalait alors avec admiration la conduite de Rigaud et d'Aubert, recherchant les malades atteints de peste et les touchant pour les rassurer, quand nombre de médecins étrangers parcouraient les rues et faisaient leurs visites dans un appareil fait pour jeter l'épouvante, enveloppés d'un manteau de toile cirée et armés d'un long bâton.

Et lui-même, M. de Lesseps, n'a-t-il point pris sa part de tous ces dangers, les dédaignant au point d'en contester la réalité, bravant le contact des pestiférés, de leurs cadavres, de leurs hardes, alors que d'autre part il travaillait, par l'assainissement de l'Égypte, au but le plus élevé de la prophylaxie des maladies pestilentielles, à l'extinction du mal dans un de ses berceaux?

Toutes nos recherches nous portent à croire que la peste est surtout transmissible, non par le contact direct des malades ou des objets qui leur ont servi (contact dont nous ne contestons point le danger), mais par l'*atmosphère virulente* qui les environne, et qui devient sans doute elle-même l'intermédiaire de la contamination de la plupart des corps dits contumaces, et surtout des murs et des parois des habitations.

Le contage atmosphérique, comme celui de la fièvre typhoïde, agit surtout sur les personnes soumises à son action prolongée par la continuité de leur résidence dans les maisons ou auprès [illegible] de pestiférés. M. de Lesseps se rappelle encore sans doute le mot que lui disait, en 1835, Rigaud, mortellement atteint : « Venez me voir vingt fois par jour, si vous le pouvez, mais ne restez jamais plus de cinq minutes dans ma chambre. »

Ce contage aérien, qu'il soit gazeux ou solide, figuré ou non, possède, par cette continuité d'action, une efficacité aussi assurée peut-être que celle des inoculations, dont le résultat est loin d'avoir été toujours positif. Pendant l'expédition d'Egypte (1798-1799), presque tous les médecins du grade de sous-aide, chargés du service des gardes et subissant jour et nuit l'atmosphère pestilentielle, furent enlevés par l'épidémie. Il en avait été de même du personnel médical résidant à l'hôpital de Moscou en 1771 (Mertens); et quand, en 1874, Laval se renfermait, en ce village voisin de Benghazi, dans le quartier des pestiférés, dont il avait lui-même prescrit l'isolement, il se dévouait, par cette réclusion, aux chances les plus probables de contamination.

La mortalité des premiers médecins arrivés sur le théâtre de l'épidémie actuelle, en décembre et en janvier, ne tient-elle pas à leur existence plus permanente et complète dans l'atmosphère de malades relativement nombreux alors, pouvant infecter l'ensemble d'un village ou d'un quartier, sans laisser autant de chances que le mois suivant de trouver une installation salubre à leur voisinage?

Léon COLIN.

HISTOIRE ET CRITIQUE

ÉLÉMENTS. — ÉLÉMENTS UNIVERSELS. — ÉLÉMENTS MORBIDES.

(Deuxième article.)

Arrivé à cette période du développement de la doctrine des éléments et de celle des atomes, nous pouvons aborder l'examen de l'influence que cette doctrine a exercée sur la science médicale, soit immédiatement, soit dans les siècles ultérieurs jusqu'à nos jours. Nous aurons soin, chemin faisant, d'indiquer les changements introduits dans les systèmes de cosmogonie et de physique et qui pourront intéresser l'histoire de la médecine.

Pour comprendre comment la philosophie élémentaire et atomistique est entrée dans la science médicale, il faut tenir compte de trois considérations : la première, que des qualités particulières ont été attachées aux divers éléments; la seconde, que toutes les doctrines embrassaient, comme on vient de le voir, la nature vivante aussi bien que la nature inanimée, et par là engageaient nécessairement la physiologie et la pathologie; la troisième enfin, que le rapport des qualités élémentaires des corps extérieurs, des plantes, par exemple, avec les qualités élémentaires du corps humain et de chacune de ses parties conduisait de plain pied à l'hygiène et à la thérapeutique.

Cette invasion des éléments, des atomes ou du nombre dans la médecine a été immédiate. Peut-être l'a-t-on exagérée. Bien des opinions physiologiques ou pathologiques de l'ancienne philosophie grecque ou procédaient d'une observation plus ou moins exacte, ou, quand elles étaient le fruit de l'imagination, restaient en dehors des doctrines cosmologiques. Mais le sceau doctrinal est marqué sur les vues d'ensemble et sur beaucoup de théories particulières : Le feu produit la vie; ce qui est froid est contraire à la vie, la vie se perd quand la chaleur s'éteint. — Ou bien, c'est l'air qui est le principe de la vie; il circule dans le sang; il fait, selon le degré de chaleur où il se trouve, la différence d'un homme à un autre ou de l'homme à la bête. — Ou encore, les deux sexes viennent de semences inégalement chaudes; la semence la plus chaude engendre l'homme; celle qui l'est le moins, la femme. — Ou enfin, car peu d'exemples suffisent, la vision se produit quand des atomes émanés de certains objets et représentant leurs formes arrivent jusqu'à l'œil, et le mécanisme est le même pour toutes les sensations. Le système de Pythagore et de ses successeurs, et en particulier d'Alcméon, n'a pas été moins fécond en déductions physiologiques; il l'a été même davantage en ce qu'il a plus accordé à des vues chimériques d'harmonie et en même temps aux rêveries de la divination et de la magie, qui n'étaient pas propres assurément à la doctrine, mais qui y tenaient une assez grande place. Les idées pythagoriques sur le rôle des nombres dans la formation du fœtus ont été exposées par divers commentateurs. On

peut consulter là-dessus Consorinus (*De die natali*, ch. XI). Disons seulement qu'il y a deux gestations : l'une de sept mois, dont les périodes se déroulent sous l'influence du nombre 6; l'autre de dix mois, qui obéit à la loi du nombre 7. Ces théories, que nous relevons au hasard, il n'est pas toujours assuré qu'elles aient été réellement professées par ceux auxquels les ont attribuées les écrivains postérieurs; mais cela importe peu à notre thèse, qui est de montrer, sur le domaine de notre science, d'où qu'elles soient venues, les singulières incursions de la philosophie dans le domaine médical.

Les théories dérivées des qualités respectives des éléments ont été plus fâcheuses peut-être en ce qu'elles ont atteint plus directement la pratique médicale. Les philosophes ne se sont pas toujours entendus sur ces qualités élémentaires des corps. Les purs atomistes, comme Démocrite, les faisaient dépendre, nous l'avons dit, de la légèreté et du volume relatifs des atomes. D'autres les tiraient simplement de l'observation, les qualités des éléments étant celles des corps qu'ils concourent à former; mais les qualités de chacun des éléments n'étaient pas les mêmes pour tous les philosophes. Dans le système d'Empédocle, le feu est blanc et chaud; l'air, mou et léger; l'eau, noire et froide; la terre, dure et pesante; déterminations assez différentes de celles qui appartiennent à d'autres systèmes. Ce sur quoi l'on s'accorde assez généralement, c'est le fait d'une *opposition* entre les qualités des divers éléments. Appliquée aux qualités des corps tout formés, l'opposition avait des modes nombreux, et pour ainsi dire indéfinis : c'était celle du doux et de l'amer, du rare et du dense, du petit et du grand, etc. Restreinte aux éléments proprement dits, elle était réduite aux modes donnés par le froid, le chaud, le sec et l'humide :

L'*eau* est froide et chaude.
La *terre* est froide et sèche.
L'*air* est chaud et humide.
Le *feu* est chaud et sec.

On voit que si l'eau et l'air sont tous deux humides, la première est froide et le second chaud; et que si le feu et la terre sont secs, le premier est chaud et la seconde froide. De cette association de qualités semblables et de qualités contraires, résultent certaines règles dans l'accord ou dans l'opposition des éléments, et l'on voit, par exemple, qu'il suffit de combiner deux éléments pour mettre en présence deux qualités opposées. Ajoutons néanmoins que, d'après certains commentateurs, Anaximène n'admettait que les deux qualités du froid et du chaud, conséquemment un seul mode d'opposition; et qu'Empédocle lui-même ne tirait de ses quatre éléments que deux oppositions : celle du chaud et du froid et celle du sec et de l'humide.

Telle est la doctrine des oppositions dans sa simplicité; on en verra plus loin les raffinements; mais c'en est assez pour montrer ce qui va arriver quand on déduira des qualités élémentaires l'action fonctionnelle ou les déviations pathologiques de l'organisme humain, ou quand on placera les prétendues qualités de la matière brute ou des plantes en regard des manifestations de la vie animale, pour tirer de la comparaison l'explication de la vie normale et celle des maladies et de leur traitement.

A une époque où la structure anatomique du corps humain était à peu près lettre close, les liquides, les humeurs, étant ce qu'il y avait de plus apparent dans l'organisme, ce qui s'offrait le plus librement à l'observation, devaient servir de thème naturel aux théories médicales. C'est donc dans les humeurs qu'on a cherché, même avant Hippocrate, la représentation visible des principes élémentaires. Ces humeurs sont le sang, la pituite (ou phlegme), la bile jaune et la bile noire, dont les rapports avec les qualités des principes élémentaires sont les suivants :

Pituite......... froide et humide (élément *eau*).
Bile noire...... froide et sèche (élément *terre*).
Sang.......... chaud et humide (élément *air*).
Bile jaune...... chaude et sèche (élément *feu*).

C'est le juste mélange de ces humeurs, le juste mélange de ces qualités qui constitue la santé; c'est leur mélange inégal et la prédominance de l'une d'elles ou de plusieurs qui constitue la maladie.

Interrogez maintenant Hippocrate, ou, pour mieux dire, les livres hippocratiques.

Le médecin de Cos a vécu en pleine floraison de la doctrine des éléments. Il l'a donc bien connue, et il eût été naturel qu'il en eût subi, avec les autres médecins de son temps, les séductions. Mais non : la critique historique, en faisant le départ des ouvrages de la collection hippocratique qui sont réellement d'Hippocrate ou qui, en cas de doute, portent l'empreinte manifeste de sa pensée et de son style, et des ouvrages qui lui ont été faussement attribués, a par cela même établi en sa faveur un nouveau titre de gloire en montrant que, sur cette question des éléments, sa sagesse habituelle ne s'était pas démentie. Les écarts, les contradictions qu'on lui reprochait sont, on peut le dire, non avenues. Le traité de l'*ancienne médecine* est dirigé d'abord contre la prétention générale (et ici Empédocle est pris personnellement à partie) de connaître la composition de l'homme et surtout de faire de cette prétendue connaissance le fondement de la médecine; puis, contre cette prétention particulière de tracer des règles à l'hygiène et à la thérapeutique d'après le rapport des qualités des diverses parties du corps avec celles des agents extérieurs, aliments ou substances médicamenteuses. Ces principes, si Hippocrate n'y revient pas formellement dans le livre du *Régime dans les maladies aiguës*, il en fait évidemment la règle de ses préceptes. Les humeurs y jouent leur rôle, mais dans le sens et dans la mesure que marque une observation plus ou moins exacte, mais non la théorie.

Malheureusement la voix d'Hippocrate n'est guère écoutée. Ses successeurs, son gendre même (si on lui a fait une juste part dans la collection), sont repris par l'esprit théorique, et les éléments recouvrent par eux leur rang dans la médecine. Ouvrons, par exemple, le livre de la *Nature de l'homme*, précisément parce qu'il est attribué à Polybe. C'est une attaque contre ceux qui veulent former le monde, et en particulier le corps humain, d'une substance unique; mais c'est aussi un plaidoyer en faveur des quatre éléments, des quatre humeurs corrélatives et de la doctrine du mélange. Si l'on passe aux autres ouvrages pseudo-hippocratiques, on n'a que l'embarras du choix. Le premier livre du *Traité du régime et des songes* est inspiré d'Héraclite avec un reflet visible de la doctrine de Thalès et même de la doctrine pythagoricienne. Il faut savoir reconnaître les choses latentes sous les choses apparentes; et ce qui est latent, c'est le feu et l'eau, qui sont le fond de la nature animale : le feu, chaud et sec; l'eau, froide et humide, se faisant des emprunts réciproques pour former les êtres. L'âme elle-même est un mélange de feu et d'eau. Si certaines substances ont la faculté de nourrir le corps de l'homme, c'est qu'elles renferment les mêmes éléments que lui, et cette opération se réalise suivant certaines règles d'harmonie analogues à celles de

la musique. Dans le livre *Du fœtus de sept mois*, il est recommandé au médecin de veiller sur les jours impairs, et, parmi les jours pairs, sur le quatorzième, le vingt-huitième, le quarante-deuxième; de faire attention aux triades et aux tétrades de jours. Le livre *Des semaines* est plus pythagoricien encore; nous renvoyons de nouveau sur ce point, pour abréger, à l'article Nombre du *Dictionnaire encyclopédique*. La doctrine de l'air élémentaire se reconnaît dans le traité *Des airs* et dans celui *De la nature des os*. Disons enfin que, dans le *Traité des chairs*, ce sont les quatre éléments d'Empédocle (l'éther étant adéquate au chaud) dont les combinaisons multiples forment nos divers organes en conférant à chacun d'eux une structure et des qualités en rapport avec la combinaison qui lui est propre.

On entre dans le dogmatisme; on subit la grande autorité de Platon, qui fait jouer un si grand rôle aux quatre éléments dans la cosmologie et la physiologie, et qui, en même temps, relève avec tant d'éclat le pythagorisme. Pour beaucoup de méthodistes, sinon pour tous, les aliments, les médicaments sont chauds ou froids, secs ou humides, et c'est par ces qualités qu'ils conviennent ou nuisent, selon les conditions, au corps humain. Ils engendrent des humeurs dont la qualité répond aux leurs. La pratique médicale, avec Dioxippe et avec Eudoxe, se mêle à l'astrologie et à la divination; avec Dioclès et quelques autres, au pythagorisme. Et quand l'école s'imprègne des doctrines stoïciennes, quand elle devient panthéiste, quand elle fait sortir également la physique, la physiologie et l'organologie d'un simple dualisme représenté par la matière et la force, elle reste fidèle à la doctrine des éléments, et se rattache même assez directement au système d'Héraclite. Tout procède d'une vapeur ignée.

Enfin, constatons, en quelques mots, que la doctrine se perpétue suivant ses divers modes, dans les derniers temps de l'ère païenne et dans les premiers de l'ère chrétienne, non sans s'y compliquer parfois de subtilités nouvelles. Le pythagorisme revient avec Anaxilaüs et Nicomaque; l'épicuréisme avec Asclépiade de Bithynie; le *pneuma* et les quatre éléments avec Athénée, Arétée et toute l'école des pneumatistes, et l'on arrive ainsi à Galien, disciple d'un platonicien (Albinus), et nourri dès lors, plus encore qu'Hippocrate, dans l'enseignement de la philosophie des éléments.

Devant un esprit aussi éclairé, aussi pénétrant, aussi libre, et qu'une grande richesse d'observations et d'expériences tendait à maintenir sur le terrain des faits, tant de vues hasardées, de théories chimériques vont-elles rencontrer enfin une barrière? Il n'en est rien. Galien, tout au contraire, ramène la théorie au point même où Hippocrate l'avait trouvée et combattue. Toutes les hypothèses rentrent en scène avec lui : la composition élémentaire des corps; — la représentation d'éléments invisibles dans les corps visibles et tangibles qu'on appelle feu, air, eau, terre; — les quatre qualités de ces éléments : chaud, froid, humide et sec; — les combinaisons des éléments un à un (froid et chaud), ou deux à deux (froid-sec et chaud-humide); — les quatre humeurs : sang, pituite, bile jaune, bile noire, avec les qualités que nous avons dites plus haut. Et pour Galien aussi, la santé et le bon tempérament résultent d'un juste équilibre entre ces diverses qualités; conséquemment, les maladies ont des qualités chaudes ou froides, sèches ou humides. Par bonheur, la nature a créé des substances douées de qualités correspondantes, et qui, à cause de cela, sous le nom de *médicaments*, sont toujours propres à détruire, *par voie d'opposition*, à neutraliser les manifestations pathologiques du corps humain. On voit avec peine le grand nom de Galien mêlé, avec une sagesse relative, il est vrai, et aussi dans une forme supérieure, à des idées spéculatives qui couraient chez les rhéteurs de son temps, tels qu'Apulée ou Aulu-Gelle, et qui devaient exercer dans les siècles suivants l'esprit subtil et étroit d'un Censorin ou d'un Macrobe.

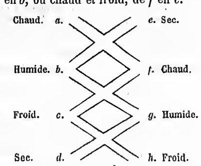
Galien remplit à lui seul douze ou treize siècles. Il serait fastidieux de parcourir pas à pas ce long intervalle; quelques indications suffiront.

Remarquons d'abord que la philosophie scolastique eut une influence nécessaire sur la conception de la nature élémentaire des corps. L'examen philosophique porta spécialement sur les qualités, sur leur essence, sur l'existence *réelle* ou l'existence *nominale* des genres et des espèces. Au temps de la lutte des empiriques et des dogmatiques, Sextus écrivait déjà : « Nous ne révoquons pas en doute que le miel ne soit doux au goût; mais, lorsqu'il s'agit d'examiner l'*essence* de la saveur douce, nous avouons franchement notre ignorance. » Dès le sixième siècle, un philosophe de Naples, Telesio, avait fait de la chaleur et du froid deux principes actifs, incorporels, agissant sur la matière, principe corporel. Toutefois, les partisans des éléments incorporels ou éléments-qualités rencontrent des adversaires, parmi lesquels nous citerons en particulier maître Fernel. En même temps reviennent les vieilles et puériles discussions sur la semence de l'homme, avec un redoublement de rêveries astrologiques, où la doctrine des éléments est accommodée à celle des influences sidérales. Par exemple, le premier quartier de la lune est chaud et humide; le second, chaud et sec; le troisième, froid et sec; le quatrième, froid et humide. De là des actions diverses de la lune sur les tempéraments et la santé. Paracelse est très-confus sur la question des éléments. De l'ensemble de ses ouvrages on peut néanmoins inférer qu'il reconnaissait les quatre éléments classiques, parmi lesquels le feu jouait un rôle particulier et prédominant, mais en y ajoutant, sous ce même nom d'éléments, comme agents modificateurs de la matière, le sel, le soufre, le mercure : le sel, qui donne aux corps la consistance; le soufre, qui produit la combustion; le mercure, qui préside à la liquéfaction et à l'évaporation. Enfin, Van Helmont, dont nous n'avons pas à raconter la guerre contre la tradition galénique ni les théories personnelles, Van Helmont réduit le nombre des éléments à deux : l'air et l'eau, le premier n'ayant que des fonctions accessoires, le second constituant en réalité la seule matière dont les corps soient formés.

Afin de donner au lecteur une idée un peu nette de ces questions, sans l'obliger à traverser par le détail un historique peu récréatif, nous mettons, sous ses yeux, comme échantillon des jeux d'esprit de ce temps, une figure que nous empruntons à un ouvrage publié un peu avant la naissance de Van Helmont, et qui représente différentes combinaisons des éléments et de leurs qualités (*Méthode briefve et facile pour aisément parvenir à la vraye intelligence de la chirurgie*, etc., par Fierabras, Rouen, 1550).

En inscrivant ainsi sur cette figure (qui est plus compliquée dans l'original), en regard des angles *a*, *b*, *c*, *d*, les mots *chaud*, *humide*, *froid* et *sec*, et en regard des angles *e*, *f*, *g*, *h*, les mots *sec*, *chaud*, *humide* et *froid*, on a : 1° Sur les mêmes lignes horizontales, le chaud et le sec, qualité intense (principale) et qualité remise (secondaire) du feu; l'humide et le chaud, qualité intense et qualité remise de l'air; le froid et l'humide, qualités intense et remise de l'eau; le sec et le froid, qualités intense et remise de la terre;

2° Aux extrémités des lignes obliques, deux qualités ; tantôt *symboliques*, comme chaud et chaud, de *a* en *f*, ou humide et humide, de *b* en *g*; tantôt *contraires*, comme sec et humide, de *e* en *b*, ou chaud et froid, de *f* en *c*.



L'empire de Galien est à peu près écroulé. Nous voici à la fin du seizième siècle; Bacon et Descartes viennent de naître. Le premier ne nous offre rien d'intéressant sous le rapport des atomes et des éléments. Mais il n'en est pas de même du second, et ses *tourbillons* sont assez célèbres. Les éléments de Descartes, il faut le remarquer, ne sont pas des atomes, la matière étant, à ses yeux, indéfiniment divisible; ce sont des particules. Des particules de matière et le mouvement, voilà les deux principes de la formation de l'univers. Les corps se sont formés par la rencontre de particules entraînées dans le tourbillon. Les plus grosses (éléments terrestres) ont donné naissance aux planètes, notamment à notre terre et à tous les êtres qui s'y trouvent, y compris les plantes et les animaux. Celles de grosseur moyenne, usées, arrondies par le frottement, ont formé les globes célestes (éléments célestes), et le phénomène de la lumière résulte de leur agitation. Les plus subtiles, enfin, remplissent les intervalles qui séparent les autres tourbillons. Ce n'est pas notre rôle de juger ce système; nous nous contenterons de dire que, quelque étrange qu'il puisse paraître dans sa nudité, d'Alembert le loue pour les grands résultats qu'il a produits, et pour ceux surtout qu'il a préparés en physique astronomique.

Un des adversaires les plus célèbres de Descartes, Gassendi, né peu de temps après lui, défend la théorie d'Épicure, avec les atténuations exigées par sa qualité d'ecclésiastique. Bérigard (Beauregard) retourne à Anaxagore et aux homœoméries, et un peu plus tard Empédocle revit avec Emmanuel Maignan. Becker (Jean) imagine sa *terre inflammable*, élément de tous les corps de la nature. Enfin, Leibnitz paraît, avec la monadologie. Les monades ne sont ni les atomes purement matériels de Démocrite, ni les particules divisibles de Descartes, les uns et les autres emportés dans un commun mouvement : ce sont des substances simples, douées de propriétés internes et distinctes, desquelles procèdent toutes les modifications dont elles sont le sujet. Toute substance composée renferme une monade primitive, centrale, à laquelle se sont réunies d'autres monades, non en vertu de l'action directe d'une monade sur une autre, mais bien par suite d'un rapport, d'un accord préétabli entre leurs propriétés et leurs modifications internes; d'où la doctrine de l'*harmonie préétablie*. Dieu est la grande monade; l'âme raisonnable, la monade qui se rapproche le plus de la première; l'âme des bêtes, une monade avec conscience obscure; le corps brut, une monade sans perception.

Les médecins, comme toujours, suivent les philosophes. L'atomisme trouve un défenseur dans Magnen (de Luxeuil). Sennert, moitié galéniste, moitié paracelsiste, retourne en partie à la physique de Démocrite. Thomas Willis amalgame, dans son creuset de chimiâtre, Paracelse avec Thalès et Empédocle; ses éléments se composent d'eau, de soufre et de sel. La médecine iatro-mécanique sort tout entière de Descartes; l'*homme-machine*, l'*homme-horloge* renfermait Borelli, Baglivi, Boerhaave et les autres; et, en ajoutant Leibnitz et Descartes, on a Fr. Hoffmann; on a, par exemple, un cerveau qui sécrète un fluide nerveux, et des méninges qui, par leurs contractions, expriment ce fluide et l'envoient irriguer tout l'organisme, comme déjà d'ailleurs l'avait professé Baglivi; de plus, on apprend que ce fluide n'est rien que l'âme sensitive, qu'il est formé d'un assemblage de petites substances ayant chacune la perception obscure de la fonction qu'elle doit remplir dans l'organisme, et que ce sont toutes ces intelligences distinctes les unes des autres, mais concourant au même but, qui règlent la formation du corps vivant et sont l'instrument des passions et des instincts; on a, en un mot, le fluide nerveux-monade. Chez les Egyptiens, le corps était divisé en trente-six parties gouvernées par trente-six démons (Celse, *in* Origène); on voit que ces démons avaient la vie dure, car ce sont eux qui sont revenus avec les archées de Van Helmont et les monades de Leibnitz. Plus tard, la doctrine leibnizienne, la monadologie en particulier, aidée de l'*irritabilité* de Glisson, exerça sur la médecine, mais sous un autre rapport, une influence plus grande et surtout plus large, qui dure encore. Elle a inspiré Brown et toutes les doctrines qui reposent sur l'activité propre de la matière organique; elle anime aujourd'hui encore une des formes du vitalisme.

(*A suivre.*) A. Dechambre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Exposé des résultats des grandes amputations pratiquées dans une période de douze ans, dans la deuxième division chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, par le docteur L. Duménil, chirurgien en chef.

(Suite. — Voyez le numéro 10.)

AMPUTATIONS DU BRAS.

Quatorze amputations du bras ont été pratiquées, neuf pour des accidents traumatiques, cinq pour des lésions pathologiques. L'âge maximum a été cinquante-neuf ans; six sujets étaient des enfants qui n'avaient pas dépassé quinze ans. Il n'y eut aucun décès du fait de l'opération; une malade succomba à l'hôpital; mais la cicatrisation était complète lorsque cette femme fut prise de rhumatisme articulaire aigu, suivi d'escharres au sacrum, d'entérite et d'ascite. Il est impossible d'affirmer, dans ce fait, une relation entre le traumatisme et les accidents consécutifs. La malade n'avait jamais eu d'autre atteinte de rhumatisme; les suites directes de l'opération avaient été des plus simples; la cicatrisation avait marché sans entraves, et la malade avait eu le temps de se remettre de l'ébranlement qu'avaient pu produire l'accident et l'opération, puisqu'il s'était écoulé deux mois avant l'apparition du rhumatisme. Il me paraît difficile, dans ce cas, d'admettre que le traumatisme ait réveillé une diathèse qui d'ailleurs ne s'était encore jamais manifestée.

Comme particularité pouvant avoir quelque intérêt, je signalerai dans cette série d'opérations un cas dans lequel la cicatrice complète s'ulcéra sous l'influence d'un érythème noueux.

Le pansement ordinaire au cérat avec rapprochement des chairs par bandelettes agglutinatives fut appliqué dans quatre

cas; il y eut une ostéomyélite qui guérit. Dans trois cas je fis la suture métallique et le pansement ordinaire : deux fois j'obtins une réunion primitive partielle, une fois la réunion manqua et une petite portion d'os se nécrosa.

Le pansement de Lister avec suture métallique me donna une réunion primitive chez une femme amputée pour un épithélioma.

Le pansement avec la tarlatane phéniquée, à ciel ouvert, fut suivi, dans un cas, d'ostéomyélite et de symptômes d'infection purulente. Le malade quitta l'hôpital avec un moignon cicatrisé, sauf un pertuis fistuleux central; il y a évidemment nécrose d'une rondelle de l'humérus. Cet homme, qui vient me voir de temps à autre, est très-bien du reste, et tout fait prévoir sa guérison définitive.

Le pansement ouaté fut appliqué dans trois cas, sans tentative de réunion immédiate. Chez l'un de ces opérés il y eut élimination d'une petite esquille. Dans un cas, lors de l'enlèvement du premier appareil, treize jours après l'opération, je ne trouvai aucune trace de suppuration à l'intérieur du capuchon de ouate, ni sur les surfaces du moignon; la plaie était granuleuse, la manchette sans tuméfaction, aussi souple qu'immédiatement après l'opération. Le pansement ouaté ne fut pas renouvelé; il fut remplacé par le pansement ordinaire; il y eut une périostite qui suppura.

Amputations du bras.

X... (1866), douze ans. Broiement du membre supérieur. Amputé quelques heures après l'accident. Amputation au tiers supérieur; méthode circulaire. Bandelettes agglutinatives formant cuirasse complète. — Pas de réunion primitive; ostéomyélite de l'extrémité de l'os; érythème noueux; ulcération de la cicatrice après guérison complète; trajet fistuleux. Guérison définitive après quatre mois et demi.

X... (1867), cinquante ans. Arrachement de l'avant-bras. Amputée six heures après l'accident. Amputation au tiers inférieur; méthode circulaire. Rapprochement des chairs par bandelettes agglutinatives. — Cicatrisation complète en deux mois. Rhumatisme articulaire; escharres de décubitus; entérite; ascite. Mort. Pas d'autopsie.

Decaux (1867), douze ans. Broiement du membre supérieur. Amputé deux heures après l'accident. Amputation au tiers supérieur; méthode circulaire. Pansement au cérat sans réunion. — Erysipèle. Guérison.

Lamotte (1868), quatorze ans. Périostite phlegmoneuse du radius; nécrose; arthrite suppurée du coude. Amputation au tiers inférieur; méthode circulaire. Suture métallique; pansement au cérat. — Réunion primitive partielle. Guérison.

Bisson (1868), onze ans. Fractures multiples compliquées du membre supérieur; fracture double de la cuisse. Amputation au-dessus de l'insertion du deltoïde; méthode circulaire. Rapprochement des chairs par bandelettes agglutinatives; pansement au cérat. — Suppuration de la cuisse et du genou; nécrose du fémur. Cicatrisation complète de la plaie d'amputation en deux mois et demi.

Bennetot (1869), vingt-cinq ans. Broiement du membre supérieur. Amputé neuf heures après l'accident. Amputation au-dessus de l'insertion du deltoïde; méthode circulaire. Suture métallique; pansement au cérat. — Réunion primitive partielle. Guérison complète en deux mois.

Barré (1869), quinze ans. Broiement du membre supérieur. Amputé quatorze heures après l'accident. Amputation au tiers supérieur; méthode circulaire. Suture métallique; pansement au cérat. — Pas de réunion; nécrose de l'extrémité de l'os. Guérison complète en deux mois.

X... (1871), treize ans. Fracture compliquée du radius; gangrène. Amputation au tiers moyen; méthode à lambeaux. Pansement au cérat. — Guérison.

X... (1872), vingt ans. Ecrasement de l'avant-bras. Tentative infructueuse de conservation. Amputé au tiers inférieur; méthode circulaire. Pansement ouaté, sans réunion. — Résultat remarquable par l'absence de suppuration. Guérison définitive retardée par une périostite consécutive du moignon.

X... (1872). Broiement du bras. Amputée quelques heures après l'accident. Amputation au tiers inférieur; méthode circulaire. Pansement ouaté. — Une petite esquille éliminée. Guérison complète en trois mois.

Louaintier (1875), cinquante-trois ans. Broiement du bras. Amputé quelques heures après l'accident. Amputation au tiers supérieur; méthode circulaire. Pansement ouaté les quinze premiers jours, remplacé par le pansement alcoolisé. — Guérison sans complications en six semaines.

Lecarpentier (1875), quarante-neuf ans. Tumeur blanche du coude. Amputation au tiers supérieur; méthode circulaire. Pansements alcoolisés. — Abcès périostique du moignon. Guérison en six semaines.

Taffin (1877), cinquante-neuf ans. Epithélioma du bras développé sur un vésicatoire. Amputation au-dessus de l'insertion du deltoïde; méthode circulaire. Suture métallique; pansement de Lister. — Réunion primitive. Sort un mois après son entrée.

Marchand (1878), trente-cinq ans. Broiement du membre supérieur; épanchement sanguin en arrière de l'aisselle; rupture du grand pectoral. Amputation au tiers supérieur; méthode circulaire. Pansement avec la tarlatane phéniquée à ciel ouvert. — Ostéomyélite; symptômes d'infection purulente; nécrose de l'extrémité de l'os. Sort avec un trajet fistuleux avant l'élimination du séquestre.

AMPUTATION DE L'AVANT-BRAS.

Je n'ai eu l'occasion de faire qu'une seule amputation de l'avant-bras, qui s'est terminée par infection purulente. Elle a été pratiquée dans les plus mauvaises conditions, chez un homme de quarante-huit ans, qui avait eu toute la région thénar emportée par l'explosion d'un fusil qui avait éclaté dans ses mains. L'irrigation froide continue n'empêcha pas l'inflammation suppurative de gagner les couches profondes de l'avant-bras, et un frisson violent, indice d'un commencement d'infection purulente, venait d'avoir lieu lorsque j'amputai. L'opération fut pratiquée au tiers supérieur de l'avant-bras par la méthode à deux lambeaux; la réunion fut faite par une suture métallique; un drain fut placé dans un des angles de la plaie et le moignon renfermé sous le pansement ouaté. Des douleurs vives me firent enlever l'appareil le troisième jour; il y avait une suppuration abondante; je fis le pansement à la tarlatane phéniquée. La plaie prit immédiatement un très-mauvais aspect; les frissons, suspendus pendant quatre jours, reparurent et se multiplièrent. Le malade fut enlevé presque mourant par sa famille. J'avoue que j'eus tort de tenter la réunion immédiate, même avec drainage; l'appareil ouaté sous lequel j'enfermai ce moignon n'est peut-être pas plus rationnel, dans un cas semblable, que la suture, et en pareille circonstance je ferais le pansement antiseptique à ciel ouvert. Je crois cependant qu'il ne faut pas mettre la mort sur le compte de l'appareil ouaté, qui ne pouvait évidemment pas arrêter une infection purulente commencée.

A l'inverse du membre inférieur, les amputations du membre supérieur ont presque toutes été pratiquées pour des lésions traumatiques. Si toutes celles du bras ont été heureuses, cela doit tenir en partie à ce qu'elles ont été faites peu de temps après l'accident, et que les sujets étaient en majorité des enfants ou des jeunes gens. La force réparatrice inhérente à l'enfance ressort d'une manière frappante dans l'observation du jeune Bisson, chez lequel une vaste suppuration du genou et de la cuisse et une nécrose du fémur, consécutives à une fracture double de cet os, n'entravèrent nullement la cicatrisation d'une plaie d'amputation du bras.

Sans vouloir contester la loi qui confère plus de gravité aux amputations pour traumatisme qu'aux amputations pathologiques, je crois devoir faire remarquer que ces deux variétés ne présentent pas de différence sensible dans les cas que je viens d'exposer.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 10 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FIZEAU.

Parmi les prix décernés par l'Académie, nous signalerons les suivants :

CHIMIE. — *Prix Jecker :* à M. Reboul.

BOTANIQUE. — *Prix Barbier :* à M. Tanret, pharmacien à Troyes, pour un mémoire intitulé : Sur l'ergotinine, alcaloïde de l'ergot de seigle, et sur la pelletiérine, alcaloïde de l'écorce de grenadier.

Deux encouragements de 500 francs chacun sont accordés à M. Cauvet, pharmacien principal de l'armée, professeur à la Faculté de Lyon, pour ses Nouveaux éléments d'histoire naturelle médicale; — et à M. E. Heckel, professeur à la Faculté des sciences de Marseille, pour ses travaux de biologie.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon :* 1° A M. François-Franck, pour ses Recherches de physiologie pathologique intitulées : Des troubles fonctionnels et des lésions valvulaires; des anévrysmes de la crosse de l'aorte et des troncs qui en émanent; des accidents cardiaques produits par les épanchements du péricarde; de la persistance du canal artériel; des accidents cardiaques produits par la commotion et la compression du cerveau; des intermittences du pouls.

2° A M. Hayem, pour ses Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang et ses Recherches sur l'anatomie pathologique des atrophies musculaires.

3° A MM. Key et Retzius, pour leurs Etudes sur l'anatomie du système nerveux.

Mentions honorables : 1° A M. le docteur Béranger-Féraud, pour les ouvrages intitulés : Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal; — Traité de la fièvre bilieuse inflammatoire aux Antilles et dans l'Amérique tropicale.

2° A M. le docteur Favre (de Lyon), pour ses Recherches, travaux statistiques et documents sur le daltonisme.

3° A M. le docteur Albert Robin, pour son Essai d'urologie clinique : la fièvre typhoïde.

Citations : M. A. Proust (Traité d'hygiène publique et privée). — M. H. Toussaint (De l'intervention des puissances respiratoires dans les actes mécaniques de la digestion). — M. L. Colin (De la fièvre typhoïde dans l'armée). — M. Dejérine (Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie diphthérique). — M. Legrand du Saulle (La folie du doute; La folie héréditaire; Etude médico-légale sur les épileptiques; Les signes physiques des folies raisonnantes; Etude clinique sur la peur des espaces). — M. Ed. Fournié (Applications des sciences à la médecine). — M. Gairal (Nouveaux appareils pour le traitement des affections utérines). — M. E. Debost (Traité complet d'équitation rationnelle).

Prix Godard : A M. le docteur Reliquet, pour un mémoire intitulé : Spasmes de la vessie et de l'urèthre; action du chloroforme sur ces deux organes.

Prix Serres : A M. Alexandre Agassiz (fils de feu Louis Agassiz), pour ses travaux sur l'embryogénie.

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon* (physiologie expérimentale) : A M. Charles Richet, pour ses Recherches sur les propriétés chimiques et physiologiques du suc gastrique de l'homme et des animaux.

PRIX GÉNÉRAUX (arts insalubres). — *Prix Montyon :* 1° Une somme de 2500 francs à M. d'Hubert, pour son Mémoire sur l'utilisation des matières de vidange. 2° 2500 francs à M. Lenoir, pour son Mémoire sur l'étamage des glaces à l'argent mercuré. 3° 1000 francs à M. E. Turpin, pour ses préparations de couleurs non vénéneuses. 4° 1000 francs à M. le docteur Paquelin, pour son invention du fer à souder à foyer de platine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales du Mont-Dore, de Saint-Sauveur, de Piotrapola, de Bussang, de Cambo et de Lamothe. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : 1° une note relative au porto-topique vaginal du docteur *Belloc;* 2° un pli cacheté accompagnant l'envoi d'un *Traité pratique de l'allaitement artificiel.*

M. *Depaul* présente, au nom de M. le docteur *Cambalis* (?), d'Athènes, un instrument destiné à mesurer la cavité utérine dans l'état de vacuité.

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE. — A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. *Jules Guérin* demande la parole pour répondre quelques mots à M. Hervieux, qui, dans sa communication de mardi dernier, l'avait pris personnellement à partie, au sujet de ses idées sur la septicémie puerpérale.

M. Jules Guérin rappelle que, dans deux discussions très-approfondies sur la fièvre puerpérale, en 1858 et 1868, il a considéré la plaie utéro-placentaire comme susceptible de se présenter dans deux conditions et sous deux formes très-différentes : dans la condition d'une plaie *fermée* à l'air lorsque l'utérus est revenu sur lui-même, et dans la condition d'une plaie *exposée* lorsque ce retrait n'a pas lieu. Dans le premier cas, la plaie utérine représente une plaie *sous-cutanée*, c'est-à-dire soustraite au contact de l'air et ne suppurant pas; dans le second cas, c'est une plaie *ouverte*, soumise au contact de l'air et qui suppure. Mais les liquides qui baignent la plaie utérine, — sang, caillots, lochies, — retenus dans un espace confiné et d'une origine spéciale, se putréfient facilement. Résorbés par les vaisseaux ouverts à la surface de la plaie ou entraînés à travers les trompes dans la cavité abdominale, ils sont susceptibles de donner lieu à tous les accidents de la septicémie puerpérale.

Sa conclusion pratique était : 1° qu'il fallait, après l'accouchement, favoriser le retrait de l'utérus à l'aide du seigle ergoté; 2° éviter la stagnation des liquides utérins; 3° que, dès les premiers symptômes de la maladie, il fallait recourir aux injections et aux moyens de prévenir ou de combattre, par l'aspiration, la résorption des liquides putréfiés.

Telle est la doctrine qu'il a exposée dès l'année 1858. Cette doctrine, il la croit plus que jamais parfaitement fondée; et, plus que jamais, il la croit susceptible de sauver un grand nombre de nouvelles accouchées. Il a été fortifié dans cette conviction par l'accueil qu'ont reçu ses idées en Italie, en Allemagne et en Belgique. A Paris, bon nombre d'accoucheurs les mettent en pratique; et, pour n'en citer qu'un, mais un des plus distingués et des plus occupés, M. le docteur Campbell, il croit être autorisé à déclarer que cet habile praticien n'a pas cessé d'administrer à toutes ses accouchées le seigle ergoté, aussitôt après leur délivrance. Depuis qu'il a adopté cette pratique, M. Campbell n'a vu survenir aucun cas d'accident puerpéral.

M. *Hervieux* dit que la théorie qui attribue la fièvre puerpérale à l'absence de la rétraction utérine ne saurait s'appliquer à tous les cas, notamment à ceux qui se manifestent tardivement après l'accouchement, alors que le retrait de l'organe est achevé.

M. *Depaul*, qui avait demandé la parole, dit qu'il répondra dans la prochaine séance, lorsqu'il aura lu la note de M. Jules Guérin dans le *Bulletin de l'Académie.*

RAPPORTS. — M. *Poggiale*, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

MOYEN PRÉSERVATIF DES MALADIES CONTAGIEUSES. — M. le docteur *Henrot* (de Reims) communique une note sur un respirateur à ouate destiné à prévenir l'infection.

D'après l'auteur, l'infection est une fermentation du sang au sein même des organes, résultant du contact dans les poumons du sang veineux chargé de leucocytes, ayant la propriété phlogogène, avec le ferment, les bactéries, qui sont portés par l'air.

Aussitôt que ce contact s'effectue, il se produit une véritable fermentation du sang dans tout le système artériel; et, comme conséquence, le sang perd son oxygène, son albumine, son sucre; il se produit, en un mot, des accidents septiques.

Le moyen d'empêcher cette fermentation est théoriquement très-simple : c'est de s'opposer au contact du sang phlogogène porté par l'artère pulmonaire avec l'élément infectieux qui pénètre par les voies aériennes.

Ce moyen est-il possible pratiquement? Oui, affirme M. Henrot, en plaçant un cornet très-simple, dont il soumet deux modèles à l'Académie. L'air inspiré traverse une couche d'ouate placée entre deux lamelles de toile métallique, l'air expiré sort par un orifice muni d'une soupape très-facile à soulever.

Le pansement ouaté de M. Guérin et le pansement de Lister ont le double avantage d'empêcher les germes disséminés dans l'air d'arriver jusqu'à la plaie et inversement, et c'est là peut-être leur rôle le plus important, de retenir les germes qui se développent à la surface de la plaie et de les empêcher de se répandre dans l'air ambiant, où ils deviennent une nouvelle cause d'infection.

Cette théorie a été soumise à l'expérimentation. M. Henrot a injecté du pus mélangé à de l'eau, à des lapins; il a laissé les uns à l'air libre, il a placé les autres dans une atmosphère viciée; ceux-là seuls sont morts qui ont réuni les conditions nécessaires à la fermentation intra-organique : la leucocytose phlogogène et la bactérie par absorption pulmonaire.

Si la théorie est vraie, la préservation de l'infection et de la contagion par les voies aériennes est possible si le médecin, mettant de côté un faux amour-propre, peut se préserver en portant le respirateur à ouate, qui est très-simple et a déjà rendu de nombreux services.

Ostéomyélite. — M. *Gosselin* répond au discours de M. Trélat sur l'ostéomyélite des adolescents. L'éminent chirurgien parle d'abord de la dénomination d'ostéomyélite proposée par M. Lannelongue, pour toutes les variétés d'inflammation des os pendant la croissance; il y est obligé par la critique que lui a adressée M. Trélat, dans la séance du 11 février, et par le désir de faire mieux comprendre que, derrière la divergence des mots, il y a des faits cliniques mal interprétés.

M. Gosselin commence par relever un point d'histoire chirurgicale contemporaine relatif à l'appellation d'ostéomyélite appliquée à toutes les maladies dont s'est occupé M. Lannelongue. Il ne trouve pas que M. Trélat soit fondé à soutenir qu'il s'agit, dans les faits de M. Lannelongue, d'ostéomyélite simplement. Il en a vainement cherché la preuve dans son discours. M. Gosselin accepterait peut-être la prétention de M. Trélat, s'il parvenait à démontrer que la moelle est, dans les os, aussi abondante qu'il le prétend. M. Trélat est-il sûr de l'existence de la moelle sous-périostique, et de la moelle des canaux de Havers? Pour lui, après avoir à nouveau étudié cette question, il est arrivé à cette conclusion, qu'il y avait là un malentendu résultant d'une application fautive, à l'anatomie chirurgicale, de notions fournies par l'histologie embryogénique et par l'histologie pathologique.

De tout ce qui précède il résulte, dit M. Gosselin, que ni l'anatomie normale ni l'anatomie pathologique n'autorisent à présenter comme des ostéomyélites les inflammations qui se trouvent ailleurs que dans le canal médullaire.

La clinique l'autorise-t-elle davantage? Ici M. Gosselin entre dans de longues et intéressantes considérations cliniques, d'où il tire la conclusion suivante :

L'inflammation aiguë des os pendant la croissance est une ostéite au début; c'est encore une ostéite quand elle suppure à la surface et dans l'interstice de l'os. Elle n'est une ostéomyélite que quand elle a suppuré dans les grands espaces médullaires.

Revenant de nouveau sur l'adjectif épiphysaire dont il s'est servi et se sert encore, M. Gosselin croit qu'il a l'avantage d'exprimer toujours une idée juste, quelle que soit la signification qu'on lui donne. Il indique d'abord une ostéite développée sur un os qui a encore une partie de ses cartilages épiphysaires, et que cette ostéite a pour cause prépondérante l'activité de la nutrition des os pour l'accroissement en longueur et pour la soudure des épiphyses. Il fait savoir enfin, ce qui est vrai pour le plus grand nombre des cas, que l'inflammation a son foyer principal entre la diaphyse ou l'épiphyse et le cartilage adjacent. Il prévient le chirurgien que, si la suppuration arrive dans ce point, il peut l'opérer avec une disjonction, un décollement. Il indique enfin que l'inflammation peut occuper exclusivement ou principalement l'épiphyse et prévient ainsi le praticien que l'articulation voisine peut être envahie.

M. *Trélat* dit qu'il ne veut pas réfuter complétement le discours de M. Gosselin; il est du reste du même avis que son contradicteur sur plusieurs points. Mais il en est un sur lequel il insiste : les éléments médullaires, qui sont des médullocelles ou des ostéoplastes, peuvent être suivis de façon à voir la genèse des cellules embryonnaires; il n'existe pas de reconstitution du tissu osseux sans qu'on voie se reproduire des éléments embryonnaires nombreux. Dans les canaux de Havers, dit M. Sappey, il n'y a pas autre chose que le vaisseau; mais il n'en est pas de même chez l'individu atteint d'ostéomyélite, dont les canaux de Havers sont élargis.

M. Trélat fait du reste remarquer avec raison qu'il est difficile de fournir à la tribune des preuves anatomiques, et qu'il n'est pas étonnant que les orateurs soient en dissidence sur quelques points.

M. *Colin* dit que la dissertation de M. Trélat ne prouve pas qu'il y ait de la moelle dans les canaux de Havers. Ce canal, à un moment donné, est très-dilaté, et il est alors entouré de deux zones de corpuscules osseux; lorsqu'il se rétrécit, on y découvre plusieurs zones de corpuscules emboîtés les uns dans les autres. M. Gosselin a donc raison de dire qu'il n'y a pas de moelle dans les canaux de Havers entre les parois de ces canaux et les vaisseaux.

M. *Trélat* n'a jamais dit qu'il y ait des cellules adipeuses dans les canaux de Havers à l'état normal.

M. *Gosselin* fait remarquer que les observations faites par M. Trélat portent sur des malades ou sur l'embryon. La question doit être posée de la façon suivante : Y a-t-il de la moelle dans les canaux de Havers? Par moelle il entend les cellules adipeuses, l'albumine, les médullocelles et les myéloplaxes. Or, les anatomistes modernes sont unanimes à répondre par la négative. Il persiste à affirmer que le médullocelle et l'ostéoplaste sont des éléments différents.

M. *Trélat* admet qu'il n'y a pas de moelle endostale dans les canaux de Havers. La moelle périostale diffère de la moelle endostale; elle se compose d'éléments cellulaires et vasculaires. La moelle endostale est plus complexe : lorsque la moelle subit le premier degré d'inflammation, elle engendre des couches intérieures de tissu osseux. En ce qui concerne les faits cliniques, M. Trélat admet que tout ce qu'a dit M. Gosselin est admirablement juste; les remarques qu'il fait sont purement histologiques et ne portent que sur la genèse de l'affection.

M. *Gosselin* termine la discussion en insistant sur la nécessité de s'expliquer plus clairement sur la signification du mot *moelle*. Il existe deux moelles : une moelle de formation et une moelle définitive, et cette notion n'est pas suffisamment répandue dans la science.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Présentation de malade : M. Blachez. — Double anévrysme de l'aorte : M. Dujardin-Beaumetz. — Dilatation des bronches consécutive à une compression par un anévrysme artériel : M. Desplats. — Anatomie pathologique du pemphigus : MM. Vidal et Cornil.

M. le docteur *Blachez* présente à la Société une jeune fille de quatorze ans, qui a subi l'opération de l'empyème au mois d'octobre dernier.

Il s'agissait d'une pleurésie purulente, dont le début remontait à un mois environ. La malade, d'une excellente constitution, était arrivée à un état de marasme qui mettait sa vie en danger. Les moyens habituels avaient été employés sans succès.

Après une ponction exploratrice, qui donna issue à quelques cuillerées d'un pus très-fétide, l'incision du huitième espace intercostal fut pratiquée; l'opération fut très-laborieuse. Deux hémorrhagies d'une grande abondance se produisirent : la première, au moment de l'incision des muscles superficiels; la seconde, à l'instant où l'on débrida la ponction, qui avait donné issue au pus. Cette seconde hémorrhagie mit la vie de la malade en danger et ne s'arrêta définitivement qu'après une heure. On avait vainement tenté de lier le vaisseau. Une grosse mèche, imbibée de perchlorure et introduite dans la plèvre, eut enfin raison de l'hémorrhagie.

Le lendemain, deux gros drains furent introduits et la plèvre largement lavée trois fois par jour avec l'eau phéniquée.

La malade se rétablit rapidement. L'état général se modifia de la manière la plus heureuse au bout d'une quinzaine de jours. On retira à cette époque un des drains et, l'écoulement du pus diminuant peu à peu, on se contenta de faire des injections au moyen d'une petite sonde en gomme.

Vers le milieu de décembre, la personne chargée de pratiquer les injections crut devoir abandonner la fistule à elle-même. Au bout de quinze jours le pus s'accumula sous la peau, la fièvre se ralluma et il fallut réintroduire une sonde, qui fut maintenue à demeure pendant huit jours, puis réintroduite tous les matins pour une injection iodée. La fistule se ferma définitivement dans les premiers jours de janvier.

Aujourd'hui la malade est complétement guérie. La respiration est pure dans tout le côté malade; elle est seulement un peu affaiblie dans le quart inférieur. La poitrine, qui dans les premiers jours de décembre était fortement rétractée, s'est développée, et aujourd'hui la déformation est à peine sensible.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente un malade qui offre certaines analogies avec le malade dont M. Vallin a entretenu la Société à la dernière séance. Ce malade est entré à l'hôpital pour une simple fatigue et un peu de toux. En l'examinant attentivement, on a reconnu qu'il présentait, à la partie antérieure de la poitrine, et à gauche, des battements, et à l'auscultation un double bruit de souffle : il s'agissait d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. De plus, à la région postérieure, au niveau de la sixième vertèbre dorsale à peu près, existait encore une autre tumeur volumineuse, se manifestant aussi par des battements et du souffle. Ainsi cet homme, sans aucun trouble fonctionnel, entré simplement pour de la fatigue, était atteint de deux anévrysmes volumineux, qui n'ont déterminé aucun accident. M. Dujardin-Beaumetz ajoute que le malade n'était pas syphilitique.

M. *Hillairet* a fait l'autopsie d'un homme sur lequel il a trouvé six anévrysmes, sans qu'il y ait eu aucun trouble fonctionnel pendant la vie.

— M. *Ferrand* donne lecture, au nom de M. le docteur *Desplats* (de Lille), d'un travail sur un cas de bronchite chronique et de dilatation des bronches produite par l'obstruction d'une bronche principale, affection occasionnée par un anévrysme et s'accompagnant d'accumulation du liquide bronchique dans les bronches terminales. Ce mémoire est renvoyé au comité de publication.

— M. *Damaschino* a fait l'examen histologique du muguet de l'œsophage présenté à la dernière séance (*Gaz. hebdom.*, n° 10, p. 158); son examen a porté sur une fausse membrane, d'une longueur de 3 centimètres, située sur le repli aryténoïdien épiglottique : les tubes pénétraient jusqu'à la couche profonde de la muqueuse.

— M. *Vidal* fait une communication sur l'anatomie pathologique du pemphigus. Dans ses diverses préparations, M. Déjerine, interne des hôpitaux, a trouvé que, dans cette affection, les nerfs sous-cutanés étaient altérés. Cette lésion consiste en une disparition du cylindre-axe; une fragmentation de la myéline et un épaississement de la gaîne de Schawn. Telle est l'altération des nerfs dans le pemphigus.

La lésion bulbeuse est identique avec celle que l'on trouve dans le pemphigus; on trouve un soulèvement d'une couche de l'épiderme, non-seulement de la couche cornée, comme pour la vésicule, mais d'une partie de la couche profonde, c'est-à-dire de la partie superficielle de la couche de Malpighi. On trouve dans les cellules un liquide contenant un grand nombre de globules blancs. Sur quelques points, les papilles sont altérées : les cellules cylindriques ont disparu, le derme lui-même est altéré. Les vaisseaux sont quelquefois obturés, et autour d'eux existe une prolifération considérable de cellules de nouvelle formation. En résumé, on constate une altération des nerfs, une altération des vaisseaux, une prolifération de leucocytes autour des vaisseaux et une destruction du réseau de Malpighi dans les points où la lésion est le plus profonde.

M. *Cornil* a étudié le pemphigus syphilitique des nouveau-nés; ses préparations diffèrent notablement de celles dont M. Vidal vient de donner la description.

M. *Vidal*. Le pemphigus des adultes diffère notablement de ce que l'on décrit sous le nom de *pemphigus des nouveau-nés;* ce dernier n'est pas un pemphigus, mais consiste en une simple papule, qui se soulève par suite de l'accumulation des liquides.

— La Société se réunit en comité secret.

D[r] Joseph MICHEL.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Plaie pénétrante de poitrine avec issue de l'épiploon. — Discussion sur les pansements. — Présentation d'un appareil.

La correspondance comprend la thèse inaugurale de M. *Kirmisson : Des opérations préliminaires en général.*

— M. *Dieu*, médecin-major, lit une observation de plaie pénétrante de la poitrine avec issue de l'épiploon.

Une femme arabe, qui avait reçu plusieurs coups de couteau dans l'abdomen et la poitrine, fut apportée à l'hôpital de Bougie. Du côté de l'abdomen, on constata trois blessures avec plaie de l'intestin. Au-dessous de la mamelle droite était une autre plaie donnant issue à une masse charnue et vasculaire, longue de 7 centimètres. La femme mourut de péritonite le lendemain de son entrée à l'hôpital.

L'autopsie démontra que la masse herniée était bien l'épiploon qui avait passé à travers une plaie du diaphragme. La blessure était située au-dessous de la cinquième côte. Le poumon était sain et non rétracté. M. Dieu pense que la femme a reçu le coup de couteau pendant que le poumon était dans

l'état d'expiration exagérée, et l'arme retirée a dû être suivie par l'épiploon. Aucun traitement n'était indiqué pour cette espèce de hernie, en supposant que la malade n'ait pas succombé rapidement.

— M. *Le Dentu* continue la discussion sur le pansement des plaies. A certains moments, il se développe dans les salles de chirurgie des miasmes qui se déposent sur les plaies et amènent des accidents septiques, et la septicémie. Il y a plusieurs formes de septicémie. Il y a la septicémie naissant d'accidents locaux : gangrène, lymphangite, etc. Mais à côté se trouve la septicémie à accidents généraux, avec manifestations multiples, et pouvant naître, soit de la plaie, soit de l'absorption des germes par les poumons. Plus loin se trouve l'infection putride aiguë, subaiguë ou chronique, et enfin l'infection purulente, qui est une septicémie avec un accident particulier : l'abcès métastatique.

Si l'infection de l'économie se faisait toujours par l'absorption d'un germe à la surface d'une plaie, un pansement antiseptique empêcherait la septicémie; mais l'absorption pulmonaire joue un grand rôle. Dans les hôpitaux, dans les ambulances relativement saines, il faut surtout considérer l'empoisonnement par la plaie; l'absorption pulmonaire n'arrive qu'en second.

Quels sont les résultats qu'on peut observer avec la méthode antiseptique appliquée rigoureusement. La statistique est encore le meilleur argument, malgré ses imperfections. Voilà deux ans que M. Le Dentu emploie le pansement de Lister.

Au moment de l'opération, il fait les lavages phéniqués sur les mains, sur les instruments et sur la région à opérer. Les pulvérisations ont été souvent négligées, à cause de l'imperfection des pulvérisateurs. Depuis que M. Le Dentu a à sa disposition un pulvérisateur à vapeur, il fait toujours la pulvérisation phéniquée. Les sutures profondes n'ont pas été faites le plus souvent : le drain a toujours été appliqué. On n'a pas fait usage du cat-gutt, n'en ayant pas de bon. M. Le Dentu a employé des fils trempés dans une solution phéniquée. La gaze phéniquée et le protective n'ont jamais été oubliés. On voit que le pansement de Lister n'a pas été suivi dans toute sa rigueur. Voici les résultats :

1 désarticulation de l'épaule		1 guérison.
2 amputations du bras		2 —
4 amputations de l'avant-bras		4 —
1 désarticulation de la hanche	1 mort.	
6 amputations de cuisse	3 —	3 —
3 amputations de jambe	1 —	2 —
Résections :		
1 résection de la tête humérale		1 —
1 résection tibio-tarsienne	1 —	
1 résection de l'acromion		1 —
7 opérations sur les os	1 —	6 —
2 amputations du sein		2 —
5 ablations de tumeurs, kystes, etc.		5 —
11 petites amputations	1 —	10 —
7 fractures compliquées	2 —	5 —

L'acide phénique est un irritant, cela est évident; mais le *modus faciendi* empêche l'irritation. La pulvérisation est anesthésique, et, à ce point de vue, elle est très-utile. A la suite de la pulvérisation, M. Le Dentu a vu survenir chez un malade opéré d'hématocèle par la décortication, un érythème et un œdème des bourses; de même, il a dû renoncer à la pulvérisation pour les opérations de hernie étranglée. M. Le Dentu n'a point obtenu de réunions immédiates complètes, peut-être parce qu'il n'a pas employé les sutures profondes; mais la réunion se fait sur une grande partie de la plaie. De là une cicatrisation plus rapide.

M. Le Dentu est disposé à accepter le pansement de Lister pour la plupart des opérations; mais comme il a obtenu également de bons résultats avec le pansement ouaté, il hésite à se prononcer pour l'une ou l'autre méthode. Il s'est aussi servi d'alcool pur; il a eu des résultats déplorables; il faut ajouter que c'était pendant la dernière guerre. Il y a des plaies qui ne peuvent supporter l'alcool, les plaies d'autoplastie faciale, par exemple. M. Le Dentu fait encore usage de l'eau alcoolisée pour les petites plaies. En résumé, aujourd'hui il n'oserait entreprendre une opération d'une certaine gravité, sans avoir recours au pansement de Lister ou au pansement ouaté de M. Alphonse Guérin.

M. *Guyon* revient au point de départ de la discussion. M. Perrin a lu un important mémoire destiné à démontrer les avantages du pansement à l'alcool, et à montrer les inconvénients du pansement de Lister. M. Guyon n'attaquera pas le pansement à l'alcool qu'il a employé avec persévérance pendant quelques années; c'est un excellent auxiliaire qui doit rester à la disposition des chirurgiens. Mais M. Guyon doit dire pourquoi il est aujourd'hui partisan du pansement de Lister qu'il emploie presque exclusivement.

Il est non-seulement nécessaire de produire une statistique, il faut aussi étudier la marche des plaies sous les pansements. Il n'est plus nécessaire maintenant de sortir des hôpitaux ou des grandes villes pour faire les grandes opérations; ces opérations peuvent réussir partout, grâce aux pansements de Lister et de Guérin.

Nous cherchons à guérir les plaies le plus vite possible et à atténuer la douleur. Voici ce que M. Guyon a vu quand il se servait de l'alcool. La plaie, pendant la première huitaine, se comporte bien; le gonflement est modéré, l'inflammation des bords est presque nulle; la réaction générale, modérée. Puis, des incidents inquiétants surviennent : en un point de la plaie commence un travail inflammatoire, une tuméfaction phlegmoneuse survient sur un point qui a échappé à l'action de l'alcool. Pour les plaies anfractueuses, on n'est jamais certain que l'alcool étendra son action sur toute la surface et pendant toute la durée du traitement.

Sous le pansement de Lister, les phénomènes du début sont analogues; la plaie reste presque indifférente, gonflement modéré; les bords sont rosés. Pour maintenir la plaie dans cet état indifférent, il ne faut pas de soins considérables : l'atmosphère phéniquée protége la plaie, et l'on n'a plus cette préoccupation qui existe avec l'alcool, de voir surgir une tuméfaction inflammatoire en un point. L'enveloppement dans la gaze phéniquée paraît être l'élément indispensable à ce point de vue. Ce n'est pas à la pulvérisation qu'il faut s'attacher, c'est à l'enveloppement qui est le point capital. Le pansement de Lister permet les pansements rares au bout de trois ou quatre jours. Ce pansement permet l'écoulement facile des liquides avec le tube à drainage.

Les phénomènes de la suppuration sont très-atténués; sous les pansements à l'alcool ou à l'acide phénique, c'est à peine si on observe de la suppuration. Quand un membre est en pleine suppuration, atteint de phlegmon diffus profond, on observe une amélioration rapide sous l'influence des antiseptiques. M. Guyon n'a pas observé ces rétrocessions de la suppuration avec les pansements à l'alcool. C'est aussi ce qui différencie le pansement de Lister du pansement de Bordeaux.

La réparation de la plaie ne marche pas vite avec l'alcool; jamais M. Guyon n'a tenté une réunion par première intention sous le pansement à l'alcool. On se demande même si une plaie se cicatriserait si l'on continuait toujours les pansements alcooliques; on est obligé, en effet, ou de supprimer l'alcool, ou d'y ajouter de l'eau. Avec le pansement de Lister, on est frappé de la facilité de la réparation. On réunit une plaie qui a été lavée avec une solution d'acide phénique à 5 pour 100, et on obtient la réunion immédiate, même pour les parties profondes. On peut maintenant faire la réunion immédiate sans danger, à condition qu'elle ne soit jamais totale; il faut toujours laisser une porte de sortie pour l'écoulement des liquides, pour le tube à drainage. L'avenir de nos opérés est dans les pansements de Lister et de Guérin, sans

nier les services que l'alcool peut rendre pour les petites plaies.

La douleur est à son minimum sous le pansement phéniqué; elle n'existe pas, c'est plutôt un engourdissement peu douloureux. L'alcool est toujours douloureux.

Voici deux ans que M. Guyon applique le pansement de Lister dans ses salles qui comprennent 71 lits; il n'a pas eu un seul cas d'infection purulente, et cependant la chirurgie de l'hôpital Necker est alimentée par de nombreux accidents de fabrique. Pendant le siége et la Commune, l'infection purulente n'était pas rare; M. Guyon a observé cette complication avec les pansements à l'alcool, à l'acide thymique et au chloral.

Voici la statistique de M. Guyon, pour les grandes opérations, depuis qu'il fait usage du pansement antiseptique. Il ne parlera point des fractures compliquées qui ont toutes guéri.

3 amputations de cuisse		3 guérisons.
4 amputations sus-malléolaires		4 —
1 amputation de jambe		1 —
10 extirpations du sein		10 —
4 castrations		4 —
7 opérations de hernie étranglée	2 morts.	5 —
2 Ablations de sarcome de la cuisse		2 —

Si la pyohémie est évitée, l'érysipèle survient parfois; M. Guyon en a vu quatre cas après l'ablation de tumeur du sein. Ce n'est pas la pulvérisation phéniquée qui donne l'érythème; cela dépend plutôt de la région ou du sujet; et c'est plutôt la gaze qu'on pourrait incriminer.

Personne plus que M. Guyon n'a été en défiance contre le pansement de Lister; l'odeur était peu encourageante, les précautions à prendre paraissent interminables. M. Guyon a pu se convaincre qu'il n'y a pas de pansement plus facile, et l'acide phénique n'a plus d'odeur depuis qu'il guérit les opérés.

— M. *de Saint-Germain* présente un appareil pour le redressement des déviations de la colonne vertébrale.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

Du prétendu rôle hématopoiétique de la moelle des os et de l'origine vraie des globules rouges: M. Pouchet. — Intégrité des oreilles chez un halluciné de l'ouïe: M. Gellé. — Urines bleues: M. Albert Robin. — Influence de la droiterie sur la direction: M. Delaunay.

M. *Pouchet* a cherché si la moelle des os possède réellement les fonctions hématopoiétiques qui lui ont été attribuées dans ces dernières années. Il a fait à ce sujet un grand nombre d'observations dans les conditions suivantes : Pendant plusieurs jours consécutifs, il pratiquait des saignées à un chien ou appliquait des sangsues sur un rat. Puis quelques jours après la dernière émission sanguine, alors que le sang charriait en quantité considérable ces petits corpuscules décrits par Donné sous le nom de globulins et par Hayem sous celui d'hématoblastes, il examinait la moelle d'un os long de ces animaux. Le même examen avait été fait avant le début de l'expérience sur l'os homonyme du côté opposé : dans ces deux circonstances, la moelle a été trouvée identique; au moment où l'animal reconstitue le sang qu'il a perdu, elle ne présente aucune modification. M. Pouchet conclut qu'elle n'a pas de rôle hématopoiétique. On a pourtant constaté la présence de l'hémoglobine dans ses éléments : c'est un fait que M. Pouchet est loin de contester; mais il en donne une autre interprétation; et les cellules chargées d'hémoglobine qu'il a rencontrées, au lieu d'être à ses yeux des globules sanguins en voie de formation, ne sont que des éléments médullaires vieillis, en train de subir une dégénérescence qu'on pourrait appeler hémoglobique. D'ailleurs l'hémoglobine n'est pas l'apanage exclusif des hématies, comme on l'a cru autrefois. En 1877, M. Pouchet, et au même moment un élève du laboratoire de Schmidt, en reconnaissaient la présence dans les leucocytes du cheval et du chien. M. Quinquaud fait observer qu'elle existe aussi dans les cellules du foie et même dans les cellules de certains végétaux.

Quelle est donc l'origine, la source des globules rouges chez l'adulte? On a assez longtemps et assez vainement cherché un organe chargé de leur fabrication pour affirmer que cet organe n'existe pas. Ils n'arrivent pas tout formés dans le sang : chez un animal récemment soumis à de fortes pertes sanguines, le sang est chargé d'une innombrable quantité d'hématoblastes, et ceux-ci présentent des dimensions très-variées, dont les plus étendues atteignent celles des hématies. De plus, tandis que les plus petits sont incolores, les plus volumineux semblent avoir fixé de l'hémoglobine. Chacun d'eux est donc un globule rouge qui se forme. Mais d'où viennent-ils à leur tour? Les leucocytes d'un sang normal d'adulte, ces leucocytes à quatre noyaux, qui diffèrent à la fois des globules de la lymphe, où le noyau est unique, et des globules blancs si altérés des leucocythémiques, ces leucocytes portent souvent adhérents à leur surface des corpuscules tout à fait semblables aux plus petits hématoblastes. Ce fait, joint aux considérations précédentes, amène donc à poser cette double hypothèse : les hématoblastes sont des corpuscules émis par les leucocytes du sang ou bien ils se forment de toutes pièces dans le plasma.

— M. *Laborde* dépose au nom de M. *Mégnin* un travail où cet auteur décrit une espèce particulière d'acariens, observés chez les oiseaux; ces parasites, au lieu d'habiter les surfaces tégumentaires, pénètrent dans le tissu cellulaire et dans les canaux aérifères.

— M. *Gellé* a reçu de M. *Luys* les deux oreilles d'un aliéné qui, pendant sa vie, avait présenté des hallucinations de l'ouïe; il a constaté l'intégrité absolue des diverses parties de ces organes : mobilité du liquide de Cotugno, jeu normal de la chaîne des osselets, distribution régulière des branches de la huitième paire; il présente les pièces à la Société.

— M. *Albert Robin* présente deux échantillons d'urines bleues, et à cette occasion établit une classification. Les urines bleues se divisent tout d'abord en deux classes : celles qui sont bleues au moment de l'émission et celles qui le deviennent spontanément quelques heures après. Les premières sont très-rares; elles doivent leur coloration à la présence d'une matière que Braconnot découvrit en 1823 et qu'il appela cyanurine. Les secondes forment deux catégories : l'une où la couleur bleue, développée surtout à la surface du liquide, est due à la végétation du *Penicillium glaucum* et de quelques organismes inférieurs; l'autre où la coloration ne se produit que par fermentation dans des vases clos presque entièrement remplis d'urine. Celle-ci, dans tous les cas observés, s'est montrée très-riche en indican; et le bleuissement est dû au dédoublement de l'indican en une matière bleue et en une matière rose (uro-hématine) que l'on peut rendre apparente en ajoutant au liquide du chloroforme qui la dissout et l'isole.

— M. *Delaunay* s'est préoccupé de savoir si la *droiterie* n'avait pas une certaine influence sur la direction que l'on suit dans la marche et dans les différents actes qui s'y rapportent; il a appliqué à cette question sa méthode habituelle : études d'après l'âge, d'après le sexe, d'après la race, etc. Il croit être en mesure d'affirmer que les hommes adultes et sains vont spontanément à droite, tandis que les enfants au-dessous de trois ans, les vieillards et les femmes semblent enclins à se diriger à gauche. Cette tendance ne serait pas, d'après lui, sans influence sur le sens que suivent les cités dans leur développement et même la civilisation dans sa

marche progressivement envahissante. Elle doit être rapportée à la prédominance du lobe frontal gauche du cerveau sur le lobe droit.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Des réactions présentées par l'urine après l'ingestion de rhubarbe et de santonine.

On sait depuis longtemps qu'après l'ingestion de rhubarbe ou de santonine l'urine a une teinte verdâtre qui, par l'addition d'un alcali, devient rougeâtre. Mais, à côté de cette réaction commune, il y a des réactions particulières qui permettent de distinguer ces deux substances.

Les carbonates alcalins produisent la coloration rouge presque immédiatement après que la rhubarbe a été ingérée. Avec la santonine, la réaction ne se montre que bien plus tardivement.

La coloration rouge produite par les alcalis dans les urines contenant de la rhubarbe persiste indéfiniment; celle due à la santonine disparaît en vingt-quatre, quarante-huit heures. (Cependant, si l'on a employé la soude caustique, elle peut persister plus longtemps.)

La coloration due à la rhubarbe disparaît en faisant digérer dans l'urine de la limaille de fer. Cette dernière ne modifie pas la coloration due à la santonine.

Enfin, si l'on ajoute à l'urine à rhubarbe un excès de baryte ou d'eau de chaux et qu'on filtre, le dépôt resté dans le filtre retient la matière rougeâtre et le produit filtré n'a plus de coloration anormale; au contraire, avec l'urine à santonine, la matière colorante reste en solution, et le sédiment reste incolore. (*The Doctor*, 27 septembre 1878; *Lyon médical*, 1er décembre 1878.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur, etc., par le docteur P.-F. Da Costa Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne, traduit du portugais par le docteur E. Bertherand. — Paris, 1878. J.-B. Baillière.

Ce livre est consacré à l'étude des signes physiques que l'on observe dans le cours des maladies du cœur, principalement dans les insuffisances aortiques et les anévrysmes de l'aorte. Plusieurs chapitres traitent des ectocardies, de la cyanose, etc. L'auteur, déjà connu par des travaux intéressants, est surtout un chercheur, désireux de vérifier les faits qu'on annonce parfois un peu prématurément, désireux surtout de trouver des signes précis pour arriver à affirmer un diagnostic souvent difficile. C'est pour atteindre ce résultat qu'il a étudié la locomotion des artères, le développement anormal du système vasculaire périphérique, les caractères de la pulsation artérielle, le pouls veineux, le frémissement cataire, les bruits cardiaques artériels ou veineux, etc. Nous n'avons pas à examiner ici la question de priorité que soulève l'auteur à l'occasion de l'existence du double souffle intermittent crural observé dans les insuffisances aortiques; mais nous nous associons à notre confrère de Lisbonne pour déclarer que ce souffle n'a ni la constance, ni la valeur séméiologique absolue qui lui ont été attribuées. On lira aussi avec intérêt la critique des observations du docteur Tripier sur le retard du pouls dans l'insuffisance aortique. Tout n'est point définitivement acceptable dans cette théorie, et cependant le docteur Da Costa Alvarenga nous paraît aller un peu loin en contestant la valeur des observations sur lesquelles elles s'appuie. On lira néanmoins avec fruit ces leçons cliniques, et si les assertions de l'auteur ne peuvent pas être elles-mêmes admises sans contrôle, on conviendra que ce contrôle est à la portée de tous ceux qui s'exerceront, comme il l'a fait lui-même, à des observations patientes, minutieuses, mais certainement très-profitables.

Manuel d'histoire naturelle médicale, par M. J.-L. de Lanessan, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Première partie. — Paris, 1879. O. Doin.

Nous attendrons la deuxième partie de cet ouvrage pour en faire connaître le plan et les principaux chapitres. Ce nous sera, en effet, un plaisir de rendre hommage au talent d'exposition et à la méthode d'un naturaliste distingué; mais nous ne saurions dès aujourd'hui annoncer ce *Manuel* sans faire toutes nos réserves au sujet de l'introduction qu'a cru devoir écrire l'auteur Après avoir déclaré, dans sa préface, qu'il s'adressait aux étudiants en médecine et en pharmacie, il débute par une étude sur la matière, la vie et les êtres vivants, et, dans cette étude, il ne craint pas d'aborder les questions de philosophie les plus graves, les plus ardues, les plus difficiles à faire comprendre. Et non-seulement il les étudie, mais encore il les résout en niant la vie, en affirmant qu'il n'existe aucune différence entre les phénomènes qui s'observent chez les êtres organisés et ceux qui se passent dans le milieu inorganique. Tout se réduit pour lui à une diversité de constitution physique et chimique des corps que l'on étudie. Il nous est impossible d'admettre que l'on inaugure un cours élémentaire par un exposé doctrinal aussi controversable. Mais, nous le répétons, on ne juge point un livre sur un de ses chapitres, ce chapitre renfermât-il une théorie biologique complète et définitive. Nous attendrons donc que nous ayons sous les yeux l'ouvrage complet que publie M. de Lanessan pour approuver ce que le professeur d'histoire naturelle a pu écrire, mais aussi pour contester ce que le philosophe matérialiste a cru devoir affirmer.

VARIÉTÉS

Liste des prix de la Faculté de médecine pour l'année 1877-1878.

Legs Trémont. — Le legs, de la valeur de 1000 francs, a été partagé en parties égales entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

Prix Barbier. — La Faculté a décerné le prix à M. Martin, dentiste à Lyon (Rhône), pour un *nez artificiel* avec appareil de prothèse dentaire.

Prix Chateauvillard. — La Faculté a décerné le prix de 2000 francs à M. le docteur Proust, agrégé libre de la Faculté de Paris, pour son ouvrage sur *l'Hygiène publique ou privée et l'hygiène professionnelle*.

Elle a accordé : 1° Une mention très-honorable à M. le docteur Lacassagne, pour ses *Conférences de médecine légale*; 2° une *mention honorable* à M. le docteur Hennequin et à M. le docteur Manouvriez (de Valenciennes).

Prix Corvisart. — 1er prix : M. de Brun du Boisnoir (Hippolyte-Marie-Antoine), né à Arlans (Puy-de-Dôme), le 22 août 1855, 300 francs.

2e prix : M. Augé (Denis-François-Narcisse), né le 5 octobre 1855, à Sernin (Aveyron), externe à la Charité, 100 francs.

La Faculté a décidé que le sujet du concours pour l'année 1879 serait : les *Ictères*.

Prix Montyon. — La Faculté a décerné le prix à M. le docteur Liégeois (Charles-Auguste), pour son travail sur une *Epidémie scarlatine*.

Prix Lacaze. — Le prix a été décerné à M. le docteur Colin, médecin principal de 1re classe, professeur à l'Ecole militaire du Val-de-Grâce, pour ses travaux sur *la Fievre typhoïde dans l'armée et les épidémies et milieux épidémiques*.

Thèses récompensées : 1° *Médailles d'argent.* — MM. Bouveret (Léon). — Sur une tumeur osseuse généralisée à laquelle conviendrait le nom : tumeur à ostéoblastes.

Dreyfus-Brisac (Lucien). — De l'ictère hémaphéique, principalement au point de vue clinique.

Duret (Henry). — Etudes expérimentales sur les traumatismes cérébraux.

Henninger (Arthur). — De la nature et du rôle physiologique des peptones.

Huette (Georges). — Bromure de potassium. Étude historique.
Geoffroy (Jules). — L'anatomie et la physiologie d'Aristote.
Porak (Charles). — Considérations sur l'ictère des nouveau-nés et sur le moment où il faut pratiquer la ligature du cordon ombilical.
Remy (Charles). — Recherches histologiques sur l'anatomie normale de la peau de l'homme à ses différents âges.
Tapret (Odile). — Etude clinique sur la péritonite chronique d'emblée.

2° *Médailles de bronze*. — MM. Bardet (G.), Coronado (Daniel), Calmettes (Gaston-Edouard-René), Cuffer (Louis), Dupont (Baptiste), Graux (Gaston), Joannet (Henri), Linarix (Edmond-Charles), Lavieille (Ernest), Pinet (Camille), Peton (Henri), Raulx (Adrien), Rafinesque (Félix-Gaston), Rousseau (Henri), Saleh-Choukry, Suc (Charles-Denis), Schwartz (Charles-Edouard), Tiryakian (Parseg), Torres-Melchior.

3° *Mentions honorables*. — MM. Bellon (Maurice), Butruille (Hippolyte), Boullet (Léon), Coingt (Maurice), Castaneda y Campos (J.-M.), Dziewonski (Constantin), De Brinon (Jean-Charles), Gil (Juan-B.), Guebhard (Jacques), Garnier (Alfred), Moutard-Martin (Robert), Moreau (Jules-Henri), Morisset (Martial), Osman Caleb, Oulmont (Paul), Pepper (Edward), Patey (Etienne-Gédéon), Reuss (Louis-Jean-Marc), Serrand (René), Tautain (Louis-Frédéric).

LISTE DES PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 1878-1879.

PRIX CORVISART. —Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix qui consiste en une médaille d'or de 400 francs.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies dans le service de clinique auquel il est attaché ; 2° la réponse à la question proposée.

Concours de 1879. La question proposée est : *Des ictères*.

PRIX MONTYON. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 francs payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir.

Ce prix peut être partagé entre deux candidats.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

PRIX BARBIER. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne, tous les ans, un prix de 2000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

PRIX CHATEAUVILLARD. — Ce prix, de la valeur de 2000 francs, est décerné chaque année par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 30 janvier de l'année qui suit leur publication.

LEGS DU BARON DE TRÉMONT. — Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1er juillet de chaque année, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné, en même temps, l'indication des pièces à fournir.

PRIX LACAZE. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10 000 francs est accordé *tous les deux ans* au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

En 1881, le prix sera décerné au meilleur ouvrage sur la *Phthisie*.

LEGS BARKOW. — Le legs Barkow est destiné à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable.

Le revenu actuel est de 3000 francs ; il est affecté à l'entretien de bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris.

BOURSES D'ÉTUDES DANS LES FACULTÉS. — Un arrêté en date du 5 novembre 1877, rendu en exécution de la loi de finances du 29 novembre 1876, institue des *bourses d'étude* dans les Facultés.

Les étudiants qui veulent obtenir ces bourses doivent s'inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Ils doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins.

Ils désignent en s'inscrivant la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, en joignant à cette déclaration les pièces suivantes :

1° Leur acte de naissance. 2° Leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres. 3° Une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie de ces établissements. 4° Un certificat du chef ou des chefs desdits établissements contenant, avec une appréciation du caractère et de l'aptitude des candidats, l'indication des succès qu'ils ont obtenus dans le cours de leurs classes et des renseignements sur la situation de fortune de leur parents.

Les bourses sont données au concours. Les concours ont lieu chaque année au siége de la Faculté. Sont seuls admis à concourir ceux qui ont obtenu la note *Bien* à leur dernier examen. Les sujets de concours sont déterminés chaque année par le ministre de l'instruction publique sur la proposition des Facultés.

Les bourses sont conférées par le ministre pour un an, mais cette durée peut être prolongée jusqu'à quatre ans sur un rapport du doyen, adressé à M. le ministre année par année.

La durée de quatre ans ne peut être prolongée qu'en faveur des internes ou externes des hôpitaux ou des lauréats des Facultés.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Dans sa séance de ce jour, la Faculté de médecine vient de désigner les candidats qu'elle va présenter aux chaires de médecine légale et d'histoire de la médecine, déclarées vacantes. Pour la chaire de médecine légale, M. Brouardel a été nommé en première ligne à l'unanimité. Pour la chaire d'histoire de la médecine, trois tours de scrutin ont été nécessaires. Les voix se sont partagées également dans les deux premiers votes. Au troisième tour de scrutin, l'un des votants s'étant retiré, M. Laboulbène a été désigné en première ligne et M. Ollivier en seconde ligne.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par suite du décès de M. Chauffard, les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux de Paris (services de médecine) : M. Desnos passe de la Pitié à la Charité ; M. Lancereaux, de Saint-Antoine à la Pitié ; M. Duguet, de Tenon à Saint-Antoine ; M. Rendu, de Lourcine à Tenon ; M. Gouraud, du Bureau central à Lourcine.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 28 février 1879, le titre de médecin honoraire des hôpitaux de Paris a été conféré à MM. les docteurs Noël Gueneau de Mussy et Fauvel, anciens médecins des hôpitaux, et celui de chirurgien honoraire à M. le docteur Guérin, ancien chirurgien des hôpitaux.

— Voici la composition du jury du concours qui va s'ouvrir pour la nomination de trois places de médecin au Bureau central : MM. Descroizilles, Audhoui, Dieulafoy, Luys, d'Heilly, Siredey, Dujardin-Beaumetz, Mesnet, Delens.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Badal, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des yeux à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est chargé, en outre, d'un cours théorique d'ophthalmologie.

— M. Auzouy, docteur en médecine, directeur du service médical de l'asile public d'aliénés de Bordeaux, est chargé du cours clinique annexe des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Giraud.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Stoltz, ancien professeur et doyen de la Faculté de médecine de Nancy, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire de la Faculté de médecine de Nancy et doyen honoraire de cette Faculté.

École de médecine de Rouen. — M. Ollivier (Paul), suppléant pour les chaires de médecine proprement dites à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur d'hygiène et thérapeutique à ladite École.

École de plein exercice de médecine de Nantes. — M. Herbelin, suppléant à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur de pharmacie à ladite École, en remplacement de M. Pihan-Dufeillay, décédé.

École de médecine de Besançon. — M. Boisson, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé professeur de chimie à ladite École, en remplacement de M. Reboul, appelé à d'autres fonctions.

École de médecine de Clermont. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle s'ouvrira, le 15 juin 1879, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École de médecine de Reims. — Des concours s'ouvriront, le 16 juin 1879, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, savoir : 1° pour un emploi de suppléant de chimie et de pharmacie; 2° pour un emploi de chef des travaux chimiques. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Société médico-psychologique (*Prix Aubanel*). — La Société médico-psychologique de Paris décernera le prix Aubanel, de la valeur de 2400 francs, au mois d'avril 1881, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse. Les mémoires, écrits en français, devront être adressés, le 31 décembre 1880, au plus tard, à M. Motet, secrétaire général de la Société, 161, rue de Charonne, à Paris.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau. — M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les *maladies de la peau*, à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 29 mars 1879, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et samedis suivants, à la même heure. Les lundis seront consacrés aux maladies des femmes.

Académie des belles-lettres, sciences et arts de la Rochelle. *Concours pour* 1879. — La médaille d'or (grand module), de la valeur de 300 francs, sera décernée en 1879 par la *section de médecine et de chirurgie*, qui met au concours la question suivante : « De l'affection vermineuse chez les enfants (causes, symptômes, traitement, préjugés et erreurs). »

Chaque manuscrit devra porter une devise et être accompagné d'un billet cacheté portant à l'extérieur la même devise, et à l'intérieur le nom de l'auteur.

Le concours sera clos le 1er octobre 1879, dernier terme auquel les ouvrages devront être remis à M. le docteur Gustave Drouineau, secrétaire de la Société de médecine, 4, rue des Augustins, à la Rochelle.

Société contre l'abus du tabac. *Concours pour* 1879. — La Société contre l'abus du tabac met au concours les questions suivantes pour 1879 :

1° *Prix de* 100 *francs*. — De l'influence du milieu où l'on fume sur les personnes qui y sont exposées.

2° *Prix de* 100 *francs*. — Du rôle de la femme pour combattre l'abus du tabac.

3° *Prix des instituteurs* (100 francs). — Des moyens dont peut disposer l'instituteur pour combattre la tendance des enfants à fumer.

4° *Prix de médecine* (collection entière, vingt-quatre années de la *Gazette de l'Algérie*, offerte par M. le docteur A. Bertherand). L'usage immodéré du tabac exerce-t-il une influence néfaste sur l'aptitude à la procréation et sur la santé des enfants?

5° *Prix de statistique* (200 francs). — Réunir des faits et établir des statistiques destinées à démontrer, par tous les résultats des études, s'il est constamment vrai que les élèves non fumeurs ont, en moyenne, la priorité sur les fumeurs.

6° *Prix militaire* (300 francs, offert par M. Decroix). — Établir par des faits si, dans l'armée, les fumeurs subissent plus de punitions, sont plus souvent malades, endurent plus de privations quand le travail vient à manquer ou quand le règlement défend de fumer, que les militaires non fumeurs.

Chaque lauréat recevra, en outre, une médaille, dont une de vermeil pour le prix de médecine. D'autres récompenses seront, en outre, décernées pour mérites divers. Le programme complet du concours sera adressé à tous ceux qui en feront la demande au président, rue Saint-Benoît, 5, à Paris.

Drogues simples et substances toxiques. — Tout récemment un pharmacien délivre, sans ordonnance, un paquet d'ipéca à un vieillard moribond. Ce vieillard meurt. A quelques jours de là même contravention à la loi de germinal an XI; il s'agissait cette fois d'un ouvrier adulte sortant d'un cabaret. L'ouvrier meurt quelques heures plus tard. Le pharmacien est traduit devant la neuvième chambre. Il est acquitté, contrairement aux réquisitions du ministère public, qui soutenait qu'une drogue simple peut être nuisible et doit, en conséquence, être considérée comme une préparation médicamenteuse. Nous ne connaissons point assez les faits pour apprécier le jugement rendu par la neuvième chambre; mais il nous semble que, s'il importe de surveiller la vente des médicaments, il importerait aussi et surtout d'interdire le colportage et la vente de produits nuisibles dont sont infestées nos places publiques. Le chroniqueur scientifique du *XIXe Siècle* signale à ce point de vue les dangers que présentent certains procédés d'argenture. L'industriel qui les vante se sert de cyanure double de mercure et de potassium, et en frotte pendant quelques secondes les couverts les plus noirs et les plus oxydés. Il arrive ainsi à leur rendre rapidement leur blancheur primitive; mais c'est en amalgamant le métal du couvert et en exposant par conséquent ceux qui en font usage au double danger de l'intoxication mercurielle et de l'intoxication par l'acide cyanhydrique. Le comité d'hygiène publique et de salubrité tiendra, nous l'espérons, à informer le préfet de police des dangers que présente une semblable préparation.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Fragments d'ophthalmologie. Clinique de l'hospice des Quinze-Vingts. Compte rendu analytique des maladies observées et des opérations pratiquées pendant les années 1875, 1876 et 1877, par le docteur Fieuzal. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 6 fr.

Étiologie et pronostic de la glycosurie et du diabète, par le docteur J. Cyr. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Les affections du foie, par le docteur Quinquand. Premier fascicule. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

Du spasme de l'urèthre. Symptomatique, par le docteur Émile Spire. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Essais de lexicologie médicale. Note pour servir à l'histoire de la fluxion, par le docteur Clermont. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

Recherches sur quelques points de l'action physiologique et thérapeutique de la digitale pourprée, par le docteur Fagart. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

De l'inflammation aiguë des gaines tendineuses de la paume de la main, par le docteur Garnier. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

De la syphilis infantile acquise, par le docteur Pentet. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

Hémiplégie faciale, paralysie de la septième paire. Essais de séméiotique, par le docteur Augé. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

Sur un cas de sclérodermie, application des courants électriques continus, suivie de succès, par le docteur Armaingaud. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr.

Sur une corrélation pathogénique entre les maladies du cœur (insuffisance et rétrécissement aortiques) *et l'hystérie chez l'homme,* par le docteur Armaingaud. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE — N° 13 — 28 MARS 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 27 mars 1879.

Académie de médecine : LA SEPTICÉMIE. — LA PESTE.

La septicémie.

La discussion ouverte à l'Académie, à propos du mémoire de M. Lannelongue sur l'ostéomyélite, prend une extension de plus en plus grande. Dans l'avant-dernière séance, un très-important mémoire de M. Hervieux sur la septicémie puerpérale, puis une courte et substantielle communication de M. Jules Guérin, ont élargi ou plutôt déplacé le débat.

Tout en admettant, dans une certaine mesure, la théorie des germes, en ce qui concerne ses applications à la chirurgie, M. Hervieux considère la septicémie puerpérale comme une affection de cause interne et pense que les proto-organismes connus : vibrions, bactéries, bâtonnets, sont étrangers à son étiologie. D'après la théorie de M. Pasteur, les germes existant partout, dans l'air, l'eau, les aliments, etc., devraient être une proie facile offerte à la cohorte des êtres microscopiques, car l'empreinte placentaire est là, avec le sang qui la baigne, avec ses produits de sécrétion si prompts à s'altérer, avec ses émanations fétides, en un mot avec les conditions les plus propices à l'invasion des éléments figurés. Ainsi le territoire à envahir et l'ennemi qui le menace sont partout les mêmes, et pourtant il est telle localité où le chiffre des victimes est annuellement énorme, et telle autre où la fièvre puerpérale n'est pas apparue depuis de longues années. On sait également que la septicémie puerpérale peut atteindre les sages-femmes et le personnel des maternités, qui ne présentent pas, comme les femmes en couches, les conditions favorables à la pénétration des vibrions dans l'économie. Tandis que les proto-organismes auraient besoin, d'après les partisans de la théorie des germes, d'une solution de continuité pour s'introduire dans l'économie, le miasme puerpéral ne connaît aucune barrière épithéliale. Il atteint la femme enceinte, le nouveau-né, le fœtus, le personnel même des maternités, tout aussi bien que la femme en couches.

Tels sont les arguments sur lesquels s'appuie M. Hervieux pour combattre la théorie des germes appliquée à la fièvre puerpérale et pour conclure que le générateur de cette affection n'est pas un vibrion.

M. Pasteur ne pouvait laisser passer inaperçue cette attaque dirigée contre la théorie du germe-contage. S'il n'a pu démontrer avec précision l'existence et la nature du microbe qui engendre la fièvre puerpérale, il pense cependant que les recherches auxquelles il se livre actuellement lui permettront de montrer prochainement à l'Académie le terrible vibrion. Il croit, en effet, l'avoir rencontré dans les lochies de deux femmes atteintes de fièvre puerpérale. Ce microzoaire se présenterait sous la forme de globules réunis par séries et ayant chacun en moyenne un diamètre de deux millièmes de millimètre. Le sang recueilli au doigt chez une de ces femmes n'offrait que d'une manière douteuse la présence de cet organisme ; mais, ensemencé dans un milieu de culture, le sang donna un développement, sans mélange de microbes d'une autre nature, de ce même organisme formé de couples de grains ou de chapelets de grains; ayant ensuite examiné les lochies de plusieurs femmes accouchées depuis plusieurs jours et en bon état de santé, M. Pasteur n'y a découvert aucun organisme.

Ces faits, quoique n'étant pas assez nombreux et assez précis pour trancher d'une façon définitive la question du germe-contage dans ses rapports avec la septicémie puerpérale, nous paraissent cependant suffisants pour appeler l'attention et pour faire hésiter encore à conclure, avec les accoucheurs, que cette terrible affection n'est jamais d'origine *externe* Il y a sans doute encore beaucoup d'obscurités dans

---

FEUILLETON

Les détracteurs de la médecine.

(Deuxième article.)

MONTAIGNE.

L'importance du rang, — le premier sans conteste, — occupé par l'auteur des ESSAIS parmi les détracteurs *sérieux* de la médecine, me détermine à compléter ce que j'avais à en dire au point de vue de la *physiologie* et de l'*hygiène*. Nous avons vu Montaigne malade, aux prises avec la médecine et les médecins; étudions-le maintenant en santé, dans l'application qu'il fait de ses principes au gouvernement de sa vie. Si ses vues n'ont pas une exactitude qu'on ne saurait leur demander à cette date, elles ne manquent pas cependant, ne serait-ce que par le tour inimitable du style, d'une certaine valeur.

Les *Rapports du physique avec le moral* sont un des problèmes qui ont le plus frappé notre moraliste : « La nature de la liaison et cousture de ces admirables phénomènes jamais homme ne l'a sceu ; » mais ce n'est pas un motif pour méconnaître « cette colligance », comme il l'appelle : « Pouvons-nous pas dire qu'il n'y a rien en nous, pendant cette prison terrestre, purement ny corporel ny spirituel, et qu'injurieusement (à tort) nous desmembrons un homme tout vif. » Pascal dira : « L'homme n'est ni ange ni bête », mais Montaigne avait dit avant lui des métaphysiciens : « Ils veulent se mettre hors d'eulx et eschapper à l'homme, c'est folie : au lieu de se transformer en anges, ils se transforment en bêtes. » Et plus loin : « Je crois Platon de bon cœur qui dict que les humeurs faciles ou difficiles estre un grand préjudice à la bonté ou à la mauvaistié de l'âme. » Invoquant l'expérience journalière à l'appui de cette opinion, il montre les facultés

a théorie des germes, mais il y a tout lieu d'espérer qu'elles seront un jour dissipées, et il ne nous paraît pas rationnel d'argüer contre cette théorie des phénomènes qu'elle n'a pu encore expliquer. Quoi qu'il en soit, nous pensons que les recherches doivent être poursuivies dans le sens indiqué par M. Pasteur, c'est-à-dire qu'il faut rechercher les organismes microscopiques de la fièvre puerpérale, avec l'idée qu'ils sont probablement les déterminants de cette terrible affection, dont les symptômes et la marche présentent tant d'analogie avec les autres maladies dont l'origine zymotique est aujourd'hui démontrée.

La part prise à la discussion par M. Jules Guérin ne se rattache que très-indirectement à la question des germes. L'honorable académicien s'est contenté de reproduire la théorie qu'il avait déjà émise en 1846, en 1858 et en 1868. D'après cette conception, la plaie utéro-placentaire est susceptible de se présenter dans deux conditions et sous deux formes bien différentes : dans la condition d'une plaie *fermée* à l'air lorsque l'utérus est revenu sur lui-même, et dans la condition d'une plaie *exposée* lorsque le retrait n'a pas lieu. Dans le premier cas, la plaie utérine représente une plaie sous-cutanée, c'est-à-dire soustraite au contact de l'air et ne suppurant pas; dans le second cas, c'est une plaie ouverte, soumise au contact de l'air et qui suppure. Mais les liquides qui baignent la plaie utérine, — sang, caillots, lochies, — retenus dans un espace confiné, se putréfient facilement. Résorbés par les vaisseaux ouverts à la surface de la plaie ou entraînés à travers les trompes dans la cavité abdominale, ils sont susceptibles de donner lieu à tous les accidents de la septicémie puerpérale.

C'est M. Depaul qui s'est chargé de réfuter par une argumentation vive, spirituelle et même un peu sarcastique, la théorie de M. J. Guérin. Ce savant professeur n'a pas eu de peine à démontrer que le retrait de l'utérus dans le bassin n'avait pas toujours lieu dans les trois ou quatre jours après l'accouchement, ainsi que le prétend M. Guérin, et que le développement de la fièvre puerpérale était absolument étranger à la contractilité de l'utérus après la parturition.

La théorie de M. J. Guérin, par laquelle les liquides morbides pénétraient dans le péritoine par l'utérus et les trompes et pouvaient en être retirés en pratiquant l'aspiration à l'aide d'une pompe appliquée sur le col utérin, a été également réfutée par M. Depaul avec le même succès. On sait, en effet, que l'expérience a démontré que le passage des liquides de l'utérus dans le péritoine par les trompes est à peu près impossible.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur les arguments mis en avant par MM. Guérin et Depaul; ils ont été longuement discutés devant l'Académie en 1858 et en 1868, et ils n'apportent aucun élément nouveau à la question qui nous occupe aujourd'hui, c'est-à-dire à l'étude des germes-contages dans leurs rapports avec la septicémie puerpérale.

A. LUTAUD.

La peste.

Dans la dernière séance de l'Académie des sciences (voy. p. 205), M. de Lesseps s'est élevé de nouveau contre les mesures quarantenaires, trop rigoureuses à son gré, ordonnées par les gouvernements de tous les pays et en particulier par le gouvernement français. Ces protestations, nous les avions déjà signalées (voy. *Gaz. hebd.*, p. 119) et nous avions fait observer à ce propos que des mesures de préservation très-sévères, qui arrêtent ou du moins entravent les développements du commerce et de l'industrie, ne sauraient être imposées que dans le voisinage du foyer épidémique. Il est à remarquer qu'aujourd'hui, après cette sorte de *loïmophobie* qui s'est emparée de l'Europe, on en arrive déjà un peu partout excepté peut être en Russie, à critiquer les quarantaines, à les déclarer illusoires, à nier leur efficacité. Les Russes n'ont pas oublié les cris d'alarme poussés tout autour d'eux. Ils ont été assez cruellement éprouvés et on leur a imposé de trop réels sacrifices pour qu'ils renoncent immédiatement à exécuter, dans toute leur rigueur, les prescriptions quarantenaires. Le docteur Krudener, chargé de purifier et de désinfecter les villages atteints par l'épidémie, s'est employé à cette tâche laborieuse avec un zèle remarquable et déjà les nombreux télégrammes du général Loris-Melikoff semblent démontrer qu'il a réussi sinon à éteindre définitivement, du moins à étouffer provisoirement la peste dans son foyer. D'autres télégrammes nous annoncent que les médecins austro-allemands, et entre autres le professeur Hirsch, auraient déjà quitté Vetlianka pour regagner leurs foyers, emportant l'assurance que tout danger était conjuré. Aujourd'hui cependant on prétend que l'office sanitaire de l'empire allemand a reçu du docteur Sommerbrodt une dépêche lui annonçant l'apparition à Vetlianka d'un nouveau cas de peste. Le fait en lui-même n'a rien de surprenant, mais il ne sera point accueilli par le public avec autant d'appréhensions que les premières dépêches venues

---

psychiques se développant avec le corps et déclinant avec lui, partageant ses vicissitudes et troublées par ses maladies. Ce sont ces idées reproduites par Pascal et par Montesquieu, que Cabanis développera plus tard avec les ressources que la science mettait à sa disposition, et dont (s'il m'est permis de me citer après de tels noms) j'ai tenté, un des premiers, l'application à l'histoire. (*L'histoire et la philosophie dans leurs rapports avec la médecine*, 1863. G. Masson.) Quant à la conclusion à en tirer, elle se présente d'elle-même : « Ceux qui veulent desprendre nos deux pièces principales et les sequestrer l'une de l'aultre, ils ont tort; au rebours il les fault r'accoupler et rejoindre; il fault ordonner à l'âme non de s'entretenir à part, de mespriser et abandonner le corps, mais de se rallier à luy, de l'embrasser, le cherir, luy assister, le redresser quand il fourvoye, l'espouser en somme. (II, 17.)

Un problème qui n'a pas moins frappé le grand penseur c'est la transmission héréditaire des attributs physiques et psychologiques des pères aux enfants : « Quel monstre (prodige) est-ce que cette goutte de semence de quoy nous sommes produicts porte en soy les impressions non de la forme corporelle seulement, mais des pensements et inclinations de nos peres? » La transmission des maladies par voie d'hérédité ne devait pas moins le surprendre; il était, comme le fut son père, atteint de la gravelle : « J'estois nay vingt-cinq ans et plus avant sa maladie, et durant le cours de son meilleur estat, le troisiesme de ses enfants en reng de naissance; où se couvoit pendant tant de temps la propension à ce desfault? Et lorsqu'il estoit si loing du mal, cette legiere piece de sa substance de quoy il me bastit, comment en portoit-elle pour sa part une si grande impression? Qui m'esclaireira de ce progrez, je le croiray d'autant d'aultres miracles qu'il voudra. » (II, 37.)

Un cas de monstruosité lui fournit des réflexions judicieuses et fort en avant de son temps sur l'unité de plan à laquelle se rapporte « l'infinité des formes comprises par

de la Russie méridionale. Non-seulement on s'habitue à entendre parler d'un mal redoutable, mais encore on devient sceptique lorsque l'on voit des médecins justement réputés, affirmer l'existence de la peste alors qu'il n'est question que d'une maladie chronique avec adénopathies multiples.

On ne peut qu'être surpris, en effet, de l'erreur commise récemment par le docteur Botkin. En lisant la dépêche qui nous annonçait l'apparition de la peste à Saint-Pétersbourg, nous avions immédiatement exprimé nos réserves (*Gaz. heb.*, p. 141, note). Les descriptions de la maladie nous semblaient permettre d'affirmer qu'il ne pouvait être question que d'une maladie chronique; nous pensions à une leucocythémie ou à une adénie. Or voici que, dans le dernier numéro du *Berliner klinische Wochenschrift* (p. 165), le docteur Lewin expose dans tous ses détails la maladie de Prokoffjew, et montre jusqu'à quel point il fallait être atteint de loïmophobie pour confondre avec la peste un état qui ne semble présenter aucune analogie avec elle. Nous savons bien que l'on admet des pestes frustes, des formes larvées ou ébauchées de la maladie. Encore faudrait-il ne pas les rechercher dans une ville où jamais elle n'a sévi. On a, du reste, été bien sévère pour le docteur Botkin. S'il a eu le tort de publier dans le *Messager officiel* un rapport affirmant l'apparition de la peste dans la capitale de la Russie, s'il a eu l'imprudent courage de faire arrêter et interner dans un hôpital les quarante-huit personnes qui depuis six semaines vivaient côte à côte avec M. Prokoffjew, si enfin il a persisté dans ses affirmations après la déclaration formelle de la commission sanitaire nommée pour examiner le malade qu'il prétendait atteint de peste, Botkin cependant ne méritait pas les violentes accusations qui ont été dirigées contre lui. Une imprudence et une erreur de diagnostic ne sauraient faire accuser un honnête homme de malversations ou de conspirations faites au profit des révolutionnaires de son pays. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, Sommerbrodt n'a pu, nous l'espérons, se tromper de la sorte à Vetlianka. S'il a annoncé un nouveau cas de peste, celle-ci n'est donc point éteinte. Dès lors, malgré les protestations des intéressés et des médecins sanitaires eux-mêmes qui sont soumis à une quarantaine de dix jours avant de pouvoir quitter le territoire d'Astrakhan, il faut convenir que les Russes seraient coupables de négliger les mesures quarantenaires qu'on leur a imposées au début de l'épidémie. Les lettres que nous recevons prouvent d'ailleurs qu'ils procèdent avec une grande rigueur. Il est même difficile de lire ces lettres percées de trous, entaillées de tous côtés, répandant une odeur de chlore assez désagréable et contenant des détails parfois assez risibles sur les précautions prises en Orient pour la réception, la désinfection et l'expédition des correspondances. Ne nous plaignons point de cet excès de zèle. Dans une leçon récente et qui a fait quelque bruit, Virchow, rappelant les quarantaines de Noja dans la province de Bari et la rigueur « salutaire » avec laquelle on fusillait les malheureux qui commettaient les plus légères infractions aux règlements sanitaires, avait ajouté: « Le blocus sans la fusillade est une illusion ». A Starinzkoé et à Biasowka on n'a encore fusillé personne; mais le comte Koutousoff et le délégué de la Croix rouge, qui s'étaient approchés trop près de la barrière qu'il leur était interdit de franchir avant dix jours, se sont vus menacés par un soldat russe. Nous savons donc que les mougiks font bonne garde et que nous pouvons compter sur eux. Nous savons de plus que l'épidémie est sinon éteinte, du moins presque étouffée. Il devient dès lors possible d'écouter ce que nous écrivent, ce que télégraphient à leurs gouvernements les médecins délégués à Astrakhan. Les quarantaines peuvent être levées en partie.

Mais il est une autre question que nous aimerions à voir résolue. Si les médecins austro-allemands n'ont déjà quitté, ils vont très-prochainement quitter Vetlianka. Or, le médecin délégué par le gouvernement français y arrive à peine. S'il ne lui est pas possible, en raison du départ si rapide de ses collègues, de se mettre en rapports avec les commissions sanitaires de l'Allemagne ou de l'Autriche, si ces commissions renoncent à une enquête rétrospective et à l'étude attentive des cas de peste qui se manifesteront certainement encore isolément, que pourra faire le délégué du gouvernement français? Il est probable qu'à lui tout seul il ne saurait examiner toutes les questions épidémiologiques et cliniques que soulève l'étude de cette nouvelle explosion de la peste. Il importe donc qu'un programme restreint, mais précis, ne tarde point à lui être adressé. La commission nommée par l'Académie lui rendrait grand service en lui faisant parvenir ce programme avant son retour.

L. Lereboullet.

Dieu, et dont nous ne voyons pas l'assortiment et la relation, appellant contre nature ce qui advient contre la coustume ».

Faisant grand cas de la beauté physique laquelle « tient le premier reng au commerce des hommes », il incline à croire à « la conformité et relation du corps à l'esprit », et il éprouve du dépit à trouver dans Socrate « un visage disconvenable à la beauté de son ame... car en disant que son ame n'eust pas esté moins difforme que son corps s'il ne l'eust corrigée par institution, je crois qu'il se mocquoit suyvant son usage; jamais ame si excellente ne se fit elle mesme. » Il admet, au reste, une différence complète entre « la laideur ou difformité *substantielle* portant jusques au dedans, et une sorte de laideur superficielle qui peut revêtir une très belle ame, comme celle de La Boëtie, et qui est de moindre prejudice à l'estat de l'esprit. » (III, 12.) En effet, par une sorte d'ironie des choses et nonobstant ses idées sur l'alliance des dons de l'esprit et du corps, l'homme que Montaigne aima le plus (ce même La Boëtie) et celui qu'il regardait « comme un exemplaire parfait entre toutes grandes qualitez » (Socrate) étaient tous deux très-laids. Faut-il nommer encore sa tendre *fille d'alliance*, Mlle de Gournay, qui n'était guère mieux partagée sous ce rapport?

Sans avoir fait une étude approfondie de la *physionomie*, il a un pressentiment confus de la science de Lavater et croit « qu'il y a quelque art à distinguer les visages debonnaires des niais, les sévères des rudes, les malicieux des chagrins, les desdaigneux des mélancholiques, et telles aultres qualitez voysines ». Il raconte même, à ce propos, avoir dû à l'une de ces physionomies franches et ouvertes qui préviennent favorablement dès l'abord, de s'être tiré avec bonheur de conjonctures épineuses dont il nous fait le récit.

Sur l'âge, la vieillesse, et en particulier sur l'*amour chez les vieillards*, le philosophe dit des choses très-sensées et physiologiquement très-vraies; mais, où il est plus difficile d'acquiescer à son opinion, c'est lorsqu'il parle de l'époque de la vie à laquelle s'arrêterait, suivant lui, le développement

HISTOIRE ET CRITIQUE

DE L'ATHÉTOSE.

L'athétose est une affection nouvellement étudiée; son histoire ne date que de 1871; mais les huit années qu'elle embrasse ont été bien remplies, et les travaux dont elle a fait l'objet forment une liste déjà longue. C'est de l'Amérique que nous sont venus le nom et la première description de l'athétose; on les doit à Hammond (New-York). Bientôt après, le nom était accepté, et la description contrôlée et modifiée en Angleterre et en Allemagne. En France, il y a un an et demi à peine que la question a commencé à être examinée. En 1877, M. Grasset (*Montpellier médical*, 1877) résumait et commentait les principaux faits publiés à l'étranger. Presque au même moment M. Oulmont (Thèse inaugurale, 1878) déduisait des observations recueillies par lui à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, une symptomatologie plus complète et une pathogénie plus probable qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui. Quelques faits nouveaux sont venus depuis confirmer la justesse de ses interprétations.

L'athétose consiste essentiellement, on le sait, en mouvements involontaires limités aux mains et aux pieds. Les doigts et les orteils, qui sont surtout affectés, se fléchissent lentement, puis se redressent en se portant dans l'abduction et reviennent toujours avec lenteur à leur point de départ pour recommencer sans cesse la même évolution. Ces mouvements dépassent, en général, les limites des mouvements normaux grâce à une laxité spéciale des ligaments; ils peuvent être assez intenses pour gêner la marche et la préhension; ils se poursuivent jour et nuit, malgré les efforts de la volonté et malgré le sommeil; ils s'interrompent parfois pour faire place à une contracture passagère; le *spasme mobile* devient pour quelques instants *spasme fixe;* puis ils reprennent leur cours. La face et le cou présentent parfois des contractions musculaires analogues. Ces caractères suffisent à différencier l'athétose des troubles moteurs, qui semblent s'en rapprocher, des diverses variétés de tremblement, de la paralysie agitante, de l'ataxie. Elle se distingue de la chorée, qui lui ressemble le plus, par la limitation des oscillations aux doigts et aux orteils et surtout par leur lenteur. Le groupe clinique athétose est donc nettement établi, et en présence de caractères aussi remarquables on serait en droit de s'étonner que l'athétose fût si longtemps restée méconnue, si au lieu d'être isolée elle ne se perdait, pour ainsi dire, au milieu de symptômes différents et plus graves.

Le plus souvent, en effet, l'athétose est unilatérale, et cette hémiathétose s'associe aux autres signes d'une lésion cérébrale dont elle n'est qu'une des expressions. Le tableau clinique devient alors plus confus. On peut être entraîné, comme Hammond, à la regarder comme le phénomène principal, en faisant jouer aux autres troubles encéphaliques le rôle de complication; ou, comme Rosenbach, à considérer l'athétose comme un syndrome vulgaire, appartenant à un grand nombre de maladies nerveuses et comparable ainsi au nystagmus. Cette double tendance est également fâcheuse; et, malgré sa nouveauté, l'histoire de l'athétose comptait déjà plus d'une théorie erronée quand les leçons de M. Charcot et la thèse de M. Oulmont sont venues indiquer le véritable but où devaient tendre les recherches.

L'analyse attentive des observations d'hémiathétose a fait constater que, dans le plus grand nombre des cas, elle survenait chez des hémiplégiques au moment où les mouvements volontaires réapparaissaient, surtout si les sujets étaient actuellement ou antérieurement frappés d'hémianesthésie. Cette notion jette d'emblée une vive lumière sur la nature vraie de l'athétose; cette affection se trouve liée aux maladies du système nerveux, dont le siége anatomique est dans les hémisphères. Mais il faut faire un pas de plus et découvrir la localisation précise des lésions qui tiennent sous leur dépendance l'hémiathétose. Cette recherche est des plus difficiles, car les autopsies font défaut; cependant MM. Oulmont et Charcot l'ont entreprise et terminée à l'aide de simples analogies. Ils ne se guident pas sur la limitation des spasmes aux mains et aux pieds; la tétanie est la seule affection où les troubles moteurs présentent un siége analogue, et la lésion qui la domine est encore à l'état d'hypothèse. Mais la continuité des oscillations, les circonstances dans lesquelles elles se produisent, certains faits de transition où les mouvements étaient plus rapides ou étendus à d'autres segments de membre, établissent une ressemblance frappante entre l'hémichorée et l'hémiathétose; les lésions de l'une ne peuvent être éloignées des lésions de l'autre; c'est au voisinage du faisceau sensitif de la partie postérieure de la capsule interne qu'il faut les chercher. Une seule théorie pourrait être opposée à celle-ci, c'est celle qu'a formulée Eulenburg (1875) : considérant la limitation des désordres à certains groupes musculaires, leur association fréquente à des accès d'épilepsie, il a cru pouvoir annoncer que l'athétose doit être localisée dans un point

---

intellectuel : « Quant à moy, j'estime que nos âmes sont desnouees à vingt ans ce qu'elles doibvent estre, et qu'elles promettent tout ce qu'elles pourrront. Jamais ame qui n'ait donné en cet aage-là arrhe bien evidente de sa force, n'en donnera depuis la preuve. » (I, 57.) Et ailleurs : « L'aage n'imprime pas moins de rides au visage qu'à l'esprit... Quiconque met sa decrepitude sous la presse faict folie... Notre esprit se constipe et s'espaissit en vieillissant ». (II, 3.)

Voltaire pensait bien différemment : « Mon âme s'est fortifiée à mesure que mon pauvre corps s'est affaibli (*Lettre à Richelieu*, 1771). » Illusion peut-être; mais enfin un nombre important de grands esprits ne publièrent, les uns que vers quarante ans (Buffon, Montesquieu, La Fontaine, J.-J. Rousseau, Descartes, Montaigne lui-même), les autres vers cinquante ans et au delà (La Bruyère, Milton, Cervantes, La Rochefoucauld, Calvin, etc.) les ouvrages auxquels ils durent leur célébrité. Il est curieux de lire à ce sujet Flourens (*De la longévité*), à l'antipode des idées de Montaigne. Celui-ci convient d'ailleurs « qu'il y a des complexions plus propres à la retraite les unes que les aultres ». Enfin est-il toujours fidèle, en ce qui concerne du moins la vie en dehors, active et militante, à cette philosophie du renoncement qu'il vient de nous prêcher? Nullement, car il est, par excellence, l'homme aux perpétuelles contradictions. Ainsi, sans se faire illusion sur les effets de la vieillesse, « cette puissante maladie qui se coule naturellement et imperceptiblement », il recommande de prendre ses précautions pour en retarder les progrès ou en affaiblir les charges : « Il faut retenir à tous nos dents et griffes l'usage des plaisirs de la vie que les ans nous arrachent des poings les uns après les aultres... reserver d'embesongnement et d'occupation autant qu'il est besoing pour nous tenir en haleine... si c'est le privilege de l'esprit de se r'avoir de la vieillesse qu'il verdisse, s'il peult, comme le guy sur un arbre mort... c'est grand'simplesse d'alonger et anticiper, comme chasseur faict, les incommoditez humaines : j'aime mieulx estre moins longtemps vieil

limité des centres moteurs de la convexité du cerveau. Le débat est en suspens; il faut attendre le résultat des autopsies.

Déjà Ewald (*Deutsch. Archiv. für klin. Med.*, 1877) a publié une observation où il a pu constater à l'ouverture deux petits foyers de ramollissement sur la circonvolution temporale du côté opposé aux membres athétosiques : elle semblerait confirmative des opinions d'Eulenburg. Mais en même temps Ewald relate un autre cas où il n'a trouvé, comme lésion, qu'une petite masse tuberculeuse sous les tubercules quadrijumeaux. D'ailleurs, les deux faits sont si complexes, les symptômes ont été si multiples, si bizarrement associés qu'on ne saurait apprécier bien exactement la valeur des lésions. La théorie de M. Oulmont compte au contraire à son actif au moins un fait très-remarquable. Nous ne rappellerons pas ici une observation de Rosenbach, d'interprétation difficile, dans laquelle un ataxique présentait des troubles moteurs peut-être de nature athétosique, et où l'autopsie montra, outre la sclérose des cordons postérieurs, un petit foyer de ramollissement à l'extrémité postérieure, inférieure et externe du noyau lenticulaire du corps strié. Mais, au mois de janvier 1878, M. Landouzy présentait à la Société anatomique le cerveau d'une malade citée dans la thèse de M. Oulmont : l'hémiathétose avait duré trente ans environ, occupant les extrémités droites; elle avait été le seul symptôme observé; il n'y avait eu ni convulsions, ni hémiplégie, ni hémianesthésie. L'encéphale ne présentait qu'une seule lésion: un foyer de ramollissement englobant un petit calcul et occupant la partie antérieure du noyau extra-ventriculaire du corps strié gauche; il y avait un léger amincissement du pédoncule cérébral correspondant; la capsule interne était intacte. Il est certes difficile de trouver une lésion qui réponde mieux à l'idée que l'on pouvait s'en faire d'avance; elle existe bien au voisinage du faisceau sensitif du pied de la couronne rayonnante. On peut attendre avec confiance les autopsies à venir; il faut néanmoins ne pas prononcer de jugement avant leur contrôle : un fait unique, si probant qu'il soit, ne saurait suffire.

Découvrir et préciser les caractères cliniques de l'athétose, rattacher la grande majorité des cas d'hémiathétose à une lésion cérébrale, prévoir et retrouver le siége précis de cette lésion, tels ont été les résultats successifs des travaux entrepris depuis huit années sur la question qui nous occupe. Il reste encore plus d'un point à élucider; c'est sur eux que devront porter les futures recherches. En premier lieu, quels sont les rapports de l'hémiathétose avec l'athétose double? Les mêmes peut-être qu'entre l'hémichorée et la chorée. Mais cette comparaison n'est pas une explication complète. L'étude des conditions étiologiques devra ensuite être abordée; l'importance de l'hémorrhagie cérébrale, de l'atrophie du cerveau, est établie par un nombre suffisant d'observations. La syphilis semble pouvoir être incriminée dans quelques cas, sans que le traitement habituel ait eu la moindre influence sur l'affection dont elle était la cause. L'athétose, en effet, paraît rebelle à tous les traitements; si les courants continus, la gymnastique des doigts (Dreschfeld, *Revue mensuelle*, 1877), l'emploi de l'ergot de seigle (Balfour, *Edinburgh med. Journ.*, 1878) ont été suivis d'amélioration, aucune guérison vraie n'a été signalée, et l'athétose reste incurable comme les lésions cérébrales qui la produisent.

X. Arnozan.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

Lithotritie en une ou plusieurs séances et opération de Bigelow appréciées par sir Henry Thompson, par le docteur Jude Hue (de Rouen).

Un des arguments invoqués le plus souvent contre la lithotritie est de laisser, après chaque séance et surtout après la première, un certain nombre d'éclats anguleux et piquants qui peuvent devenir la cause d'accidents inflammatoires graves. Aussi, la préoccupation constante des chirurgiens, qui donnent volontiers la préférence à ce procédé opératoire, a-t-elle été jusqu'ici de s'opposer, autant que possible, par la position et l'immobilité du malade, à l'action irritante de ces fragments, l'opéré ne devant même uriner que quelque temps après l'opération, afin de donner aux débris le temps de se déposer dans le bas-fond et d'éviter que le courant urinaire ne les entraîne, encore aigus et tranchants, dans le col vésical. Grâce à ces précautions, à la perfection des instruments et à la délicatesse des manœuvres, il était de règle de voir la cystite, que provoque de bonne heure la pierre, loin de s'aggraver, diminuer après la première séance et les suivantes. Extrême douceur dans les manœuvres, respect absolu du réservoir et des voies urinaires, plutôt une séance de plus que de s'exposer à commettre le moindre traumatisme, telle est la doctrine que nous avons apprise, des yeux et des oreilles, près de sir Henry Thompson et dans le service de M. Félix Guyon, et à laquelle nous avons dû nous-même deux succès, sur deux opérations de lithotritie, dont l'un n'a été acquis qu'après onze séances de broiement.

---

que d'estre vieil avant que d'estre ». (III, 5.) Voilà la note vraie des *Essais;* c'est là qu'il faut chercher Montaigne, ce disciple d'Horace, et ce que l'on pourrait appeler l'*hygiène morale de la vieillesse.*

En ce qui touche à l'*hygiène*, laquelle n'était pas encore née, notre philosophe n'a guère, malade ou bien portant, d'autre parti à prendre que d'obéir à ses appétits naturels, à l'instinct de conservation et à la coutume. Il admet bien « qu'on observe les meilleures règles, mais sans s'y assujétir »; et il n'a pas plus de confiance, sous ce rapport, aux conseils des médecins qu'il n'en a dans l'efficacité de leurs drogues : « Les arts qui promettent de nous tenir le corps et l'ame en santé nous promettent beaucoup, mais aussi il n'en est point qui tiennent moins ce qu'ils promettent... C'est à la coustume de donner forme à nostre vie. On ne peult estre offensé par l'usage des choses auxquelles l'habitude nous a longtemps ployé... C'est ainsi que chaque nation a plusieurs coustumes et usances qui sont non seulement incogneues, mais miraculeuses à quelque aultre nation. . L'estomach d'un Espaignol ne dure pas à nostre forme de manger, ny le nostre à boire à la Souisse. » (III, 13.) Autre profit, quoiqu'en apparence contradictoire au premier, à tirer de l'accoustumance, c'est de nous mettre à même de supporter, sans en souffrir, le changement et la variation : « Il n'est train de vie si sot et si débile que celuy qui se conduict par ordonnance et discipline. » Il raille ceux qui, « par la sottise de leurs medecines, se sont mis en chartre tout jeunes et entiers. Encores vauldroit-il mieulx souffrir un rheume que de perdre pour jamais, par desaccoustumance, le commerce de la vie commune... Estendons nostre possession jusques aux derniers moyens; le plus souvent, on s'y durcit en s'opiniastrant, et corrige lon sa complexion, comme feit Cesar du haut mal, à force de le mespriser... Un jeune homme doibt troubler ses regles pour esveiller sa vigueur, la garder de moisir et de s'apoltronnir... Il se rejettera souvent aux exces mesme, s'il m'en croit; aultrement la moindre desbauche le ruyne ». (*Ibid.*) C'est le

Toujours d'après ces idées, l'appareil évacuateur de M. Clover (voyez *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, par sir H. Thompson, traduites par les docteurs Jude Hüe et Gignoux. Paris, Masson, 1874, p. 312 et suivantes) devait imposer aux parois vésicales une fatigue qu'il valait mieux éviter, et il était réservé pour les cas où une hypertrophie prostatique ou une atonie de la vessie rendaient difficile l'évacuation des fragments.

La littérature médicale ni l'enseignement ne contenaient, à notre connaissance, aucun indice d'autres tendances quand a paru le procédé de M. Bigelow qui, se préoccupant exclusivement des dangers que fait courir à l'opéré la présence des fragments, les extrait invariablement tous en une seule séance, quelle que soit la dimension de la pierre dont ils proviennent.

M. Bigelow se sert pour cela de deux sortes d'instruments. Les uns, destinés à briser la pierre, sont de forts lithoclastes, à mors fenêtrés et à dents, qui n'offrent rien de particulier que des dimensions beaucoup plus considérables que ceux que nous sommes accoutumés à employer aujourd'hui. Les autres, destinés à évacuer les débris, sont particuliers à l'auteur et se composent : 1° d'une série de tubes droits, de diamètres gradués, et qu'on introduit successivement, à travers l'urèthre, dans la vessie ; 2° d'un aspirateur composé essentiellement d'une forte poire en caoutchouc, verticale, communiquant à sa partie supérieure avec le tube introduit dans la vessie, et à sa partie inférieure avec un réservoir en verre destiné à recevoir les débris. L'appareil évacuateur est rempli d'eau ; en comprimant la poire de caoutchouc et en la laissant ensuite se dilater, comme dans l'appareil de Richardson, on produit dans la vessie des courants qui entraînent les fragments et ceux-ci viennent se déposer dans le réservoir placé à la partie inférieure de l'aspirateur.

Nous avons eu la bonne fortune, pendant nos vacances, de voir ces instruments à la Société de chirurgie et d'assister à la démonstration qu'en fit le professeur Bigelow devant la Société. Nous avons été surtout frappé par le diamètre des tubes qui doivent traverser l'urèthre. D'ailleurs l'auteur les présenta à peu près en ces termes : « Quand on voit ces larges tubes on se dit qu'ils ne pourront jamais traverser le canal, mais, à l'essai, en les tournant sur eux-mêmes avec soin et patience on est tout étonné de la facilité avec laquelle ils font leur chemin jusqu'à la vessie. » Quant à l'aspirateur, il a, en quelques minutes, fait passer dans son réservoir tous les débris d'une pierre volumineuse placés dans une vessie artificielle.

Point n'est besoin d'ajouter que le procédé ne nous a offert rien de séduisant, que de débarrasser d'un coup la vessie, et que le professeur Bigelow doit être un partisan de la taille converti à la lithotritie, car la parole appartient à de plus autorisés, surtout aux faits, et nous ne connaissons encore qu'un tout petit nombre de résultats La Société de chirurgie donnera sans doute son avis ; en attendant, il nous a semblé qu'il ne serait pas sans intérêt de faire connaître comment sir Henry Thompson, dans une récente leçon clinique, a jugé la nouvelle méthode, et nous ne pouvons mieux le faire qu'en rapportant textuellement les paroles du maître :

« Je désire, messieurs, attirer votre attention sur un certain nombre de questions fort importantes, à savoir : une seule séance peut-elle suffire à l'extraction d'une pierre ? Si oui, combien peut-on faire d'introductions de lithotriteur et combien de temps peut se prolonger l'opération ? Si non, combien de séances peuvent ou doivent être faites, et quel intervalle doit-on mettre entre elles ?

» La réponse à ces questions ressort d'un certain nombre de considérations qu'il me faut exposer d'abord.

» En premier lieu, il est évident que, pour ce qui regarde le nombre des introductions permises du lithotriteur, cela dépend beaucoup de l'expérience et de l'éducation de la main du chirurgien.

» En second lieu, quand vous opérez sans le secours de l'anesthésie, vous trouvez que certains patients supportent plus facilement trois introductions successives de l'instrument que d'autres n'en tolèrent une seule. Si vous employez l'éther il est très-certain que vous pourrez faire et extraire une beaucoup plus grande quantité de débris et, comme il en résulte un grand avantage pour le malade, il est presque toujours mieux de l'employer ; mais, pour cela, il faut manœuvrer avec autant de soin et de délicatesse que si votre patient avait sa pleine connaissance. Rien ne forme mieux la main que de pratiquer, de temps à autre, la lithotritie chez un homme qui a conscience de tous les mouvements de l'opérateur.

» En troisième lieu, il est très-désirable d'extraire la pierre en une séance, toutes les fois que la chose est prudente et praticable, car la vessie est ainsi débarrassée incontinent de fragments qui sont pour elle une source d'irritation. Aussi, telle a été depuis longtemps, invariablement, ma façon d'agir toutes les fois que j'ai cru possible d'atteindre le but sans léser la vessie par des manœuvres trop rudes ou trop prolongées. A l'aide de l'anesthésie et de l'aspirateur de M. Clover, j'ai pu souvent exonérer la vessie en une seule séance ; mais, le volume des calculs ainsi que la susceptibilité des malades au contact des instruments varient grandement. Tout le monde sait, en effet, que beaucoup de personnes supportent difficilement, quelquefois même non sans un ébranlement dangereux de tout leur système, le simple contact avec la vessie de volumineux instruments, à plus forte raison s'ils y sont employés à des manœuvres chirurgicales répétées et irritantes.

» Aussi, quand j'ai employé le lithotriteur et l'aspirateur pen-

---

desipere in loco d'Horace, ou le conseil attribué à Hippocrate de sortir parfois de son train de vie ordinaire. Mais il faut remarquer que ces mots *excès*, *débauche* n'avaient pas alors (l'auteur l'explique lui-même) le sens grave qu'on leur prête aujourd'hui ; ils signifiaient simplement : *se départir de ses habitudes*. En somme, Montaigne ne veut pas qu'on se soumette à une règle unique et immuable de vivre : « Nos forces s'y endorment ; six mois après, vous y avez si bien accoquiné vostre estomach que vous aurez perdu la liberté d'en user aultrement sans dommage. » (III, 13.) Il y a là certainement quelque chose à prendre, mais sous certaines réserves que l'auteur n'indique pas. Il est nécessaire pour cela de posséder, entre autres dons naturels, cette souplesse de complexion que l'auteur croit devoir « à la basse et commune façon de vivre à laquelle son père le dressa en l'envoyant élever pendant ses premières années dans un pauvre village du voisinage ». Il estime avec raison qu'il est plus facile de se relâcher de la frugalité que de s'y façonner. Il n'est pas cependant insensible aux plaisirs d'une bonne table, et « l'on ne voit pas que les grands philosophes en aient desdaigné l'usage et la science ». Cependant il se contente de peu de mets : « La presse des mets et des services me desplait aultant qu'aultre presse. » Les trop longs repas l'ennuient et lui nuisent, parce qu'il ne demeure pas aussi longtemps à table sans se départir de sa résolution d'y être sobre. Cependant il approuve la coutume des Grecs et des Romains de consacrer plusieurs heures aux repas, contrairement aux modernes, « qui mangent hastivement et font tout en poste ». Il veut qu'on y mêle les conversations agréables : « Il n'est saulce si appetissante que celle qui se tire de la société ; » et il dit, comme Epicure, « qu'il ne fault pas tant regarder à ce qu'on mange qu'avecques qui on mange ». On se rappelle ici le mot de notre aimable Sévigné : « Les morceaux les plus caquetés sont les mieux digérés. »

Notre sage pensait qu'il vaut mieux manger plus souvent et moins à la fois. Veut-il « conserver sa vigueur au service

dant quatre à six minutes, temps amplement suffisant pour évacuer un calcul d'acide urique de moyenne grosseur, règle générale, je m'arrête et remets la fin de l'opération à un ou deux jours, pour une seconde séance, pour une troisième même si la chose est nécessaire, et je dois dire que je n'ai eu que bien rarement, depuis plusieurs années, besoin d'un plus grand nombre de séances. Je trouve donc, en additionnant, que douze à dix-huit minutes, au plus, réparties dans une période de huit à dix jours, suffisent largement à broyer et à évacuer, au moyen de l'opération ordinaire, une pierre du poids de 8 à 9 grammes. Le plus souvent chaque séance dure moins de cinq minutes. Quand j'opérais sans le secours de l'anesthésie, ce qui m'arrivait fréquemment autrefois, je dépassais rarement deux minutes et faisais, naturellement, de plus nombreuses séances; depuis que l'éther est revenu en vogue je m'en suis toujours servi, j'ai pu prolonger la durée de la séance et la rendre d'autant plus productive.

» Tout récemment le professeur Bigelow, de Harvard (États-Unis), a proposé, comme règle invariable, l'évacuation en une seule séance de toute pierre, quel qu'en soit le volume ou quel que soit l'état du sujet. Je n'hésite pas à déclarer de suite que, si l'adoption d'une règle aussi absolue peut donner de nombreux succès, elle amènera trop souvent aussi de désastreux résultats.

» Pour mon compte, je n'ai jamais douté de la possibilité matérielle de l'extraction, en une seule séance, d'à peu près n'importe quelle pierre, et cela sans beaucoup de difficulté. Mais je ne puis oublier que les conditions dans lesquelles nous intervenons nous commandent de limiter la force et les moyens que nous mettons en usage. Dans le procédé de Bigelow on emploie de massifs lithoclastes, d'un diamètre certainement supérieur à celui qu'un urèthre ordinaire peut admettre sans y être contraint par la force. Quand je les vis pour la première fois, je ne pus m'empêcher de dire que c'étaient des revenants de l'histoire ancienne de la lithotritie, tant ils me rappelèrent les terribles instruments employés par Heurteloup de 1830 à 1840. Mais ce qui me frappe par-dessus tout et me semble le point le plus digne d'être médité, si j'en juge par le petit nombre de faits sur lesquels le nouveau procédé repose aujourd'hui, c'est l'énorme quantité de temps que ces volumineux instruments emploient à l'accomplissement de leur tâche. Ainsi je trouve dans le livre (1) de Bigelow que, pour un calcul pesant moins de 4 grammes (1), la séance d'extraction a duré une heure et que, pour un autre de moins de 6 grammes (2), elle a duré une heure et demie. Or, comme je l'ai déjà dit, le temps maximum que j'aie jamais passé, avec mes minces et légers instruments, à l'extraction de semblables calculs est de douze à dix-huit minutes, mais réparties en deux ou trois séances de cinq à six minutes chacune, dans l'espace de sept à dix jours.

» Ceci ne m'empêche pas de proclamer que la proposition d'exonérer la vessie, en une seule séance, d'une pierre large et dure me semble très-séduisante, et que, loin d'avoir des préventions contre elle, je suis prédisposé à accueillir favorablement toute méthode qui pourrait nous faire espérer de nous débarrasser, en une fois, de ces fragments durs et anguleux qui restent, et quelquefois en très-grand nombre, après une séance de broiement partiel. Je partage entièrement l'avis de Bigelow que leur présence constitue la source principale des accidents qui peuvent survenir après la lithotritie telle qu'on la pratique d'ordinaire. Seulement j'ai peur que le remède proposé aujourd'hui ne soit pire que le mal. Il y a longtemps que, moi aussi, j'ai commencé à modifier ma façon de procéder, en vue d'atteindre ce résultat, que je broie plus de pierre et évacue plus de fragments avec l'aspirateur que je ne le faisais autrefois. C'est ainsi que, depuis deux années au moins, je me sers toujours alternativement de deux lithotriteurs, mes légers quoique très-puissants instruments ordinaires à mors plats. Quand l'un est encombré de débris, je le passe à mon assistant qui le nettoie pendant que je me sers de l'autre, et ainsi de suite. Chaque instrument, dont chaque prise est de cette façon rendue plus efficace, est ainsi introduit au moins trois fois. Avec ces instruments, légers et *à main*, qui s'introduisent avec la plus grande facilité, et l'aspirateur, je suis certain de faire, en un temps donné, plus de travail et avec plus de sécurité qu'avec les énormes et peu maniables instruments dont il est question.

» L'aspirateur de Bigelow m'a servi à perfectionner celui de M. Clover, à le rendre plus efficace et plus puissant tout en évitant quelques défectuosités de celui de Bigelow. Le nouvel instrument réunit ce qu'il y a de meilleur dans chacun. Ainsi, j'ai beaucoup raccourci la distance entre la vessie et l'aspirateur en supprimant le tube arqué qui débouche au sommet de l'instrument américain et en ajustant directement le pavillon de la sonde évacuatrice sur l'aspirateur. De plus, il est très-facile à remplir d'eau, son action est extrêmement puissante, l'air ne peut pénétrer pendant la manœuvre et les fragments, entraînés par le courant, tombent immédiatement au fond où ils reposent tranquilles à la vue de l'opérateur. Le calibre qui convient le mieux pour les cathéters évacua-

1. *Litholapaxy*, par H.-J. Bigelow; Boston, 1878. Il est sans doute peu nécessaire d'importer chez nous un mot nouveau et peu euphonique pour désigner l'extraction de la pierre, en une seule séance, au moyen de lithotriteurs et de l'aspirateur combinés; méthode opératoire que nous nous sommes contentés jusqu'à ce jour de désigner par le terme ancien, lithotritie, dont la signification est bien connue de tous. L'aspirateur a été inventé il y a longtemps chez nous, où il est d'un usage fréquent sans qu'il ait été besoin de faire d'addition à notre nomenclature. Aussi le projet d'appliquer l'aspirateur plus largement qu'il ne l'a été jusqu'ici me semble-t-il difficilement justifier la création d'un nouveau terme générique qui impliquerait que ce mode d'évacuation de la pierre est un nouveau procédé. (Note de sir H. Thompson.)

(1) Two drachms.

(2) Three drachms.

de quelque action de corps ou d'esprit », il se met au régime, « car l'un et l'aultre s'apparessent par la repletion ». Il n'a garde d'oublier cette maxime de Sénèque : « *Magna pars libertatis est bene moratus venter.* » Quant à l'heure des repas, quoique « la conscience d'avoir bien rempli les aultres heures de la journée est un juste et savoureux condiment des repas », l'expérience lui a prouvé qu'il était préférable de dîner pendant le jour, la digestion se faisant mieux, dit-il, en veillant. Comme Alcibiade, qui chassait les musiciens des tables pour n'en être pas distrait, il veut qu'on y soit tout à ce que l'on fait, *age quod agis :* « Je hais qu'on ait l'esprit aux nues pendant qu'on a le corps à table. Je ne veulx pas que l'esprit s'y cloue ny qu'il s'y veautre, mais je veulx qu'il s'y applique. » Brillat-Savarin n'aurait pas dit mieux. Cependant Montaigne n'était pas toujours fidèle, c'est lui-même qui nous l'apprend, aux sages avis qu'il donne en cette matière : « C'est indecence, oultre ce qu'il nuict à la santé, voire au plaisir, de manger gouluement, comme ie fois : ie mords souvent ma langue, parfois mes doigts de hastifveté. Diogènes, rencontrant un enfant qui mangeoit ainsin, en donna un soufflet à son precepteur. Il y avoit des hommes à Rome qui enseignoient à mascher, comme à marcher, de bonne grace. J'en perds le loisir de parler, qui est un si doulx assaisonnement des tables... » (*Ibid.*)

Au total, sa conclusion est, nonobstant les tendances épicuriennes de sa philosophie, d'une sagesse irréprochable : « L'intempérance est peste de la volupté, et la tempérance n'est pas son fleau, c'est son assaisonnement. » Si c'est là de l'épicuréisme, c'est du meilleur; c'est, de plus, entendre au mieux l'hygiène.

Cette modération, sa qualité maîtresse, il la portait dans les plaisirs de l'amour, qui (nonobstant son goût très-vif pour le commerce des femmes) n'étaient pour lui qu'une source d'émotions physiques d'où le sentiment de l'idéal était à peu près banni. Ce n'est pas qu'il ne parle avec complaisance de ses exploits en ce genre, « *nec militavi sine gloria;* » mais

teurs est le n° 26 de la filière Charrière. Un calibre plus gros serait dangereux et n'est nullement nécessaire. On doit en avoir d'ouvertures et de courbures différentes afin de convenir aux différents cas.

» Il est un conseil qui n'est point contenu dans les instructions détaillées que donne Bigelow pour faire usage de l'aspirateur et qui pourtant est, suivant moi, aussi important que toutes les déductions qu'on peut tirer de l'action, sur des fragments, des courants aspirateurs produits dans un réservoir artificiel ou même dans la vessie d'un cadavre. Je veux dire que l'action d'un aspirateur quelconque, pour produire le *maximum* d'effet avec le *minimum* de risques, doit concorder avec les mouvements respiratoires de l'opéré, principalement quand ceux-ci sont amples, comme il arrive souvent sous l'influence de l'éther. Quand la respiration est douce et tranquille la règle a moins d'importance. Quelle que soit la position que vous donniez à votre instrument, il est très-important, pour obtenir le résultat cherché, de faire coïncider la sortie du liquide de la vessie avec les mouvements inspirateurs du sujet, car l'abaissement du diaphragme est aussi efficace pour expulser les fragments de la vessie que l'aspiration produite par la poire de caoutchouc elle-même. Et j'en citerai pour preuve un phénomène que chacun a remarqué : quand on sonde un homme couché sur le dos, un fort jet d'urine s'échappe par l'instrument à chaque inspiration profonde du patient. C'est pourquoi, quand j'emploie l'aspirateur, je conforme tous les mouvements de la main qui comprime ou relâche la poire de caoutchouc à ceux de la respiration; je remplis la vessie pendant l'expiration et je profite de l'effort d'inspiration pour laisser se dilater la poire évacuatrice. Je pense même qu'il est prudent de n'injecter le liquide dans la vessie, au moins chez un homme soumis aux vapeurs anesthésiques, que pendant l'expiration et que, d'un autre côté, l'aspirateur n'a une constante efficacité que pendant l'inspiration. Avec l'habitude, la main du chirurgien s'harmonise tellement avec les mouvements respiratoires qu'il lui serait impossible d'agir à contre-temps. Je puis peut-être ajouter que le mouvement brusque et court d'expiration qui constitue la toux est, au contraire, un puissant moyen d'expulsion et que, quand la toux se produit, ce qui arrive assez fréquemment sous l'influence de l'éther, on doit relâcher la main qui comprime l'aspirateur et favoriser le courant au dehors.

» Depuis que j'ai écrit ce qui précède, j'ai, le 21 janvier 1879, en suivant la méthode que j'ai indiquée plus haut, à l'aide d'une paire de lithotriteurs ordinaires à mors plats et de l'aspirateur, extrait en une séance, qui a duré huit minutes, une pierre d'acide urique dont les fragments séchés pèsent 4 grammes, un peu plus que celle dont parle Bigelow et dont l'évacuation, avec ses instruments, lui a demandé une heure. Le malade était âgé de soixante-neuf ans. M. Lathbury, de Finsbury, qui me l'a amené, était présent à l'opération ainsi que M. Clover qui administrait l'éther, et deux autres médecins. La vessie fut entièrement débarrassée sans que nous ayons vu à peine une trace de sang; aucune fièvre n'est survenue et l'opéré va parfaitement. Je regarde ce fait comme un admirable exemple de ce que peuvent donner la méthode et les instruments existants. Je dois dire, cependant, que l'opération a été prolongée au delà de ce que, autrefois, je considérais comme prudent ou possible de faire et de ce qui le serait, je le pense encore, dans des mains peu exercées. »

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Anurie chez un graveleux.

Les cas d'anurie rapportés dans les numéros de la *Gazette hebdomadaire* des 28 février et 14 mars m'ont remis en mémoire un fait de ce genre que j'ai observé en 1866, et qui se termina par l'expulsion d'un gravier et la guérison.

L'observation, que je recueillis avec soin, serait peut-être un peu longue, je me contente de vous en adresser le résumé.

M. X..., notaire, trente-sept ans, fils d'un père goutteux et graveleux, sujet depuis plusieurs années à des accès de coliques néphrétiques, a plusieurs fois rejeté des graviers.

Le 2 avril 1866, après une course à pied de 4 à 5 kilomètres, il fut pris, en rentrant chez lui, de coliques très-fortes, et de vomissements. Le lendemain, il n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures. Je le sondai sans pouvoir retirer une seule goutte d'urine de la vessie. Il était évident qu'il y avait quelque part dans l'uretère un obstacle au cours de l'urine. J'employai tous les moyens indiqués contre les coliques du rein. Rien ne réussit; les accidents allèrent en augmentant. Le 8 avril, il y avait dans la région des deux reins une tumeur énorme due à la rétention de l'urine dans les bassinets.

Le 10 au matin, le malade était au plus mal avec tous les symptômes de l'intoxication urinaire.

C'est alors que j'eus l'idée de lui donner de l'ergot de seigle, pensant que peut-être ce médicament pourrait amener des contractions dans les fibres musculaires de l'uretère et faire déplacer le gravier ou les graviers qui arrêtaient le cours de l'urine dont pas une seule goutte n'était arrivée dans la vessie depuis huit jours.

J'eus le bonheur de réussir au delà de mes espérances. Après avoir pris 2 grammes de poudre d'ergot de seigle dans l'espace d'une heure, le malade urina abondamment et rejeta un gravier de la grosseur d'un grain d'avoine et ayant absolument cette forme.

Du 10 avril au soir jusqu'au 11 au matin, il fut rendu 8 litres et demi d'urine claire et limpide. Un seul gravier fut rejeté dans cet intervalle.

---

il était trop soucieux de sa conservation pour s'abandonner aux excès en aucun genre, et il répétait volontiers ce dicton espagnol : « *Defienda me Dios de my.* » (Dieu me défende de moi !)

Bien que « le *dormir* tint une grande place dans sa vie », il éprouvait un besoin incessant de se mouvoir et, comme Rousseau, il marchait même en composant, pouvant se promener tout un jour sans fatigue : « La vie n'est que mouvement », dit-il, et il pense que « rien n'est plus à recommander à la jeunesse que l'activité ».

Si, dans ces conseils inspirés par la simple expérience, tout, il s'en faut, n'est pas à dédaigner, nous devons ajouter que cet *art de vivre*, dont Montaigne fit la grande affaire de sa vie, ne put le préserver d'une fin assez précoce, eu égard à sa forte constitution ; il mourut dans sa soixante-neuvième année, d'une esquinancie, après quelques jours de maladie.

Sans reproduire les détails minutieux dans lesquels il entre sur son genre de vie, ses habitudes, etc., je n'ai rien omis d'essentiel en cette matière. Tel est, en résumé, le bilan des connaissances que possédait sur la physiologie, l'hygiène, la pathologie, le grand penseur de l'autorité duquel on s'est si souvent armé contre nous, celui de nos détracteurs qui a le plus logiquement déraisonné sur notre art : *ab uno disce omnes*.

Dr C. Saucerotte,
Correspondant de l'Académie.

(*A suivre.*)

Un seul uretère était-il obstrué, et les fonctions de l'autre s'étaient-elles supprimées par sympathie? Il est difficile de résoudre cette question.

Ce fait me parut fort curieux, et je me livrai à de nombreuses recherches dans les collections de journaux que je possède, sans trouver aucune observation qui ressemblât à celle-là. Je parlai de mon malade à plusieurs confrères ayant déjà une longue pratique, aucun ne se rappelait avoir vu ni lu rien de semblable. Mais tous m'engagèrent à faire connaître ce cas qui leur parut des plus intéressants.

Le malade, sujet de cette observation, se rétablit promptement et vécut en aussi bonne santé que sa constitution le lui permettait, pendant une dizaine d'années.

Il a succombé il y a deux ans à une néphrite chronique qui avait débuté huit ou dix mois auparavant.

Dr Carrère,
Médecin à Marciac (Gers).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

La peste. — M. *Larrey* communique à l'Académie l'extrait d'une lettre qu'il a reçue de M. Tholozan. Cette lettre est datée de Téhéran, 19 janvier. M. Tholozan y exprime l'espoir que, comme l'épidémie de Recht, la peste d'Astrakhan ne s'étendra pas.

— A propos de cette communication, M. *de Lesseps* proteste contre les précautions prises à Marseille, à l'égard des provenances maritimes des pays d'où émanent des patentes nettes, c'est-à-dire constatant la parfaite salubrité des ports de provenance.

« Que l'on exagère, dit-il, les mesures de défiance contre les pays qui délivrent des patentes brutes, passe encore; mais est-il raisonnable que, dans ce moment, pour les provenances de Constantinople, d'Alexandrie, d'Athènes, de Tripoli, de Tunis et d'Algérie, toutes les correspondances passent par le ciseau et le parfum, en retardant par conséquent leur transmission et en causant quelquefois un réel dommage? »

Sur le dosage de la glycose dans le sang, par M. *P. Cazeneuve.* — L'auteur prétend démontrer que la méthode de Cl. Bernard, adoptée généralement pour le dosage de la glycose dans le sang, est loin d'être exacte. Il rappelle en quoi consiste cette méthode, puis il ajoute :

Cette méthode peut donner lieu à deux observations : 1° l'expression du coagulum ne suffit pas pour l'épuiser; 2° si l'on tient la burette près d'une source de chaleur, on dilatera plus ou moins le liquide suivant la température : de là une cause d'erreur.

Ce n'est pas tout. Le calcul des expériences donne lieu à plusieurs difficultés, dont voici la première.

La quantité de liquide ayant réduit la liqueur de Fehling est rapportée à 50 centimètres cubes, représentant 25 grammes de sang, c'est-à-dire que Bernard admet provisoirement que 25 grammes de sang, plus 25 grammes de sulfate de soude, représentent 50 centimètres cubes. Faisant dans toutes ses recherches la même hypothèse, si la densité du sang ne varie pas, si le sulfate de soude contient toujours la même quantité d'eau, les résultats seront, en effet, comparables. En est-il ainsi? La densité du sang varie peu : c'est vrai; mais quoi de plus variable que la quantité d'eau de cristallisation renfermée dans le sulfate de soude, sel qui s'effleurit si facilement à l'air? Les résultats ne sont donc plus comparables si Bernard rapporte ainsi ses observations à une base variable.

Le second calcul de Cl. Bernard sur le chiffre absolu peut soulever une autre objection. Cl. Bernard ne rapporte plus les centimètres cubes de liquide ayant opéré la réduction au chiffre conventionnel de 50 centimètres cubes, mais à 38 centimètres cubes, qui est le volume réel occupé par 25 grammes de sang et 25 grammes de sulfate de soude. Ce calcul me paraît inexact. Jamais 1 centimètre cube, par exemple, du liquide de coagulation ne représente le 1/38 du liquide réellement contenu dans le mélange de 25 grammes de sang et de 25 grammes de sulfate de soude. Le chiffre absolu que donne Cl. Bernard a donc une valeur très-relative, surtout encore à cause de la proportion d'eau variable contenue dans le sulfate.

Avec toutes ces incertitudes on peut se demander s'il est permis d'accepter comme exacts les décigrammes pour 1000 donnés par Cl. Bernard. La moyenne de la glycose dans le sang de l'homme serait de 0gr,90 pour 1000, celle du bœuf est de 1gr,27. Que sera ce si les différences portent sur les centigrammes? La moyenne dans le sang de cheval serait de 0gr,91 pour 1000, très-voisine de celle de l'homme et de celle du veau, qui est de 0gr,99 pour 1000.

Une autre difficulté surgit. Il est malaisé, pour ne pas dire impossible, de saisir exactement la fin de la réduction de la liqueur de Fehling, surtout dans les sangs pathologiques (ictère, urémie). On obtient des teintes verdâtres qui laissent dans l'incertitude.

L'auteur conclut de ses expériences : 1° que les chiffres donnés par Cl. Bernard sont très-relatifs; 2° que ce caractère relatif explique les divergences de ses résultats avec ceux d'autres expérimentateurs dont les méthodes également n'échappent pas à toute critique; 3° que l'étude de la glycémie devra être reprise lorsqu'on aura un procédé plus précis que le procédé par la liqueur cupro-potassique.

Évolution comparée des glandes génitales mâle et femelle chez les embryons de mammifères, par M. *Ch. Rouget.* — Dès que le rudiment commun des glandes génitales s'est caractérisé par l'allongement des cellules péritonéales qui recouvrent la bandelette génitale et par l'épaississement de cette couche épithéliale (le douzième jour chez les embryons de lapin), on découvre entre les cellules cylindriques de l'épithélium de gros noyaux vésiculeux, à nucléole brillant, entourés d'une mince couche de protoplasma, les *ovules primordiaux*, en rapport intime avec l'extrémité conique, enchâssée aussi dans la couche épithéliale, de cordons cellulaires pleins et sans enveloppe. Ceux-ci constituent la masse principale du bourrelet génital, convergent vers la paroi capsulaire des glomérules du corps de Wolff : ce sont les *cordons segmentaires* (Max Braun).

L'auteur étudie le développement successif de ces ovules. Il a pu constater chez les embryons de lapin un mode de développement identique chez les embryons mâles et femelles de ruminants, de porc, de chien, sur des embryons humains de trois mois, de quatre mois, de cinq mois et demi et de sept mois et demi, des enfants nouveau-nés de trois mois, de dix mois, de deux ans, chez de jeunes lapins, de jeunes chats, de jeunes chiens, et retrouver partout les chaînons qui relient aux *ovules primordiaux* de la période d'indifférence sexuelle non-seulement les ovules de la glande femelle, mais aussi les ovules de la glande mâle des adultes.

Ainsi la présence d'ovules, comme éléments essentiels du testicule, constatée d'abord par Balbiani chez les *plagiostomes*, et récemment, par le même observateur, chez des embryons de mouton de 9 centimètres, apparaît comme une condition constante de l'organisation de la glande mâle chez les mammifères, chez l'homme, et, selon toute probabilité, chez tous les vertébrés.

Sur la non-excitabilité de l'écorce grise du cerveau, par M. *Couty.* — En poursuivant des recherches sur l'excitabilité de la substance grise des circonvolutions cérébrales, l'auteur a été amené à essayer de paralyser isolément cette substance, afin d'examiner si l'électrisation de la surface du cerveau, pratiquée dans ces conditions, produirait encore les mêmes effets que dans les cas où l'écorce cérébrale possède toute son activité. Dans ce but, il fit la ligature des principales artères de l'encéphale et il constata ce qui suit :

Le gyrus sygmoïde, chez les chiens qui ont subi les ligatures artérielles préalables sus-indiquées, devient plus sensible à l'électricité, et il suffit de courants faibles pour déterminer des contractions des membres du côté opposé. De plus, une lésion corticale qui n'aurait aucune influence sur un animal à l'état normal détermine constamment, après la quadruple

ligature, des troubles de mouvement marqués : il a suffi, dans la plupart de ces expériences, de découvrir le cerveau d'un côté, au niveau du gyrus, pour observer ensuite des contractures ou des paralysies dans les membres du côté opposé à celui sur lequel avait porté la trépanation.

Il constate ensuite que, sur plusieurs animaux qui, ayant un côté du cerveau simplement découvert depuis une ou deux heures, présentaient dans les membres opposés des accès de contracture monoplégique ou hémiplégique, il a pu enlever non-seulement la substance grise du gyrus, mais même la moitié antérieure du côté du cerveau découvert, et qu'il a vu dès lors les accès de contracture persister six, douze, quatorze minutes après cette ablation.

D'autre part, sur ces animaux dont un côté du cerveau était découvert et dont les artères encéphaliques étaient liées depuis quelques heures, il a déterminé par des excitations diverses, électriques ou autres, des attaques épileptiformes généralisées. Or, dans plusieurs cas, la contracture a occupé uniquement le tronc et les membres du même côté que l'hémisphère cérébral excité, et il a pu ainsi réaliser expérimentalement pendant six à dix minutes ce fait, signalé en clinique, d'une contracture hémiplégique se produisant du côté de la lésion corticale.

De ces faits l'auteur déduit les conclusions suivantes :

« La substance grise de l'écorce cérébrale ne joue aucun rôle dans les phénomènes produits par l'excitation de la surface du cerveau, puisque ces phénomènes restent les mêmes, que cette substance grise soit intacte ou qu'elle soit paralysée par un anesthésique, que sa circulation soit nulle ou qu'elle soit normale.

» L'influence de l'irritation ou des lésions de certains points de l'écorce grise cérébrale est transmise par les fibres blanches à des éléments situés plus bas, dans le bulbe et la moelle, éléments qui sont seuls en rapport direct avec les appareils musculaires, et c'est par l'intermédiaire de modifications passagères ou durables de ces éléments bulbo-médullaires que les lésions corticales peuvent quelquefois déterminer des troubles des mouvements des membres (1). »

(*A suivre.*)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. *Leblanc* dans la section de médecine vétérinaire, en remplacement de M. *Huzard*, décédé.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport de M. le médecin-inspecteur des eaux minérales de Bagnols (Orne). (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. Châtelain, notaire à Paris, qui informe l'Académie que le docteur *Stanski* lui lègue, par testament, une rente annuelle de 1000 francs pour la fondation d'un prix à décerner, tous les deux ans, à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique par infection, ou de la contagion à distance, en l'étudiant dans les épidémies en général, ou au moins dans une maladie épidémique en particulier. Si l'Académie ne trouvait pas un travail, sous ce rapport, digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. Ce prix s'appellera : *Prix Stanski*. — 2° Une note de M. *Chevallier* accompagnant l'envoi de plusieurs exemplaires d'un travail qui a pour but de faire connaître les graves maladies, et même les décès qui peuvent être déterminés par l'usage du pain préparé avec des farines contenant du plomb provenant du métal qui a servi au rhabillage des meules.

M. *Bergeron* présente, au nom des auteurs, MM. *Dujardin-Beaumetz* et *Audigé*, un volume intitulé : *Recherches expérimentales sur la puissance toxique des alcools*.

M. *Jules Guérin* présente, au nom de M. *Louis Figuier*, le 22e volume de l'*Année scientifique et industrielle*.

M. *Vulpian* présente, au nom de M. le professeur *Bitot* (de Bordeaux), une note sur les expansions pédonculaires, avec de très-belles photographies représentant ces expansions. Contrairement à ce que l'on enseigne généralement dans les livres, M. Bitot distingue ces expansions en trois groupes aboutissant à des parties différentes des circonvolutions cérébrales : 1° un groupe destiné aux circonvolutions du lobe orbitaire ; 2° un groupe destiné aux circonvolutions du lobe paracentral ; 3° un groupe destiné aux circonvolutions du lobe occipital.

M. *Bouley* présente, au nom de M. *Henri de Parville*, le 17e volume de ses *Causeries scientifiques*.

M. *Briquet* dépose sur le bureau une note de M. *Boëns*, sur la bière.

M. *Noël Gueneau de Mussy* offre en hommage une brochure ayant pour titre : *Contribution à l'étude de l'amblyopie aphasique*.

Septicémie puerpérale. — M. *Depaul* dit qu'il répondra brièvement à M. Guérin, parce que les faits dont il s'agit ont été près de quatre fois exposés devant l'Académie ; mais, comme il se trouve en présence d'un adversaire tenace, il réfutera encore une fois ses arguments.

L'Académie se rappelle qu'en 1858 une longue discussion eut lieu sur la fièvre puerpérale. Beaucoup d'obstétriciens y prirent part, et, quoique jeune encore, il se décida à entrer lui-même dans le débat. M. Guérin fit alors savoir qu'il avait déposé à l'Académie des sciences, en 1846, un volumineux pli cacheté contenant l'exposé d'une théorie nouvelle sur l'étiologie de la fièvre puerpérale. Cette grande conception de M. Guérin sur la fièvre puerpérale n'est autre chose que ce qu'il a communiqué dans l'avant-dernière séance de l'Académie. Elle consistait à dire que les médecins spécialistes n'avaient pas su voir ce qu'il avait lui-même découvert. « La matrice d'une femme récemment accouchée, disait M. Guérin, se contracte, se *plisse sur elle-même*, de telle sorte qu'au bout de trois ou quatre jours, lorsque cette rétraction n'a pas eu lieu, la fièvre puerpérale survient nécessairement. » Telles étaient les conclusions de M. Guérin. On lui fit observer que ceci était contraire à l observation journalière, et tous nos collègues d'alors protestèrent énergiquement, ainsi que M. Depaul.

La raison de l'erreur de M. Guérin s'explique parce qu'il n'est pas obstétricien, ce dont il convient lui-même. Depuis quarante ans, M. Depaul a examiné avec M. Dubois le globe utérin, pour savoir ce qu'il devenait après l'accouchement, et il a noté avec soin la hauteur qu'il avait dans le bassin. Dans la conception étiologique qu'il a publiée, M. Jules Guérin prouve qu'il ne connaît pas la question au point de vue clinique. Ainsi, par exemple, M. Guérin dit que, lorsque l'utérus n'est pas rentré dans l'excavation pelvienne au bout de quatre jours, ses parois restent béantes, et la malade prend nécessairement la fièvre puerpérale ; M. Depaul affirme que, 99 fois sur 100, l'utérus des femmes récemment accouchées ne se trouve pas dans les conditions indiquées par M. Guérin, c'est-à-dire qu'il n'est pas rentré dans la cavité pelvienne au bout de trois jours ; et cependant ces femmes n'ont pas la fièvre puerpérale ; il ajoute que depuis dix-huit mois il n'a pas eu de fièvre puerpérale dans son service. Lorsque M. Richet était à côté de lui à la Clinique, il accusait M. Depaul de l'infecter, mais l'accusation était retournée à son auteur, probablement avec raison, puisque, depuis que le service chirurgical est supprimé, il n'y a plus de fièvre puerpérale dans le service obstétrical. C'est au point que le garçon d'amphithéâtre de la Clinique se plaint de n'avoir rien à faire.

M. Jules Guérin avait dit, dans son pli cacheté, qu'on pouvait sans inconvénient ponctionner la cavité péritonéale, y injecter du liquide et le retirer. Plus tard, en 1858, il proposa le lavage et les injections de l'utérus ; plus tard enfin, il proposa de pomper, à travers les trompes et le vagin, le liquide de la cavité péritonéale. Il publia, à l'appui de cette pratique, une observation qui a été contestée par le confrère qui avait soigné la malade. D'après sa théorie, le liquide morbide pénétrait dans le péritoine par les trompes, et on l'en retirait de même. Il disait même qu'il avait pu, dans une expérience, faire pénétrer quelques gouttes de liquide dans les trompes par des injections ; mais il ne faut pas comparer les manœuvres violentes pratiquées avec les appareils de M. Jules Guérin sur l'utérus d'une femme morte avec les

(1) Les communications d'ordre médical faites à cette séance ayant été très-nombreuses, nous nous voyons forcés, faute de place, d'en renvoyer la suite au prochain numéro.

opérations qu'on peut pratiquer sur le vivant. M. Alphonse Guérin a depuis démontré qu'il était absolument impossible de retirer du liquide du péritoine en aspirant par l'utérus.

M. Jules Guérin a du reste des théories spéciales sur la physique. On se souvient qu'il a voulu parler du *vide relatif* qui existait dans la cavité péritonéale; il a dit également qu'il existait des gaz dans le péritoine, ce qui est invraisemblable.

M. Depaul pense donc que la pompe, que M. Jules Guérin a fait construire avec tant de soin et tant de frais pour extraire le liquide péritonéal et laver le péritoine, est absolument inutile.

M. Jules Guérin a dit, en outre, que le seigle ergoté empêchait la péritonite et la fièvre puerpérale. Quelle est l'action de ce médicament? Il augmente la rétractilité de l'utérus et détermine des tranchées utérines qui peuvent avoir des inconvénients. Cet agent provoque également la contraction de l'orifice externe, ce qui est contraire à la théorie, puisqu'il favoriserait plutôt l'entrée des liquides dans le péritoine. M. Depaul a du reste employé sans aucun résultat le seigle ergoté dans les épidémies de fièvre puerpérale.

L'auteur termine en disant que la théorie de M. J. Guérin ne supporte pas l'examen au point de vue étiologique comme au point de vue pratique.

M. *J. Guérin* ne voulant pas répondre à toutes les argumentations de M. Depaul, qui a, déclare-t-il, altéré le texte de ses précédentes communications, se contente de reproduire l'exposé de sa théorie telle qu'elle a été présentée à l'Académie des sciences en 1846 et à l'Académie de médecine en 1858. Nous avons déjà fait connaître cette théorie aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* (voy. n° 12, p. 189).

Développement et fonctions du cœur. — M. le docteur *Laborde* donne lecture de la deuxième partie d'un travail fait en collaboration avec M. Mathias, sur le développement du cœur chez l'embryon. Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Le tube cardiaque paraît, d'après l'observation physiologique, être creusé de très-bonne heure, sinon tout à fait dès le début de sa formation, d'une cavité dans laquelle existe et se meut un liquide incolore, qui sera plus tard le sang.

2° Ce liquide, mis en mouvement par les premières pulsations rhythmiques du cylindre cardiaque, chemine et circule, selon une direction constante déterminée par le sens des contractions elles-mêmes, de l'extrémité veineuse du tube vers son extrémité artérielle.

3° A cette période, il ne paraît pas exister encore, au niveau des orifices intra-cardiaques, de disposition spéciale de nature à réaliser leur occlusion; cet office est probablement dévolu aux parois contractiles du sinus formé par le confluent des veines omphalo-mésentériques.

D'ailleurs, l'espèce de péristaltisme qui préside, à cette époque, aux contractions successives des diverses portions du tube cardiaque, suffit à rendre compte, sans nécessité de tout autre mécanisme spécial, de la progression de ce liquide dans une direction déterminée et constante.

4° L'adaptation du mécanisme fonctionnel des orifices intra-cardiaques aux progrès de la formation et du perfectionnement de l'organe embryonnaire se réalise au moyen d'une *fente mobile*, c'est-à-dire contractile, en bi-entonnoir, pour l'orifice auriculo-ventriculaire, comme pour l'orifice ventriculo-artériel; l'occlusion des orifices respectifs s'opère par la contraction de la portion rétrécie de cette fente, pour empêcher, au moment opportun, le reflux du liquide en circulation.

Du côté de l'orifice bulbo-aortique, les bourgeons d'origine des valvules sygmoïdes, et, du côté de l'orifice auriculo-ventriculaire, les plis ou plicatures qui paraissent constituer les linéaments de la valvule auriculo-ventriculaire concourent pour leur part, à cette phase de transition, à assurer et parfaire le mécanisme fonctionnel d'occlusion des orifices.

5° Le fonctionnement exceptionnellement précoce du cœur embryonnaire révèle, au milieu du silence fonctionnel des autres organes ou appareils organiques en formation, un rôle dont la réalité et l'importance semblent avoir été jusqu'à présent méconnus; c'est surtout dans le mécanisme de formation parfaite, c'est-à-dire d'adaptation fonctionnelle des vaisseaux sanguins et de l'appareil entier de la circulation, que paraissent nécessaires l'intervention et le concours actifs du cœur en mouvement, quelle que soit d'ailleurs la théorie que l'on adopte pour cette formation. (Ce travail est renvoyé à la section d'anatomie et de physiologie, constituée en commission d'élection.)

Pleurésie arthritique. — M. le docteur *Collin* donne lecture d'une note sur un bruit particulier de froissement *pleurétique* comme signe diagnostique des affections pulmonaires de nature arthritique. C'est en général chez les rhumatisants qui ont ressenti des douleurs aux épaules ou aux bras que l'arthritisme se manifeste sur les voies respiratoires.

Le premier retentissement a lieu sur la plèvre et le plus souvent sans douleur ni fièvre apparente; il se forme alors une sorte de pleurésie sèche, et plus tard, par continuité d'organes, a lieu la congestion pulmonaire elle-même.

Le signe caractéristique est un bruit qui simule le râle crépitant du premier degré de la pneumonie et qui n'est entendu qu'à l'inspiration. Son siége a lieu à la partie moyenne d'une ligne qui, partant du creux axillaire, se dirigerait perpendiculairement à la base du thorax.

Ce bruit, que l'auteur a désigné sous le nom de *froissement arthritique*, est, comme le rhumatisme lui-même, essentiellement migrateur; il peut être entendu à la fois des deux côtés de la poitrine; mais son siége de prédilection est à droite.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Discussion sur les pansements.

La correspondance comprend : 1° Une note de M. *Millet* (de Nanteuil) : *Sur une forme nouvelle d'affection charbonneuse particulière à la main* (MM. Verneuil, Le Dentu et Nicaise); 2° Un mémoire de M. *Eugène Bœckel* (de Strasbourg) : *Du goître rétro-pharyngien et de son extirpation;* 3° Plusieurs brochures de M. *Nicati* (de Marseille), relatives à des travaux d'histologie, et à la chirurgie des paupières; 4° La thèse de M. *Gaulet* : *Des abcès douloureux des os;* 5° Une observation de M. *Vibert* (du Puy) : *Tumeur de la paroi postérieure du pharynx.*

— M. *Le Fort* continue la discussion sur les pansements. Il craignait d'être obligé de répéter ce qu'il avait dit à l'Académie; mais le sujet est vaste, et M. Le Fort peut donner son appréciation sur certains pansements. Le pansement n'est qu'un moyen de remplir des indications chirurgicales qui varient; par conséquent, le pansement doit varier, et un même pansement ne peut s'appliquer partout.

Il y a une théorie pour laquelle les indications se réduisent presque à une seule : mettre la plaie à l'abri des germes atmosphériques; Lister en a tiré le traitement antiseptique. Il y a une autre théorie antérieure à celle-là, théorie autrefois très en faveur en Allemagne : la plaie sécrète un poison septique, la sepsine, qui, résorbée, empoisonne l'économie. La vérité n'est pas complétement ni d'un côté ni de l'autre.

Il est évident qu'il peut se former dans l'économie un virus, le virus septique, se modifiant selon les diathèses et selon les conditions. M. Le Fort n'admet point que la septicité existe sur toutes les plaies; quand les plaies marchent bien, le virus sepsine ne doit point exister; si la plaie est irritée, le virus peut se produire.

La septicémie comprend bien des formes diverses qu'on doit distinguer, comme l'a fait M. Le Dentu. L'action de l'air est acceptable dans la septicémie chronique qui se caractérise par la fièvre hectique, et le pansement de Lister ne met pas les malades à l'abri de cette action dans tous les cas. La septicémie aiguë s'explique bien sans l'action de l'air. A propos de l'infection purulente, M. Le Fort résume la doctrine de M. Pasteur. L'air seul est incapable de nuire si on le débarrasse de ses germes par filtration à travers la ouate, ou par un agent chimique. Si les germes existent partout, M. Le Fort se demande pourquoi on observe une si grande différence dans les résultats, selon que l'on opère en ville ou à la campagne.

Dans le charbon, il y a un proto-organisme, la bactérie: on a dit aussi que les affections septiques sont caractérisées par des proto-organismes. Or, ces micromes existent dans presque tous les pansements, et les malades guérissent avec leurs vibrions. On n'a pas encore démontré l'existence des proto-organismes dans les maladies septiques. M. Pasteur n'a rien trouvé dans le pus d'un individu mort d'infection purulente, et rien non plus dans le sang d'un opéré qui avait succombé à la septicémie aiguë.

Inversement, une plaie qui n'est pas protégée devrait être le plus souvent mortelle. En 1867, Roze a repris à Zurich le service de Billroth, et a employé le pansement ouvert. Billroth avait 82 pour 100 de mortalité pour l'amputation de la cuisse avec le pansement ordinaire, et 55 pour 100 pour l'amputation de la jambe. Roze, avec le pansement ouvert, a 28 pour 100 pour l'amputation de la cuisse et 10 pour 100 pour la jambe. Le 3 novembre 1876, il y eut à Moscou une réunion de chirurgiens pour l'étude des pansements; ils ont essayé comparativement le pansement de Lister et le pansement sans pansement, et ce dernier a eu le dessus. Dernièrement, M. Le Fort a reçu dans son service un malade qui avait eu les deux jambes broyées par une locomotive; on coupa la cuisse droite et la jambe gauche. Les plaies furent laissées à découvert; le malade est guéri. M. Le Fort ne croit pas à l'application de la théorie de M. Pasteur à la chirurgie; il est vrai que d'une théorie fausse peuvent surgir d'heureuses applications. A quoi donc sont dus les succès obtenus avec le pansement de M. Lister?

Nous ne sommes plus dans les mêmes conditions qu'il y a vingt ans, alors que M. Le Fort apportait à la Société de chirurgie une statistique internationale montrant que les chirurgiens français perdaient plus d'opérés que les chirurgiens étrangers. En Angleterre, on nourrissait bien les opérés; en France, on les mettait à la diète; cela n'a plus lieu aujourd'hui. Jusqu'à ce jour, M. Le Fort n'a pas découvert la statistique complète de M. Lister: il prendra celle de 1870 à 1873, pour l'opposer à celle de Sayme de 1867 à 1869. Pour les amputations de cuisse, il a 27 pour 100 de mortalité; 33 pour 100 pour la jambe. Bardeleben, à Berlin, en 1874, avait 62 pour 100 de mortalité pour la cuisse. Il y avait en Allemagne un chaud partisan de la méthode de Lister, Wolkmann (de Halle); il a publié deux statistiques: dans l'une, on trouve 66 pour 100 de mortalité pour l'amputation de la cuisse: dans la deuxième, 21 pour 100; soit, ensemble, 30 pour 100. Halle n'est pas une grande ville; il est bien extraordinaire qu'on y ait l'occasion d'opérer 71 cuisses en peu d'années. Wolkmann a réuni dans sa statistique les opérés de l'hôpital et ceux de la ville.

M. Le Fort a publié sa statistique complète depuis 1868; 15 amputations de cuisse, 12 guérisons, 3 morts: 20 pour 100 de mortalité. Pour la jambe, 11 guérisons, 4 morts; 26 pour 100 de mortalité.

Cependant M. Le Fort voulait être fixé sur la valeur du pansement de Lister. Il a appliqué ce pansement avec bonne foi, quoique sans conviction. L'acide phénique a causé de l'irritation à la surface des plaies; il est surtout mauvais pour les plaies en pleine suppuration. Il n'est point toujours possible de bien faire la pulvérisation. Et puisqu'on lave les plaies et les instruments avec l'eau phéniquée, cela suffit pour tuer les germes. Une goutte d'acide phénique empêche la fermentation dans un bocal; les solutions caustiques sont donc inutiles. M. Le Fort a obtenu de belles réunions par première intention, et à ce point de vue, le pansement de Lister est excellent. Ce résultat favorable tient à une modification profonde imprimée à la plaie par les solutions phéniquées; avant Lister on avait fait usage de solutions trop fortes ou trop faibles. M. Le Fort a expérimenté le sulfate neutre d'alumine dissous dans l'alcool. Le sulfate de zinc a paru imiter mieux l'action de l'acide phénique, et, avec une solution alcoolique de ce sel, M. Le Fort a obtenu les mêmes résultats qu'avec le Lister. On peut donc supprimer tous les accessoires de ce dernier pansement; la chose importante est de laver la plaie avec une solution fortement astringente, avec la solution phéniquée, ou avec le sulfate de zinc dissous dans l'alcool.

Il est utile d'examiner l'influence des pansements sur l'apparition de l'infection purulente chez un malade donné. Le frisson initial, la sécheresse de la plaie annoncent cette infection. On voit surtout l'infection purulente primitive chez des opérés dont les os ont été atteints; cette complication est encore sous l'influence de l'état général de l'individu et dépend aussi du procédé opératoire. Il est très important de ne pas laisser l'os en rapport avec la suppuration. M. Azam a appliqué la réunion intermédiaire; c'est M. Le Fort, le premier, qui a démontré la réunion immédiate de l'os avec les parties molles. Il fait aujourd'hui la réunion par première intention avec suture superficielle, et il emploie le pansement au sulfate de zinc pour montrer que ce n'est pas spécialement l'acide phénique qui agit. Il est bien entendu que le drain n'est pas oublié.

Sous l'influence de l'état général, d'une diathèse, du régime alimentaire, il se crée dans la plaie un virus qu'on n'a jamais vu, qui se révèle par ses effets, et ce principe virulent peut être porté d'un malade à l'autre par les voies respiratoires, les pinces à pansement, etc. M. Lister a montré quelles précautions il fallait prendre pour éviter cette contagion. Le bienfait du pansement revient toujours à ce qu'on évite la contagion. On peut employer l'alcool en certaines circonstances; il répond à beaucoup des indications du pansement antiseptique, quoique avec beaucoup moins d'énergie. Si l'alcool est tombé en discrédit, c'est qu'on a voulu l'appliquer à toutes les plaies.

M. *Trélat* défend depuis longtemps cette idée qu'on peut réunir l'os avec les parties molles pour obtenir la réunion par première intention. Azam passe un drain devant l'os, ce qui est mauvais; M. Trélat a conseillé avant M. Le Fort la réunion de l'os aux parties molles pour avoir une réunion immédiate.

M. *Le Fort* espère que M. Trélat apportera la preuve de ce qu'il vient d'affirmer.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

De l'art de formuler, par M. Yvon. — Des lavements nutritifs: MM. Blondeau, Féréol, E. Labbée. — Du traitement des anévrysmes par l'acupuncture et l'électro-puncture: MM. Constantin Paul et Dujardin-Beaumetz.

M. *Constantin Paul* présente au nom de M. Yvon, membre de la Société, un volume intitulé: *L'Art de formuler.* M. Constantin Paul insiste sur les qualités de cet ouvrage en en citant les passages les plus originaux.

— M. *Blondeau*, à propos de la discussion soulevée à la dernière séance sur les lavements nutritifs, rappelle que Régnier

de Graaf, dans son traité *De clysteribus* (1668), s'est demandé si l'on ne pouvait empêcher les malades de mourir d'inanition en introduisant, à l'aide de lavements, des aliments dans les intestins. « Ceux, dit-il, qui considèrent la chose comme possible, disent qu'il n'est pas nécessaire, pour la production du chyle, que les aliments soient digérés par l'estomac, et que les intestins ont, eux aussi, la faculté de faire du chyle. Ils proposent donc d'administrer au malade des clystères de vin, de crème d'orge, de lait, de bouillon, de jaune d'œuf, etc. Les clystères doivent être donnés en plus grande abondance et lancés avec plus de force que de coutume, afin que, dépassant le gros intestin, ils soient utilement absorbés par l'intestin grêle. On peut répondre à ceux qui sont de cet avis que, si leur opinion est acceptable en ce qui concerne les aliments liquides et d'une fermentation facile, elle cesse de l'être lorsqu'il s'agit d'aliments plus épais et d'une digestion laborieuse. Et même, en admettant qu'ils disent également vrai à l'égard de ces derniers, on n'en saurait conclure que leur théorie est fondée. En effet, avec quelque force que les aliments soient injectés, ils ne peuvent aller naturellement au delà du gros intestin, à cause de la valvule découverte par Baulieu à l'extrémité de l'intestin grêle.

» Quelle que soit la transformation que doivent subir les aliments injectés, il est évident que cette transformation s'opère par le gros intestin au milieu des matières alvines. L'on peut alors se demander justement comment ces aliments, transformés dans ce milieu fétide, peuvent passer dans les autres parties du corps. Il n'y a, en effet, que peu ou point de veines lactées appartenant au gros intestin. Les aliments, pour arriver au cœur et aux autres parties du corps, devraient, en conséquence, à défaut d'autres voies, emprunter les veines mésaraïques. »

A l'appui de ces observations, M. Blondeau rappelle ce que professait Claude Bernard, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de nutrition directe. Aucun élément alimentaire ne peut servir immédiatement à la nutrition. Pour atteindre ce but, il est nécessaire que l'aliment soit modifié préalablement en traversant un organe situé entre l'appareil digestif qui l'a élaboré et le système sanguin qui doit le transporter dans les différents organes qu'il nourrit.

M. *E. Labbée* citait, dans la dernière séance, un malade qui, arrivé au dernier degré de la cachexie, a eu la vie prolongée pendant quarante-cinq jours à l'aide de lavements nutritifs. A l'Académie de médecine de New-York, en 1878, M. le docteur Flint a fait une communication sur ces lavements, dont il se montre tout à fait partisan. Il cite des faits de malades ayant vécu des années et ayant augmenté de poids à l'aide de lavements de sang défibriné, de lait et de mélange de suc pancréatique pratiqué selon la méthode de Leube. En présence des affirmations des uns et des négations des autres sur la valeur des lavements nutritifs, il serait nécessaire qu'une discussion précise s'engageât sur cette question.

M. *Féréol.* La communication de M. Labbée démontre que ces lavements nutritifs, pratiqués avec des précautions particulières, qu'on néglige trop souvent d'employer, produisent de bons résultats; il est un fait, c'est que ces lavements insuffisants pour un homme bien portant sont d'un grand secours lorsque l'alimentation est impossible à pratiquer par les voies digestives ordinaires.

M. *Blondeau* a obtenu de bons résultats avec les lavements de vin ; quant aux lavements de lait, il les prescrit plus difficilement, parce qu'ils sont très-souvent laxatifs.

M. *Créquy* fait donner depuis plusieurs jours à une malade des lavements de lait, et ces lavements n'ont pas produit l'effet signalé par M. Blondeau.

M. *Edouard Labbée* fait remarquer que les résultats de ces lavements sont d'autant plus heureux qu'on les donne dans des maladies curables, comme les ulcères de l'estomac, par exemple.

M. *Ferrand* rappelle avoir donné à la Société un compte rendu d'un mémoire dû à un médecin américain, dans lequel, sur six malades soumis aux lavements nourrissants, cinq fois on avait constaté une amélioration de l'état général, de la récupération des forces et une convalescence assez rapide. Les résultats avaient même été assez satisfaisants pour que l'auteur ait proposé de remplacer les transfusions sanguines par des lavements de bouillon, de lait et de vin.

M. Ferrand propose de nommer une commission chargée d'étudier spécialement cette intéressante question. La commission nommée se compose de MM. Ferrand, Blondeau, Beaumetz et Ernest Labbée.

— M. *Constantin Paul*, à propos du mémoire de M. Bucquoy sur un anévrysme de l'aorte ascendante traité avec succès par la méthode électrolytique, rappelle une communication faite sur ce sujet par M. Dujardin-Beaumetz. Tout d'abord les résultats sont satisfaisants, mais cependant les malades sont morts peu de temps après l'opération. Frappé de ce fait qu'on pouvait introduire dans la poche des aiguilles assez volumineuses sans qu'il s'écoulât une goutte de sang, M. Constantin Paul eut l'idée de pratiquer non l'électropuncture, mais simplement l'acupuncture, sur un malade âgé de quarante ans et atteint depuis plus d'un an d'un anévrysme de l'artère aorte descendante : cet anévrysme déterminait une compression du nerf récurrent du côté gauche, de l'aphonie. M. Constantin Paul fit l'acupuncture avec des aiguilles japonaises : ces aiguilles sont capillaires, flexibles et terminées par une extrémité un peu volumineuse, de telle sorte que, si la pointe a été introduite dans le tissu, le corps de l'aiguille pénètre très-facilement. On fait passer ces aiguilles par un petit conducteur plus court que l'aiguille : au lieu de presser directement sur l'aiguille flexible pour la faire pénétrer dans les tissus, on donne une petite secousse brusque qui fait traverser le derme, puis on retire le conducteur et on l'introduit lentement dans la poche : une fois la peau traversée, on a conscience des divers tissus au travers desquels on passe ; cette aiguille ne provoque ni hémorrhagie, ni douleur.

Au mois de novembre, M. Constantin Paul introduisit quatre aiguilles dans la tumeur anévrysmale de son malade. Les trois premières pénétrèrent sans provoquer aucune douleur, bien qu'elles fussent introduites à une profondeur de 3 centimètres et demi dans la cavité; l'introduction de la quatrième fut légèrement douloureuse. Au bout d'un quart d'heure, M. Constantin Paul retira les aiguilles : dès le troisième jour, il y eut une diminution notable de l'anxiété et de la dysphagie. Huit jours après, nouvelle introduction de quatre aiguilles qui furent maintenues pendant une demi-heure. Pendant les vingt-cinq premières minutes, le malade n'éprouva aucune sensation, puis il y eut de l'anxiété. Aussitôt après cette opération, l'amélioration fut assez grande pour que le malade demandât à sortir de l'hôpital. Il y rentra quatre semaines après, M. Constantin Paul fit de nouveau deux opérations à quelques jours de distance ; à la quatrième, il éprouva une assez grande résistance à faire pénétrer les aiguilles dans le sac. Aujourd'hui le malade va très-bien, il veut sortir de l'hôpital pour reprendre ses occupations. M. Constantin Paul a été heureux de constater que par l'acupuncture il était arrivé à reconnaître non-seulement une innocuité complète de la méthode opératoire, mais un résultat réel dans la disparition des accidents déterminés par la douleur.

M. *Dujardin-Beaumetz* a pu étudier depuis l'année 1877 douze anévrysmes traités par l'électro-puncture : il n'a jamais vu survenir d'accidents, sauf cependant dans un cas observé en ville. Il s'agissait d'un malade atteint d'anévrysme de l'aorte chez lequel la moindre émotion déterminait une syncope : l'introduction de la première aiguille ayant occasionné

cet accident, l'opération fut suspendue. Chez tous les autres malades, il y eut une amélioration, mais non une guérison, comme l'a déclaré consciencieusement Cineselli, l'inventeur de la méthode. L'électricité ne détermine que l'inflammation de la poche et non la formation de petits caillots dans l'anévrysme : il n'y a pas coagulation du sang, et par conséquent ne faut-il pas s'étonner que les embolies n'aient pas encore été signalées à la suite d'opération de cette nature. Il se produit simplement une endartérite au point même de la poche où on fait pénétrer l'aiguille; les caillots se forment donc sur le point même où la poche est enflammée et ils y adhèrent.

On sait qu'il est exceptionnel de voir les anévrysmes s'ouvrir par la peau; dans l'immense majorité des cas, la rupture se fait dans les organes, par la partie postérieure de la poche; par conséquent, c'est donc là le côté faible de la méthode de l'électro-puncture, car bien souvent il est difficile de traverser la poche entière pour arriver jusqu'à ses parois postérieures. Quant à l'action coagulante de l'électricité, elle n'est pas douteuse, c'est ce qu'on a pu observer chez le malade de M. Bucquoy. Mais, malheureusement, cette coagulation n'est pas indéfinie, souvent il y a récidive. M. Dujardin-Beaumetz cependant a des malades, opérés il y a deux et trois ans, vivant encore, sans éprouver de trop grandes douleurs. Ce qu'il faut faire, et ce que M. Dujardin-Beaumetz fera à la prochaine occasion, tout en agissant avec prudence, car le moindre accident, quand bien même cet accident ne serait pas dû à l'opération, jetterait sur cette méthode un discrédit dont elle aurait peine à se relever, c'est de faire pénétrer l'aiguille de manière à traverser complétement toute la poche anévrysmale.

M. Dujardin-Beaumetz conclut en disant que cette opération n'est jamais dangereuse et que toujours elle procure un soulagement : double avantage qui la rende précieuse.

M. *Blondeau* demande quel inconvénient il y aurait à traverser complétement la poche.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond que, ne connaissant pas le volume exact de la poche, il est difficile de savoir si elle est traversée de part en part, mais qu'il ne croit pas que cette opération présente plus de dangers que quand on introduit simplement l'aiguille dans la poche, alors que la pointe est libre dans le liquide sanguin.

Dr Joseph MICHEL.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de physiologie opératoire, par Claude BERNARD. In-8° de 615 pages. — Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils.

Les hommes illustres, quand ils disparaissent, laissent presque toujours derrière eux des notes, des travaux inachevés; leurs collaborateurs se trouvent alors dans un embarras sérieux et qu'il est facile de comprendre; ils doivent à la mémoire du grand homme, ils doivent plus encore à leurs contemporains la publication de ces documents, mais ils hésitent à en assumer la responsabilité. Ils n'ont plus auprès d'eux le maître à qui soumettre la rédaction et ils craignent de ne pas rendre dans tous les détails la pensée qui l'a inspiré. Que faire? Nous croyons qu'il y a dans cette dernière manière de voir une erreur, conséquence d'une modestie exagérée, car une collaboration, une communion d'idées journalière les a mis à même de se pénétrer de la manière de voir du professeur; ils n'ont que bien rarement à craindre de ne pas être ses interprètes fidèles. Quand bien même ils manqueraient quelquefois, dans des questions secondaires, d'une précision absolue, ils devraient encore passer outre; ils n'ont pas le droit de priver la science du résultat des efforts de la vaste intelligence qui les a admis dans son intimité. En tout état de cause on a donc bien fait de publier le volume dont nous allons rendre compte.

Depuis bien des années, et pour quiconque le connaissait, la chose est facile à comprendre, Claude Bernard caressait la pensée de couronner son œuvre par un grand traité d'expérimentation qui traçât des règles générales, au moins dans leur ensemble, aux chercheurs à venir. C'est la première partie de cette vaste tâche qui fournit la matière du volume actuel: « Il renfermera les procédés opératoires, dit Claude Bernard lui-même, pour arriver à la localisation des divers phénomènes fonctionnels de l'organisme. Ici le cadre du sujet sera essentiellement anatomique : ce sera de la physiologie descriptive. Je donnerai des types d'expériences dans lesquels seront exposés les principes du déterminisme expérimental. »

Pour remplir ce cadre, le volume est divisé en quatre parties.

La première est consacrée à la physiologie opératoire en général et aux vivisections. Il existe en effet dans l'état actuel de la physiologie certaines expériences bien définies, qui, toujours pratiquées de la même manière, donnent des résultats déterminés et permettent d'étudier expérimentalement les fonctions des organes. Ces expériences peuvent être décrites d'une manière technique tout aussi bien que la chirurgie opératoire pour les parties qui ne réclament du praticien que l'habileté manuelle, des connaissances anatomiques et ne présentant rien d'incertain. La première leçon a pour but d'établir cette vérité et se termine par un plaidoyer éloquent en faveur de la médecine moderne, science d'observation et d'expérimentation. Lorsque la physiologie, dit Claude Bernard, aura donné tout ce qu'on lui demande, tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle, il n'y aura plus deux sciences, l'une la connaissance de l'organisme sain, l'autre la connaissance de l'organisme malade; il n'y aura plus une médecine et une physiologie. La physiologie, devenue la science complète de la vie, embrassera aussi bien les phénomènes normaux que les phénomènes anormaux, ces derniers dérivant des premiers. La physiologie sera la médecine devenue science théorique, et de cette théorie se déduiront, comme pour toutes les autres sciences, les applications nécessaires, c'est-à-dire la pratique médicale.

L'expérimentation n'est autre chose qu'une observation réglementée par l'intelligence; c'est ce que Cuvier a si bien exprimé dans cette phrase célèbre : « L'observateur écoute la nature, l'expérimentateur l'interroge. » Or, l'un et l'autre sont soumis à des règles que Claude Bernard développe tout au long dans une leçon qui peut servir d'introduction à la physiologie expérimentale, et en quelque sorte à l'œuvre entière de Claude Bernard.

La troisième leçon traite encore des généralités; passant en revue les diverses méthodes, exposant les avantages de chacune, Claude Bernard montre que les conquêtes de la physique et de la chimie ont renouvelé la physiologie expérimentale; que des détails autrefois inappréciables peuvent être maintenant constatés par un expérimentateur novice. Mais il est une méthode qui a fait plus encore pour la physiologie expérimentale en lui donnant ce qui manque toujours aux résultats constatés par les sens : la minutie, la régularité, la précision; on comprend que nous voulons parler de la méthode graphique. Les effets perceptibles de l'action des nerfs, des muscles, sont si délicats dans leurs parties, que nos sens, même aidés des plus puissants instruments d'optique, s'ils en perçoivent l'ensemble, ne peuvent en analyser les détails; cette faculté, la méthode graphique nous la donne. En clinique, elle n'a jusqu'ici fourni que des résultats en quelque sorte de curiosité; nous ne craignons pas de dire que le sphygmographe lui-même est loin d'avoir les avantages dont on l'avait tout d'abord un peu théoriquement gratifié; mais on peut prévoir le moment où, la clinique n'étant plus que la physiologie des organes troublés, la méthode graphique révélera

les plus minutieux de ces troubles et les modifications produites sur eux par l'action des substances médicamenteuses; elle les inscrira pour le lendemain et nous mettra ainsi en garde contre les défaillances de la mémoire même la mieux douée.

Avec la leçon suivante nous entrons dans le cœur même du sujet; elle traite de l'installation des laboratoires, du choix des animaux; nous nous bornerions à y renvoyer nos lecteurs si nous ne voulions leur signaler d'abord l'étude historique que Claude Bernard consacre à la physiologie expérimentale et surtout l'ardent plaidoyer du grand physiologiste en faveur des vivisections. Nous sommes déjà loin, il est vrai, du temps où toute vivisection était condamnée comme inutile et cruelle; mais, puisqu'il se rencontre encore certains esprits chagrins et fanatiques pour les combattre, il n'était pas inutile qu'un physiologiste, qu'un philosophe comme Claude Bernard en démontrât la légitimité et l'utilité. Nous renvoyons à cette page partisans et adversaires : ceux-là y puiseront des arguments irréfutables pour défendre leur thèse; les autres, s'ils sont de bonne foi, seront convaincus.

Enfin, la cinquième leçon qui termine l'étude préliminaire traite des phénomènes de la vie. Comment localise-t-on ces phénomènes? Comment peut-on les expliquer? De quel ordre sont-ils? Il est évident que, la physiologie ayant pénétré plus profondément dans les détails des fonctions, ayant montré non-seulement le rôle des organes pris dans leur ensemble, mais encore celui des éléments primitifs qui entrent dans leur composition, les phénomènes de la vie se réduisent en dernière analyse en fonctions et modifications intimes dans ces éléments primitifs.

Claude Bernard aborde ensuite la pratique des expériences proprement dites et il s'efforce de bien montrer qu'en ayant soin de suivre les règles qu'il prescrit, l'expérimentation devient praticable pour et par tous; il ne néglige aucun détail, ni le choix des animaux dont la structure anatomique favorise spécialement telle ou telle recherche, ni la manière de les contenir; ces minuties préliminaires, qui peuvent d'abord paraître superflues, ont, pour quiconque a fait des expériences, une réelle importance. A ce propos, Claude Bernard décrit tous les appareils qui servent à la contention des animaux, ou à les museler. De ces appareils, plusieurs ont été inventés par l'illustre professeur et lui ont rendu des services sérieux. Cette leçon est donc l'enseignement didactique du côté mécanique des expériences.

Mais il arrive souvent que l'on a besoin que l'animal ne soit pas maintenu par des entraves et que le physiologiste puisse atteindre toutes les parties du corps et modifier rapidement la situation ou l'attitude des animaux opérés; dans ces conditions les instruments même les mieux compris ne peuvent suffir à remplir ces indications; il a donc fallu trouver un moyen de remédier à ces inconvénients, c'est à quoi on arrive par l'emploi de certains agents toxiques.

Dans la huitième leçon, Claude Bernard résume l'histoire de ces moyens : il passe en revue successivement ceux qui sont ordinairement employés; en premier lieu il s'occupe de l'opium et de ses alcaloïdes, dont il expose les inconvénients. Puis il passe en revue l'éther, le chloroforme, ces anesthésiques déjà anciennement employés.

Le chloral fournit la matière d'un intéressant paragraphe et l'auteur y insiste, d'autant plus que cet agent, appliqué à cet usage depuis peu d'années, a rendu de très-grands services, plus grands que tous ceux qu'on obtient au moyen de ses congénères : l'éther et le chloroforme. Puis il passe en revue les combinaisons de ces divers procédés, chloroforme et morphine, éther et opium, protoxyde d'azote. Enfin, il aborde l'étude de ce moyen de contention qui semble annuler toutes les facultés de l'animal et le mettre entre les mains de l'expérimentateur, qui peut en quelque sorte l'analyser comme un corps neutre dans la cornue ou le vase à expérience du chimiste : c'est le *curare*. Le curare comme agent d'expériences est la propriété de Claude Bernard, une de ses plus belles découvertes, une de ses plus remarquables vulgarisations.

Cependant, si les agents mécaniques sont moins faciles à employer que les agents toxiques, ils ont sur eux un grand avantage dans beaucoup de cas; c'est que, s'ils obligent l'animal à des efforts qui peuvent jusqu'à un certain point troubler la circulation et fatiguer le sujet, c'est un inconvénient auquel on remédie en les laissant reposer; avec les agents toxiques il n'en est pas de même, et dans maintes circonstances il y a des difficultés à bien reconnaître ce qui dans les phénomènes observés appartient à l'agent contentif ou à l'expérience entreprise, c'est évidemment un désavantage. Mais il n'est pas assez grand pour en contremander l'usage : il suffit, en effet, de bien connaître les effets propres à l'agent employé, au besoin de répéter une ou deux expériences pour bien discerner les divers effets, et alors nous pourrons accorder à ces agents toute leur valeur, et pour finir nous dirons que l'application de ces moyens n'est pas une des moindres gloires de Claude Bernard.

Les deux leçons suivantes sont consacrées à l'étude des instruments qui servent aux expériences physiologiques et à celle des soins immédiats à donner aux animaux après les opérations. Dans un paragraphe spécial, il traite des injections hypodermiques et des résultats qu'elles peuvent donner.

Bernard s'occupe, dans la leçon suivante, de la manière de procéder pour examiner les animaux qu'on a soumis à des expériences : quand l'animal n'a pas succombé soit au traumatisme, soit à l'action des substances absorbées, il faut le sacrifier, et cela par le moyen le plus rapide et le moins douloureux; c'est qu'en effet, s'il est permis de pratiquer des opérations sur l'animal vivant pour obtenir des résultats utiles, les physiologistes sont les premiers à reconnaître que, quand la chose n'est plus nécessaire, il faut ménager autant que possible les souffrances de l'animal et ne lui faire supporter que les traumatismes nécessaires pour ne pas compromettre l'expérience, et c'est pourquoi on doit employer des moyens qui tuent vite et sans souffrances; parmi ces derniers nous signalerons l'injection d'air dans les veines, la section du bulbe, l'acide prussique.

Nous avons donc passé en revue tout ce qui a trait aux expériences en général et aux règles à suivre; Claude Bernard va nous guider dans les cas particuliers et nous montrer à scruter les divers appareils.

L'appareil circulatoire, qui porte à tous les organes les aliments et les poisons, qui doit servir de voie aux substances introduites, mérite d'être étudié en première ligne : Bernard commence donc par l'exposé des particularités anatomiques que présente l'appareil circulatoire chez les divers animaux qui servent ordinairement aux expériences. Il indique les opérations qu'on doit pratiquer sur les vaisseaux, telles que les injections dans les veines, les artères et les lymphatiques; le cathétérisme du cœur. Il consacre plusieurs leçons à l'étude de l'appareil circulatoire, et l'on peut dire qu'aucune expérience classique ou au moins commune sur les vaisseaux n'est omise.

Après l'appareil circulatoire vient l'appareil digestif; les glandes salivaires, l'influence du système nerveux sur ces glandes, l'œsophage, l'estomac, l'intestin et enfin le pancréas et les fistules pancréatiques sont l'objet de développements intéressants.

Dans le chapitre consacré à l'étude de l'appareil circulatoire, nous avons déjà fait remarquer que Claude Bernard consacre quelques pages d'un puissant intérêt à l'étude des poisons employés comme moyen de vivisection : parmi ceux-ci nous nous occuperons spécialement du curare. Comme exemple citons l'expérience ci-après de Bernard commentée par lui : « Nous pouvons, soit en employant des doses différentes de ce poison, soit en suivant attentivement les périodes successives d'un empoisonnement complet, distinguer les

nerfs moteurs; nous pouvons produire un degré d'empoisonnement dans lequel les nerfs volontaires seuls soient atteints; à un degré plus élevé, nous paralyserons de plus les nerfs qui président aux mouvements réflexes involontaires de la respiration; mais toute une série de nerfs moteurs aura encore conservé ses fonctions, comme nous pourrons nous en assurer en prolongeant la vie de l'animal par la respiration artificielle. Ces nerfs sont les vaso-moteurs. Parmi les vaso-moteurs, les uns président à la dilatation, les autres au resserrement des vaisseaux. Eh bien! c'est encore le curare qui nous permettra d'isoler chacun de ces ordres de nerfs vasculaires, car nous le verrons paralyser, c'est-à-dire supprimer les uns avant d'entamer en rien les fonctions des autres. Il est évident que la vivisection à l'aide de l'instrument tranchant serait impuissante à réaliser avec une telle précision des distinctions aussi nettes, des délimitations physiologiques aussi délicates. Ajoutons encore que l'action du curare se porte non-seulement sur les vaso-moteurs proprement dits, mais que ce poison agit encore sur les nerfs de l'organe central de la circulation, sur les pneumogastriques et sur les nerfs du cœur. »

C'est là tout ce que nous voulions dire du volume de Bernard; le physiologiste praticien, le savant de laboratoire y puisera des renseignements qui deviendront son guide de chaque jour; et nous pouvons affirmer sans être démenti, que, quoiqu'il y manque le dernier poli de l'auteur, chacun voudra le ranger dans sa bibliothèque à côté des autres ouvrages du grand physiologiste. Quiconque s'intéresse aux progrès de la science le lira avec plaisir. S'il s'agissait d'un de nos maîtres vivant, si illustre soit-il, nous éprouverions un grand plaisir à joindre le faible tribut de nos éloges à ceux que ne manqueraient pas de lui prodiguer les critiques de la presse médicale: Claude Bernard n'est plus et la position qu'il a conquise le met à un tel rang qu'on ne peut rien ajouter; nous nous taisons. Cependant il est un collaborateur qui a travaillé bien des jours à réunir et à publier les éléments du volume actuel; à lui nous ne craindrons pas de répéter, après avoir résumé le volume, ce que nous lui disions en commençant: il a su s'assimiler les idées de Bernard et sa manière de faire; il a su puiser dans ses notes le éléments les plus utiles; il a non-seulement rempli une tâche agréable, mais, dans une sphère limitée, il sera utile à tous. Quel prix plus grand pouvait-il désirer? aucun. Cependant on peut affirmer que son travail est déjà récompensé en voyant son nom accolé à celui de Bernard. Il ne nous reste en terminant qu'un vœu à former, qu'une demande à adresser à tous ceux qui dans ces derniers temps ont été les collaborateurs de Bernard: il y a un exemple à suivre, et nous sommes convaincu qu'ils trouveront dans les notes de leur maître les éléments d'autres ouvrages que le monde savant leur demande instamment de publier; ici encore le vieux dicton est vrai: « Autant que noblesse *succès oblige.* »

H. Chouppe.

VARIÉTÉS

Typhus. — On lit dans la *Gazette de la province de Viatka*, du 15 mars:

« L'étude sérieuse faite par les médecins dans le courant de l'année dernière et au commencement de la présente, sur le mode de propagation du typhus pétéchial dans le district d'Orlow de la province de Viatka, a prouvé que cette maladie a primitivement été importée dans un village par les prisonniers turcs, et qu'elle a été transportée ensuite dans les autres par les postillons, par les paysans revenant de voyage et par les mendiants. Les vêtements des individus morts du typhus sont aussi une des principales causes de la propagation de cette maladie. Le typhus a pris surtout un grand développement quand il s'est déclaré à l'école primaire du village de Koussanovo, dont les élèves l'ont transporté chez eux. Actuellement, le typhus sévit dans les vingt-six villages qui entourent celui de Koussanovo et dont les plus éloignés se trouvent à six ou sept verstes de ce dernier point. La mortalité est de 4,83 pour 100.

» Le typhus pétéchial sévit en outre dans plusieurs autres districts de la province de Viatka, et va en augmentant dans ces parages depuis les mois de janvier et de février de cette année. Ce sont généralement les femmes qui en sont atteintes, preuve que le typhus est engendré par l'air vicié et par l'exiguïté des logis, car les femmes restent la plupart du temps chez elles, tandis que les hommes passent généralement leur temps hors de la maison.

» Le typhus n'est pas la seule maladie épidémique qui règne dans la province; la scarlatine sévit dans les villes de Viatka et de Sarapoul, la diphthérite dans le district d Orlow, et la petite vérole au village de Nagor, district de Viatka. »

Eaux minérales. — « Par l'arrêté, en date du 21 février 1879, de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, M. le Docteur Aristippe Dupourqué a été nommé médecin-inspecteur des eaux de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), en remplacement de M. le docteur Nogaret, décédé. »

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Mutel, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Marseille.

État sanitaire de la ville de Paris:

Du 7 au 13 mars 1879, on a constaté 1093 décès, savoir:

Fièvre typhoïde, 40. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 2. Variole, 18. — Croup, 26. — Angine couenneuse, 22. — Bronchite, 53. — Pneumonie, 70. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 3. — Erysipèle, 4. — Autres affections aiguës, 252. — Affections chroniques, 508 (dont 201 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 50. — Causes accidentelles, 23.

Du 14 au 20 mars 1879, on a constaté 1108 décès, savoir:

Fièvre typhoïde, 29. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 1. — Variole, 15. — Croup, 27. — Angine couenneuse, 27. — Bronchite, 67. — Pneumonie, 91. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 5. — Affections puerpérales, 10. — Erysipèle, 4. — Autres affections aiguës, 230. — Affections chroniques, 509 (dont 185 dus à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 50. — Causes accidentelles, 23.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des taches veineuses et de leur traitement par les scarifications, par le docteur Colson. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

De l'acné sébacée partielle et de sa transformation en cancroïde, par le docteur Audouard. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

Des corps étrangers du rectum, leurs migrations dans l'intestin et leur histoire, par le docteur Gérard. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

Des écoulements blennorrhagiques contagieux aigus et chroniques de l'homme et de la femme, par l'urèthre, la vulve, le vagin et le rectum; de leurs accidents et de leurs complications, suivi d'une étude sur les écoulements blancs non contagieux par les organes génitaux, chez les deux sexes, par le docteur Pouillet. 1 vol. in-18. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 5 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 14 4 AVRIL 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 3 avril 1879.

L'ANESTHÉSIE PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE SOUS TENSION : M. PAUL BERT. — LA PESTE.

L'anesthésie par le protoxyde d'azote sous tension.

Nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs des avantages et des inconvénients que présente l'anesthésie par le protoxyde d'azote, et nous avons souvent insisté sur ce fait, que cet agent, injustement délaissé par les chirurgiens et relégué dans la pratique dentaire, pouvait cependant rendre des services dans la chirurgie générale.

On ne saurait, en effet, contester que le protoxyde d'azote détermine une anesthésie complète, suffisante pour pratiquer les opérations les plus douloureuses; mais cette insensibilité ne peut être prolongée le temps nécessaire à la plupart des opérations chirurgicales, parce que, au moment où elle est suffisante, apparaissent les symptômes d'une asphyxie qui deviendrait rapidement mortelle si l'on ne cessait les inhalations. Les chirurgiens américains ont, il est vrai, essayé de faire des opérations de longue durée avec le protoxyde, mais ils ne pouvaient arriver à ce résultat qu'en produisant des anesthésies courtes, répétées et séparées par des phases de sensibilité aussi pénibles pour l'opéré que désagréables pour l'opérateur.

C'est pour remédier à ce grave inconvénient que M. Paul Bert avait institué une série d'expériences dans lesquelles il employait le protoxyde d'azote mélangé à l'oxygène et à d'autres gaz inertes. On arrivait assez facilement par les mélanges à faire cesser les accidents asphyxiques, mais l'anesthésie était alors incomplète et donnait lieu à des phénomènes d'excitation qui rendaient l'opération impraticable. Il fallait donc employer le protoxyde pur, et c'est alors que le savant physiologiste eût l'idée de chercher, par la pression, à combattre les phénomènes asphyxiques.

Voici sur quel raisonnement théorique M. Paul Bert appuya ses premières expériences. « Le fait que le protoxyde d'azote doit être administré pur signifie que la tension de ce gaz doit, pour qu'il en pénètre une quantité suffisante dans l'organisme, être égale à une atmosphère. Sous la pression normale, il faut, pour l'obtenir, que le gaz soit à la proportion de 100 pour 100. Mais, si nous supposons le malade placé dans un appareil où la pression soit poussée à 2 atmosphères, on pourra le soumettre à la tension voulue en lui faisant respirer un mélange de 50 pour 100 de protoxyde d'azote et 50 pour 100 d'air; on devra donc obtenir de la sorte l'anesthésie, tout en maintenant dans le sang la quantité normale d'oxygène, et par suite en conservant les conditions normales de la respiration. »

Cette théorie fut complétement justifiée par l'expérimentation. Les animaux auxquels on faisait respirer, sous une augmentation de pression d'un cinquième d'atmosphère, un mélange de cinq sixièmes de protoxyde d'azote et d'un sixième d'oxygène, tombaient rapidement dans une anesthésie profonde, qu'on pouvait prolonger fort longtemps sans déterminer aucun phénomène d'asphyxie. Le sang conservait sa coloration normale, le cœur battait avec la même force et la même régularité, une excitation portée sur un nerf centripète provoquait sur la respiration et la circulation tous les phénomènes d'ordre réflexe qui se produisent chez l'animal sain. En un mot, tous les phénomènes dits de la vie végétative demeuraient intacts, tandis que ceux de la vie animale étaient absolument abolis. Lorsque, au bout d'un temps quelconque, on enlève le sac qui contenait le mélange gazeux, on voit ces animaux, à la troisième ou à la quatrième respiration à l'air libre, recouvrer tout à coup la sensibilité, la volonté et l'intelligence.

Ce rapide retour à l'état normal, si différent de ce qu'on observe avec le chloroforme, tient à ce que le protoxyde d'azote ne contracte pas, comme le chloroforme, de combinaison chimique dans l'organisme, mais est simplement dissous dans le sang. Dès qu'il n'y en a plus dans l'air inspiré, il s'échappe rapidement par le poumon, comme l'ont montré les analyses des gaz du sang pratiquées par M. Paul Bert.

L'innocuité d'action du protoxyde d'azote s'explique du reste assez facilement au point de vue théorique. D'une part, en effet, l'anesthésie, en frappant la sensibilité médullaire, respecte les réflexes de la vie organique, dont la suppression, facile par le chloroforme, peut seule mettre la vie en danger; d'autre part, le retour immédiat à l'état normal, lorsqu'on revient à l'air libre, fait que l'opérateur est toujours maître de la situation.

Cette innocuité ressort non moins nettement du nombre infiniment petit d'accidents qui ont suivi les inhalations exécutées par les dentistes, souvent en dehors de toute prudence et de toute compétence, et dans des conditions où l'asphyxie vient augmenter, s'ils existent, les dangers de l'anesthésie. Il est incontestable que, malgré que nous n'ayons pas de chiffres précis, le protoxyde a été employé dans plus d'un million de cas. Le docteur Colton, qui recueille avec le plus grand soin les observations à l'Institut anesthésique de New-York, a employé cet agent cent cinq mille fois sans accident. Nous n'avons pu trouver jusqu'à ce jour, dans les annales de la science, que deux cas de mort par le protoxyde d'azote.

Mais la méthode d'anesthésie sous pression, appliquée par M. Bert sur des animaux, pouvait-elle s'étendre à la pratique chirurgicale? Les expériences du laboratoire pouvaient-elles servir de base à la clinique? Telles étaient les questions qui avaient accueilli les remarquables communications faites

par le savant physiologiste à l'Académie des sciences et à la Société de biologie. Il était à craindre, en effet, que les résultats obtenus sur des animaux avec la nouvelle méthode ne fussent pas les mêmes chez l'homme. Les appareils compliqués nécessités pour l'application du protoxyde d'azote sous pression étaient également de nature à inspirer quelque défiance aux chirurgiens. Aussi attendions-nous avec une certaine inquiétude la publication des premières observations cliniques.

Dans une première expérience pratiquée le 13 février dernier, et dont M. Paul Bert a déjà fait connaître l'observation à la Société de biologie, M. Léon Labbé a opéré sous une cloche à air comprimé une jeune fille atteinte d'ongle incarné. L'anesthésie a été prolongée pendant quatre minutes, et la malade a déclaré n'avoir rien senti; mais, comme il ne s'agissait en somme que d'une opération de courte durée, pour laquelle le protoxyde d'azote seul est généralement suffisant, nous n'avions pas considéré cette première expérience comme très-concluante.

Mais l'observation suivante, que nous allons brièvement rapporter et dont nous avons pu nous-même contrôler tous les détails, est certainement de nature à lever tous les doutes, et démontre d'une façon incontestable que le protoxyde d'azote, employé sous pression, détermine une anesthésie complète, prolongée et sans phénomènes asphyxiques.

Il s'agissait d'une femme de quarante ans, atteinte d'un carcinome de la glande mammaire. L'opération fut pratiquée par M. Péan, dans l'une des cloches à air comprimé de l'établissement aérothérapique de M. le docteur Fontaine, et sous une pression de 17 à 19 centimètres. Assistaient avec nous à l'opération, M. Paul Bert qui dirigeait les préparatifs anesthésiques, MM. Regnard, Brochin, Barrault, Nitot, Boucheron. On avait emmagasiné dans un vaste sac de caoutchouc et dans plusieurs ballons annexés 200 litres d'un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, dans la proportion de 14,8 d'oxygène pour 85,2 de protoxyde d'azote. La malade, l'opérateur et ses aides entrés sous la cloche, la compression a été commencée à midi cinquante-huit minutes. L'inhalation, confiée aux soins de M. Rotteinstein, a commencé à une heure neuf minutes; la pression était alors tout près de 18. La malade n'a donné aucun signe d'agitation, elle n'a fait aucun mouvement, elle était dans un état de calme et de relâchement musculaire complet lorsque M. Péan a fait, à une heure dix minutes quinze secondes, la double incision elliptique circonscrivant la tumeur. La malade n'a donné à ce moment aucun signe de sensibilité. Le sein était enlevé à une heure douze minutes. L'application des pinces hémostatiques prend environ deux minutes. A une heure quatorze minutes on remplace l'un des ballons de gaz épuisé; à ce moment la malade fait un léger mouvement des deux jambes (jusque-là elle était restée dans une immobilité complète). A une heure quinze minutes, léger réveil, la malade dit quelques mots, porte la main à la plaie et paraît sentir quelque douleur, mais sans se douter que l'opération est faite. On reprend l'inhalation un instant interrompue. Repos absolu pendant que l'opérateur procède à la réunion des lèvres de la plaie (de une heure quinze minutes à une heure vingt minutes). A une heure vingt minutes, on enlève le sac de protoxyde. Le pansement est fait sous l'air comprimé. Des 200 litres de gaz contenus dans les sacs, il en restait 50. La malade en avait respiré par conséquent 150 litres en quatorze minutes, durée totale de l'opération.

A une heure vingt-deux minutes cinquante-cinq secondes, tout étant terminé, la malade, complètement réveillée, s'aide quand on la soulève pour passer le bandage de corps. A une heure vingt-cinq minutes, elle descend seule du lit d'opération, sans aide.

Le pouls, compté avant l'opération, était à 60. Au commencement de l'inhalation, il était monté à 104; quand l'anesthésie a été complète, il est redescendu à 60. Au moment du premier réveil passager, il était remonté à 92 et retombé à 68 dès que l'anesthésie a été reprise. Au réveil définitif il était à 84; dix minutes après la sortie de la cloche, il était à 76. Ces variations du pouls sont du reste celles qu'on observe habituellement dans l'anesthésie.

En somme, dans cette observation, l'anesthésie par le protoxyde d'azote a été prolongée pendant quinze minutes sans déterminer aucun accident asphyxique; l'insensibilité complète a été obtenue sans période d'excitation en moins d'une minute, et le retour à la sensibilité a été instantané; la malade n'a éprouvé ni suffocation, ni douleur, ni nausée, ni aucun des phénomènes désagréables qui accompagnent l'emploi du chloroforme ou de l'éther. Ce procédé d'anesthésie présente encore un avantage particulier, c'est que, en présence des inégalités qui ne peuvent manquer de se produire d'un individu à l'autre en raison de susceptibilités spéciales, il suffit, soit d'augmenter légèrement, soit de diminuer la pression barométrique, ce qui se fait avec une grande facilité par le jeu d'un robinet. Ce sont là des avantages considérables et qui, à tous les points de vue, méritent d'attirer l'attention des chirurgiens.

Il est incontestable que la méthode anesthésique de M. Paul Bert présente une difficulté sérieuse, et qui, pour le moment du moins, en rend la généralisation à peu près impossible. C'est l'appareil instrumental qui est à la fois compliqué, volumineux et dispendieux. Il faut en effet que l'agent anesthésique soit recueilli dans des ballons contenant plusieurs centaines de litres de gaz, que l'opéré, l'opérateur et ses aides soient placés sous une cloche métallique pouvant soutenir une pression de 17 à 19 centimètres. Ce sont là des obstacles sérieux et insurmontables dans la pratique rurale et dans la chirurgie des armées. Mais dans les grandes villes, qui possèdent des établissements de bains d'air comprimé, et dans les grands hôpitaux, qui ne reculeraient pas devant la dépense nécessaire à l'établissement d'une cloche à pression, la méthode nous paraît parfaitement applicable. Nous pensons même que, dans certaines opérations pratiquées sur les yeux ou sur l'abdomen, dont le succès est si souvent compromis par les vomissements chloroformiques, l'anesthésie protoazotée sous tension est absolument indiquée.

La pratique et l'expérimentation clinique nous montreront sans doute d'une façon plus précise quels sont les avantages que peut présenter la nouvelle méthode; mais nous devons dès à présent remercier M. Paul Bert d'avoir démontré l'innocuité si merveilleuse de cet agent anesthésique.

A. Lutaud.

La peste

Nous avons annoncé, dans notre dernier numéro (p. 199), qu'une dépêche, adressée par le docteur Sommerbrodt au gouvernement allemand, avait signalé l'apparition d'un nouveau cas de peste à Vetlianka. Ce fait est confirmé par des renseignements qui nous arrivent de divers côtés. Mais il reste isolé. Il s'agit sans doute d'une des formes bénignes de

la maladie, d'une de celles que l'on observe à la fin des épidémies. Aussi les mesures de précaution prises par le gouvernement allemand ont-elles été, malgré cette nouvelle, rendues bien moins rigoureuses. C'est ce qui résulte d'une déclaration officielle de l'Office sanitaire.

L'Office sanitaire a émis, en particulier, l'opinion qu'on pouvait faire cesser l'interdiction de l'importation de la plupart des marchandises, mais qu'il fallait continuer d'interdire celle des chiffons, des vieux habits et autres articles du même genre. Il a déclaré, en outre, que l'inspection faite dans les ports ne devait concerner que les provenances de la mer d'Azow et de la mer Noire, et que les marchandises entrant en Allemagne par la voie de terre ne devaient être soumises à des mesures de précaution que lorsqu'elles provenaient du district d'Astrakhan. Quant aux personnes venant du district de Saratoff, l'Office sanitaire pense qu'elles ne doivent plus être soumises à l'inspection. On annonce, de plus, que ces déclarations vont servir de base à une résolution qui sera prise par les autorités de l'empire.

Nous ne savons pas si d'autres pays ont déjà suivi cet exemple, et si bientôt les mesures quarantenaires seront levées; mais nous pouvons dès aujourd'hui considérer l'épidémie de Vetlianka comme à peu près éteinte.

Ces nouvelles rassurantes ne doivent pas nous empêcher de songer à l'avenir. Et, à ce propos, nous recommandons à l'attention de qui de droit une proposition que vient de faire M. Bouchardat : « Tout en laissant, dit-il (*Revue scientifique*, p. 922), les médecins sanitaires, provisoirement au moins, dans leurs postes actuels indemnes de la peste, ne conviendrait-il pas de nommer des médecins sanitaires adjoints, véritables voyageurs chargés de résider dans les localités nouvellement ravagées par la peste *jusqu'à extinction définitive du fléau*. Ces médecins surveilleraient l'application des mesures de police sanitaire internationale. D'après les allures des épidémies locales qui ont régné depuis quarante ans, cette résolution me paraît indispensable; elle répondrait aux sérieuses exigences de la préservation internationale, en n'apportant au commerce et aux voyageurs qu'un minimum d'entraves. » La nomination de ces médecins voyageurs aurait, à notre sens, une autre utilité. Il leur serait aisé non-seulement de fournir à leurs gouvernements des renseignements précis et sérieux, ce qui n'a pas toujours lieu, mais ils pourraient, de plus, organiser immédiatement les cordons sanitaires destinés à enfermer le mal dans son foyer d'origine, à faire la part de la maladie en la laissant s'éteindre sur place, faute d'aliments. C'est ce qui d'ailleurs a été fait à Prischibinskoé. A peine un cas de peste s'était-il déclaré dans cette bourgade que les maisons infectées ont été entourées et absolument isolées. On tira au sort les noms de quatre jeunes gens qui furent chargés de donner quelques soins aux malades et d'enterrer leurs cadavres. Ils moururent tous quatre, mais furent les dernières victimes. Les autres personnes également désignées par le sort pour donner leurs soins aux malades, survécurent et l'on n'eut ainsi à déplorer que seize morts, alors cependant que dans les dix premiers jours toute une famille, composée de huit personnes, et quatre femmes venues de Vetlianka, avaient déjà succombé. Ces précautions prises dans les environs immédiats du foyer de la maladie prouvent l'efficacité des mesures sanitaires quand elles sont rigoureusement appliquées dès le début d'une épidémie. En ce qui concerne le territoire d'Astrakhan, tous les renseignements recueillis montrent bien que la maladie a pris naissance à Vetlianka et a été importée ensuite dans les villages voisins. A Vetlianka même les premières victimes de la maladie ont été atteintes dans certaines maisons où celles-ci a sévi avec une étonnante intensité. La peste paraît s'être peu à peu étendue de maison en maison et, en quelques semaines, 372 malades succombèrent. Les médecins Koch, Gregorif, Morosof et huit médecins assistants moururent des premiers. Quant au docteur Döppner, dont les rapports ont fait tant de bruit, on nous affirme que, s'il a été envoyé dans la province d'Astrakhan, il n'a point pénétré lui-même dans ce village de Vetlianka, foyer central et primitif de la maladie. On conçoit d'ailleurs aisément que, au moment d'une semblable épidémie, il soit bien difficile d'observer la filiation exacte des cas de contagion, qu'il soit surtout malaisé de déclarer, comme l'a fait Döppner, s'il y a eu ou non, dans les premiers jours, des formes atténuées de la maladie.

Aujourd'hui, les documents que nous résumons semblent prouver qu'il n'y a eu qu'un très-petit nombre de malades guéris. Tout au moins peut-on affirmer que les hommes examinés par le docteur Eschwald et les femmes visitées par la *doctoresse* Bestuchef ne présentaient point, pour la plupart, ces cicatrices de bubons ou ces tumeurs ganglionnaires en voie de diminution, qui seules permettraient d'affirmer qu'ils avaient été, au préalable, atteints de la peste.

Il serait donc bien nécessaire, pour arriver à connaître toute la vérité dans les cas analogues, de pouvoir faire étudier scientifiquement et consciencieusement les faits qui peuvent s'observer dès le début ou dans le cours d'une épidémie de peste. Nous nous associons, en conséquence, au vœu exprimé par M. Bouchardat. Il est des épidémiologistes qui pensent que la peste est endémique dans certaines contrées de l'Orient. Il en est qui nient formellement l'existence des formes frustes de la maladie et qui, par conséquent, contestent l'authenticité de la plupart des observations faites alors que la peste ne sévit pas à l'état épidémique. Il serait donc très-utile que, dans tous les cas douteux, un médecin instruit et expérimenté pût aller voir de près s'il est question de typhus, de fièvre intermittente ou de peste.

L. Lereboullet.

HISTOIRE ET CRITIQUE

ÉLÉMENTS. — ÉLÉMENTS NATURELS. — ÉLÉMENTS MORBIDES.

(Troisième et dernier article.)

Jusqu'ici, nous n'avons envisagé dans la philosophie qu'une doctrine générale, que des théories sur la constitution de la matière dans leurs rapports avec les théories médicales. Il faut maintenant pénétrer dans les détails, suivre ces spéculations dans leur développement ultérieur, et montrer, d'une part, comment la question des éléments et des atomes est devenue à la longue scientifique, et, d'autre part, comment, en se nourrissant peu à peu de faits positifs, elle a fini par prendre vie et par entrer légitimement dans la physico-chimie d'abord, puis, avec une direction particulière, dans la médecine proprement dite.

Du chaos du moyen âge et des premiers siècles qui l'ont suivi, à travers mille audaces de pensées, quelque chose se dégageait qui tendait à mieux arrêter les termes du problème

et indiquait une route plus sûre à la recherche expérimentale. L'alchimie, on vient de le voir, apportait à la doctrine des éléments, le dérèglement de son imagination, mais aussi tout son savoir, toute son ardeur pour les expériences, tous ses alambics, tous ses fourneaux, tous ses creusets. Là s'agitait toujours la question de l'unité et de la diversité de la matière, celle de sa composition intime, celle de ses mutations, celle des forces auxquelles elle obéit. D'abord on reconnaît que les corps dits métaux sont composés de plusieurs substances. Ces substances, on en fait d'abord des éléments. De certaines combinaisons, en proportions diverses, du soufre, du mercure, de l'arsenic, sortent tous les métaux. On croit néanmoins pendant longtemps, — et c'est une déclaration du principe en faveur de l'unité de la matière, — que ces métaux peuvent se transmuter ; on espère faire avec eux de l'or. L'espérance s'évanouit devant une impuissance longtemps constatée. R. Boyle déclare qu'il y a des corps simples, indécomposables, et que, si l'on veut les appeler des éléments, le nombre de ceux-ci deviendra considérable. Ces éléments se multiplient en effet ; de nombreuses combinaisons sont obtenues, et les attractions des substances les unes vers les autres expliquées, comme autrefois, par la *parenté* ou par la *sympathie*. On s'achemine ainsi vers l'*affinité*. En même temps, l'antique doctrine de l'immutabilité de la matière est matériellement démontrée par les expériences de Lavoisier ; rien ne se perd, rien ne s'ajoute dans la nature, et le poids de plusieurs substances est toujours égal aux poids réunis de ces substances. Enfin, la réalité de corps simples et irréductibles par les moyens chimiques est mise de plus en plus en évidence, et ils gardent le nom d'éléments, qui devient synonyme de celui de corps simple.

Ces corps, pour être indécomposables, n'en sont pas moins formés de parties. Ces parties sont-elles indéfiniment divisibles? C'est poser de nouveau la question des atomes. Eh bien ! l'atomisme, fût-il encore en cosmologie une hypothèse (et c'est, comme on a pu le voir dans un de nos numéros [n° 3, p. 47], l'opinion d'un très-distingué collaborateur), l'atomisme est devenu le fondement nécessaire de la chimie moderne ; l'atomicité, une de ses lois. Des atomes doués d'énergies spéciales, tendant à épuiser, dans les composés où ils sont engagés, la capacité de combinaison qui leur appartient ; voilà par quoi la science remplace les atomes crochus d'Épicure ou les atomes arrondis de Descartes.

Ce n'est pas tout : ces combinaisons de plusieurs substances, quelles sont-elles? obéissent-elles à des lois ? et à quelles lois? On croit d'abord que les corps *amis* s'allient entre eux en toutes proportions ; mais de bonne heure on s'aperçoit que certaines conditions de poids sont nécessaires à la combinaison, puis, avec Dalton et ses successeurs, se dégage la théorie des proportions définies et des poids atomiques, qui exerce encore aujourd'hui sur les progrès de la chimie une influence si puissante et si féconde. Or, cette loi des proportions définies, qu'est-ce autre chose que la loi du nombre, et y aurait-il de l'exagération à y voir, dans la mesure que comporte la sévérité actuelle des méthodes scientifiques, quelque conformité avec le nombre pythagoricien?

Enfin, sans vouloir trop prolonger ce parallèle, il est impossible de ne pas noter que les composés organiques entrent avec les composés minéraux dans cet accord de la chimie moderne avec la physique de l'antiquité. La synthèse organique en est un des plus éclatants témoignages. Et si, selon la grande vue de Berzelius, les composés organiques formés de corps élémentaires (oxygène, hydrogène, carbone, azote) remplissent eux-mêmes la fonction d'éléments susceptibles de s'unir entre eux et avec les corps élémentaires eux-mêmes sous les lois générales des combinaisons chimiques, n'est-ce pas là une notion fort analogue à celle de ces substances élémentaires que d'anciens philosophes regardaient comme formées elles-mêmes de particules?

Voilà donc où devait aboutir en chimie la question des éléments : les éléments sont des objets positifs, qu'on peut isoler les uns des autres, étudier dans leurs propriétés, associer ou dissocier suivant des lois connues. Un résultat analogue devait sortir de l'étude des parties constituantes des corps organisés, non plus des composés qui déterminent la nature chimique, mais bien des parties dont l'assemblage forme la composition anatomique. Là aussi on est arrivé jusqu'aux vrais éléments : d'abord aux tissus élémentaires de Bichat; puis, successivement, jusqu'aux principes immédiats, solides, liquides ou gazeux; jusqu'à l'*élément* anatomique qui, en tant qu'anatomique, est irréductible. Non-seulement on est parvenu à distinguer certaines parties d'une extrême ténuité, qui peuvent être considérées, à de certains égards, comme élémentaires (le tube nerveux, la fibre striée, etc.), mais on est descendu jusqu'à la cellule ; plus bas encore : jusqu'à cette granulation élémentaire, qui est la première figuration de la substance vivante.

En résumé, soit que l'on considère la nature brute ou la nature vivante, qu'il s'agisse de l'état physique des corps ou de leur état chimique, l'analyse arrive toujours à la distinction de particules visibles ou invisibles (les gaz), amorphes ou figurées : les unes simples, irréductibles et intransmutables ; les autres composées, mais composées de ces mêmes parties simples et jouant dans les combinaisons de la matière le rôle d'éléments. De plus, la notion des atomes découle des lois qui régissent les combinaisons. Voilà le dernier mot de la science contemporaine.

Et ceci rend tout de suite nécessaire une remarque générale. On présente d'ordinaire, et nous avons présenté nous-même, sous un jour défavorable, comme préjudiciable à la science et particulièrement à la médecine, ce débordement de spéculations dans lequel l'imagination des philosophes et des médecins s'est lancée et a tourné pendant plus de deux mille ans. Ce n'est que justice si l'on ne regarde, en effet, qu'aux résultats. On aurait peine à citer, dans l'ordre des faits particuliers, auxquels pourtant l'investigation des savants s'attachait autant qu'aux faits généraux, quelque découverte importante qui soit réellement issue de tant de superbes théories : la métaphysique seule en a bénéficié, et c'est même une chose remarquable combien peu ont changé, dans un si long espace de temps, les termes de tous les problèmes de psychologie et de théodicée. Mais, nous l'avons dit en commençant, ces spéculations répondaient à un besoin naturel et impérieux de l'esprit humain ; c'est une excuse qui brave tout reproche. Leur tort était de déduire de quelques observations grossières des conséquences que laissent souvent problématiques, aujourd'hui encore, la masse prodigieuse de connaissances amassées dans les siècles ultérieurs ; c'était d'introduire leurs propres arrangements dans le système souverain de la nature, d'apporter à ces constructions téméraires nombre de matériaux hypothétiques que l'observation et l'expérience ni ne donnaient ni ne pouvaient donner (la forme des atomes, par exemple, ou les qualités des éléments), et de pousser la tyrannie jusqu'à régenter les faits réellement observés, jusqu'à les dénaturer en les marquant de leur fausse empreinte. Voilà le grief tel qu'on pourrait aussi le relever de nos jours dans bien

des applications prématurées et vicieuses de théories parfaitement justes. Mais il n'en reste pas moins à l'antique philosophie cosmogonique une gloire : celle d'avoir conçu, en dépit de la grossièreté des observations et dans une sphère de connaissances extrêmement bornée, d'avoir conçu, presque par la seule puissance de la réflexion, de grandes vues que le progrès des sciences devait en partie justifier en les précisant.

Que fait cependant la médecine devant ce progrès continu de la physico-chimie? La médecine, qui compte d'ailleurs de grands chimistes, s'attache étroitement à elle et ne se dégage des liens galéniques que pour s'enchaîner à la chimiatrie. Dès avant Paracelse, le courant de la médecine chimique était établi, mêlé d'influences astrales et parfois de pythagorisme (J. Cardan); mais, en s'y jetant avec la fougue et l'intempérance qui lui étaient propres, Paracelse le rendit plus fort et plus durable. Pendant plus de cent ans après lui, l'iatrochimie a des représentants nombreux (outre Van Helmont) dans les deux Zwinger, Thurneiser, Duchesne, Libavius, Silvius de Le Boë, etc., qui rencontraient parfois, il est vrai, de rudes adversaires, comme Thomas Eraste. D'abord l'explication chimique des maladies est vague comme la notion chimique elle-même; les maladies dérivent maintenant de certains principes chimiques, comme eltes dérivaient autrefois de l'air ou de l'eau; mais plus tard les explications prennent la forme arrêtée d'une théorie qui se constitue. Les phénomènes qui se passent dans le corps vivant sont le produit de réactions chimiques; les maladies consistent en des réactions anormales, et c'est en rétablissant les réactions normales qu'on guérit les maladies. Les médicaments ont des propriétés chimiques appropriées à cet usage. Stahl reprend sous le nom de *phlogistique* le principe terreux de Becker. Ce principe est l'élément des corps susceptibles d'entrer en combustion; le phlogistique s'échappe pendant la fièvre. Quand enfin la chimie est arrivée jusqu'à la détermination des corps simples, des véritables éléments de la matière, aussi bien de la matière vivante que de la matière inanimée, aussi bien de nos solides que de nos liquides; quand elle est entrée en possession de théories d'une entière certitude, et qu'elle s'est trouvée d'ailleurs en présence d'une science anatomique et physiologique déjà avancée, elle a pu prêter à celle-ci, pour l'étude de la composition du corps humain et pour celle de ses fonctions, un concours direct, un concours efficace, et la chimie médicale a été fondée. Il y a eu alors, en toute légitimité, des fonctions, des maladies et des médicaments d'ordre chimique.

La découverte des éléments anatomiques a eu des conséquences d'une autre nature et d'une importance considérable. Ces éléments ne sont pas seulement des parties d'un tout animé; chacun d'eux a sa vie propre, des propriétés et des fonctions qui ne sont qu'à lui, et que, grâce à la perfection des moyens d'investigation modernes, on peut mettre en évidence par l'expérimentation. Et, chose remarquable, les expériences sur les animaux, comme les observations cliniques, ont, pour la première fois, introduit dans l'ordre des faits positifs une vue qui avait si longtemps reposé sur des abstractions chimériques et souvent ridicules : celle d'une corrélation élective entre les qualités ou propriétés des parties élémentaires des corps vivants et les qualités ou propriétés des agents médicamenteux. Il n'y a plus de médicaments chauds et secs pour contrarier l'action des éléments froids et humides; il n'y a plus de signatures astrales sur les médicaments ni sur les parties du corps; mais il y a des substances qui agissent sur l'élément musculaire, sur l'élément nerveux, sur la fibre contractile des vaisseaux, etc., pour les stimuler ou les engourdir.

Nous n'avons pas à juger l'histoire contemporaine : l'avenir dira jusqu'à quel point l'emploi qui a été fait et qui est fait chaque jour des richesses accumulées depuis un demi-siècle surtout s'est conformé aux règles d'une saine philosophie scientifique. Ce serait méconnaître la nature de l'esprit humain que de lui demander de ne jamais aller au delà de la portée rigoureuse des faits. Mais ce qu'on peut affirmer, c'est que le médecin marche à présent sur un sol déblayé, parfaitement solide, où il peut se heurter à des erreurs, mais où l'attendent de nombreuses et profitables vérités.

A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

EXPOSÉ DES RÉSULTATS DES GRANDES AMPUTATIONS PRATIQUÉES DANS UNE PÉRIODE DE DOUZE ANS, DANS LA DEUXIÈME DIVISION CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE ROUEN, par le docteur L. DUMÉNIL, chirurgien en chef.

(Suite. — Voyez les numéros 10 et 12.)

En résumé, 47 grandes amputations ont été pratiquées avec 9 décès, ce qui donne une proportion de 19 pour 100, chiffre très-faible à côté de la moyenne de 34,4 que donne le professeur Le Fort (*Médecine opératoire* de Malgaigne), moyenne établie sur les statistiques des hôpitaux de Paris, d'Angleterre et d'Amérique. Ce chiffre paraîtra plus faible encore si l'on tient compte du nombre relativementassez considérable des amputations de la cuisse.

On voit que, si je n'ai pas appliqué le pansement ouaté à toutes les amputations depuis mes premiers essais, c'est cependant celui que j'ai le plus employé, et les résultats justifient cette préférence. On a vu que, dans tous les cas où il a été convenablement fait, il n'a donné que des succès, et ces succès s'affirment de plus en plus, deviennent de plus en plus complets à mesure que j'y apporte plus de soin. J'avais quelquefois, dans les premiers temps, des saignements consécutifs entraînant la nécessité de renouveler le pansement le jour même ou le lendemain de l'opération; maintenant que je m'applique à obtenir l'hémostase parfaite en y employant beaucoup de temps et en n'épargnant pas les ligatures au catgut, je ne redoute plus cet accident.

Toutes mes opérations sont faites sous le nuage phéniqué et avec toutes les précautions recommandées par Lister pour ce qui concerne les aides et les instruments. La réunion est faite au moyen d'une suture métallique unique portant sur toute l'épaisseur de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, avec un drain à l'un des angles de la plaie. Le pansement n'est renouvelé qu'au bout de quinze jours; les fils métalliques coupent, il est vrai, souvent un peu les parties molles, mais je n'y ai vu aucun inconvénient sérieux.

C'est à cet ensemble de moyens qui se complètent les uns les autres que je crois devoir d'avoir pu obtenir des réuions primitives dans mes trois dernières amputations de cuisse.

Je pourrais apporter à l'appui de ces preuves en faveur du pansement ouaté les excellents résultats qu'il m'a donnés dans bon nombre d'opérations de moindre importance, dans des amputations de doigts et d'orteils, sans que j'aie eu à lui imputer aucun accident, mais j'ai dit que je m'en tiendrais aux grandes amputations. Je dois cependant signaler un léger inconvénient que je n'ai vu indiqué nulle part, et que je n'ai, du reste, observé qu'une fois. Chez un amputé de la jambe

les brins de coton s'étaient tellement incrustés dans les bourgeons charnus qu'il fut impossible de les enlever; la présence de ces petits corps étrangers provoqua une exubérance de prolifération cellulaire qui donna à la plaie un aspect végétant difficile à modifier, et qui retarda un peu la marche de la cicatrisation.

Je n'ai appliqué le pansement de Lister que dans un cas d'amputation du bras, et il m'a donné une réunion primitive. Ce cas unique ne me permet pas de le comparer au pansement ouaté; mais il me rend les plus grands services dans les cas où ce dernier est inapplicable ou d'application difficile, et c'est à leur usage parallèle que je dois d'avoir modifié l'état sanitaire de mes salles de la manière la plus avantageuse.

On m'a vu employer, dans quelques cas, une méthode qui n'a peut-être pas été appréciée à sa valeur; je veux parler de l'aspiration continue de M. Maisonneuve. Nous sommes mal placés en province pour des essais de cette nature, qui exigent des appareils parfaits et un matériel assez considérable pour appliquer rigoureusement à chaque cas l'occlusion hermétique; peut-être est-ce à une imperfection d'appareil qu'il convient d'attribuer l'infection purulente qui a enlevé une de mes amputées de cuisse. Mais, à côté de ce revers, deux réunions primitives, l'une à la suite d'une amputation de cuisse, l'autre après une amputation de jambe, plaident en faveur de cette méthode, et si le pansement ouaté n'était venu m'offrir plus de facilité d'application et plus de garanties au moment où je faisais ces essais, j'aurais persisté dans l'emploi de l'aspiration continue en perfectionnant son application.

On voit par l'exposé que je viens de faire que je suis partisan de la réunion primitive; je suis encouragé dans cette voie par les résultats que j'ai obtenus. Lors même qu'on ne l'obtient que très-partiellement, elle donne de grands avantages, surtout sur les parties où l'application d'un appareil prothétique demande un moignon bien régulier, une cicatrice peu étendue et placée sur un point favorable.

Plusieurs de mes amputés, atteints de quelque maladie d'un grand appareil organique ou d'affection diathésique, peuvent apporter leur appoint à la question de l'influence réciproque de ces états et des traumatismes les uns sur les autres. Aussi me semble-t-il opportun de revenir sur chacun de ces cas en particulier. Je m'arrêterai d'abord aux malades dont les lésions locales se sont compliquées de diathèse tuberculeuse. Ils sont au nombre de quatre dans mes tableaux : chez deux, la maladie diathésique existait au moment de l'opération; chez deux autres, elle s'est développée consécutivement. Ces cas me paraissent mériter l'attention au point de vue de l'opportunité de l'intervention opératoire en pareille circonstance.

Obs. II. — Le soldat Baudribos entra dans le service en 1868 pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, compliquée de symptômes manifestes de tuberculisation pulmonaire; celle-ci était caractérisée par la diminution du son, de la respiration soufflante et des craquements au sommet du poumon droit. Il y avait, en outre, un dépérissement marqué, de l'amaigrissement, une pâleur très-prononcée. Les lésions de l'articulation tibio-tarsienne indiquaient nettement l'amputation; mais, n'osant soumettre le malade à cette épreuve avec un état général aussi mauvais, je l'envoyai à Amélie-les-Bains.

Il en revint transformé; il avait repris de l'embonpoint et des couleurs, la toux avait disparu, et il ne restait au sommet du poumon droit qu'un peu de rudesse de la respiration.

Je pratiquai alors l'amputation de la jambe au quart inférieur, par le procédé de Guyon. La suture métallique et le pansement alcoolisé donnèrent une réunion primitive complète, et le malade, muni d'un appareil Beaufort, put marcher dans les jardins de l'hôpital, monter et descendre les escaliers, faire des promenades en ville avec la plus grande facilité. Il reprit chez lui le métier de tisserand, qu'il exerçait avant son incorporation, et il était en état de faire de longues courses à la campagne sans la moindre gêne. Il continua son métier jusqu'à sa mort, arrivée il y a trois ans par phthisie pulmonaire.

Ce malade était manifestement sous l'influence de la diathèse tuberculeuse. L'opération a été faite dans un moment où la diathèse n'était plus qu'à l'état latent, où un traitement thermal approprié avait arrêté l'évolution des lésions. C'est, sans contredit, à cette circonstance que j'ai dû la guérison avec le plus beau résultat que j'aie jamais observé à la suite d'opérations semblables. L'influence réciproque de la diathèse et de l'opération l'une sur l'autre a été complétement nulle.

Dans le cas suivant, les suites furent aussi déplorables qu'elles avaient été favorables dans le précédent.

Obs. III. — Le soldat Magne, âgé de vingt-sept ans, entra dans mon service, le 25 juillet 1867, pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne droite, avec trajets fistuleux. L'immobilisation avec les cautérisations transcurrentes, la compression, les injections de perchlorure de fer à 15-20 degrés, faites au moyen d'une seringue de Pravaz au centre des fongosités, furent successivement employées, concurremment avec les moyens internes habituellement mis en pratique dans les cas semblables, jusqu'au mois de novembre, mais rien ne put entraver la marche progressive des lésions. Une douleur vive, persistante à la base du thorax, à gauche, me conduisit à un examen attentif de la poitrine; la percussion et l'auscultation ne révélaient aucun signe permettant d'affirmer quelque lésion interne.

L'amputation de la jambe fut faite, le 26 novembre, au lieu d'élection par le procédé à lambeau externe. La difficulté de lier l'artère tibiale antérieure amena une perte de sang assez considérable. J'assujettis les trois quarts antérieurs du lambeau par la suture entortillée et je fis appliquer des compresses réfrigérantes. Dès le jour de l'opération, le membre fut pris de soubresauts; il survint des frissons répétés, de l'ictère, de la diarrhée, et le malade succomba onze jours après l'amputation. A l'autopsie, on trouva la veine poplitée oblitérée par des caillots mélangés de pus, la plèvre droite remplie de pus, dans le poumon gauche un petit abcès métastatique, et au sommet une large caverne entourée de tubercules ramollis.

Ce cas diffère du précédent en ce que l'opération a été pratiquée en pleine évolution des lésions diathésiques. Quelle est sa valeur dans la question qui nous occupe? Il est difficile de se prononcer sur un fait isolé, eu égard à la nature et au siége d'une opération qui amène souvent un résultat aussi funeste, même faite dans les meilleures conditions.

Dans les observations de Varlet et de la femme G..., la tuberculisation s'est développée consécutivement à l'opération. Chez le premier, outre l'épuisement produit par une tumeur blanche et un séjour d'un an à l'hôpital, l'amputation fut suivie de suppuration diffuse, puis de lymphangite à répétition, qui amena à son tour une arthrite purulente du genou, et c'est dans le cours de ces derniers accidents que les premiers symptômes de la tuberculisation pulmonaire apparurent.

Dans le deuxième cas, il y avait de l'alcoolisme chronique qui n'empêcha pas la plaie d'une amputation de la cuisse d'arriver à une cicatrisation complète. La malade succomba à une sorte d'état cachectique qui me parut être le résultat des lésions viscérales de l'alcoolisme. On trouva à l'autopsie un foie gras, énorme, une dégénérescence graisseuse très-prononcée des reins, un cœur à parois flasques et décolorées. Les deux poumons présentaient à leur sommet un certain nombre de noyaux d'infiltration tuberculeux sans ramollissement.

Dans ces deux cas, il est permis d'admettre que l'opération, par la longue suppuration qu'elle a amenée, est venue activer le développement des tubercules dans un terrain déjà merveilleusement disposé par les causes d'épuisement antérieures, et nous croyons pouvoir en conclure qu'il est sage de ne pas trop reculer l'amputation lorsqu'elle est nettement indiquée, surtout s'il s'agit de sujets chez lesquels on a à redouter la diathèse tuberculeuse.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SUITE DE LA SÉANCE DU 17 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES EXPANSIONS PÉDONCULAIRES, par M. *Bitot* (de Bordeaux). — L'auteur affirme que les expansions pédonculaires ou capsulaires n'aboutiraient qu'à quelques districts de la périphérie cérébrale et formeraient trois groupes : antérieur, moyen et postérieur. Il décrit le trajet de ces groupes et en conclut que la substance corticale du cerveau peut être divisée en deux parties : l'une *capsulaire*, excitable, et l'autre *acapsulaire*, non excitable. Les parties capsulaires seraient seules des centres psycho-moteurs.

Les lésions cérébrales pathologiques ou expérimentales ne s'accuseraient d'emblée par des troubles de sensibilité ou de motricité que si elles siégent sur le trajet ou à la terminaison des expansions pédonculaires, véritables nerfs intrinsèques du cerveau.

Les lésions qui s'effectueront sur toute autre partie blanche ou grise ne produiront ni anesthésie, ni paralysie motrice, mais elles se traduiraient par d'autres symptômes, tels que des troubles intellectuels, etc., ou bien elles resteraient latentes.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR UN LEPTOTHRIX TROUVÉ PENDANT LA VIE DANS LE SANG D'UNE FEMME ATTEINTE DE FIÈVRE PUERPÉRALE GRAVE, par M. *V. Feltz*. — Dans le sang de la malade, deux jours avant la mort, et dans le sang du cadavre, on trouva un nombre considérable de filaments immobiles, simples ou articulés, transparents, droits ou courbes, dont chaque article était long de 0mm,003 à 0mm,006 pour une largeur de 0mm,0005 à 0mm,0003. Le sang du cœur recueilli à l'abri du contact de l'air, puis cultivé dans des tubes de M. Pasteur, ne contenait que de l'air pur.

Les cryptogames ainsi reconnus appartiennent au genre Leptothrix; ils ressemblent beaucoup aux bâtonnets immobiles de l'enduit gingival; mais ils en diffèrent en ce qu'on les rencontre toujours seuls dans le sang frais, tandis que les Leptothrix de la bouche sont toujours accompagnés de bactéries oscillantes et de spores mobiles d'où ils procèdent. La putréfaction détruit les bâtonnets immobiles qui, d'abord mélangés à des formes vibrioniques multiples, finissent par disparaître complétement. Conservés sur des plaques convenablement bitumées, ils deviennent franchement granuleux et se cassent.

L'inoculation de ces corps avec du sang vivant ou mort, ou cultivé, pratiquée sur des cobayes, établit sa toxicité et leur reproduction innombrable dans le sang. L'état pathologique ainsi déterminé se marque par une incubation plus ou moins longue et un stade morbide caractérisé par une légère augmentation de la température, bientôt suivie d'une chute thermométrique progressive; surviennent ensuite un suintement sanguinolent de l'une ou l'autre muqueuse, un état particulier des poils, une grande gêne respiratoire et une légère perte de poids. La mort arrive par asphyxie lente.

L'auteur décrit ensuite les altérations cadavériques observées, puis il conclut de ses recherches que la virulence du sang et des sérosités des animaux morts ainsi est démontrée par le retour des mêmes accidents et des mêmes lésions chez des cobayes auxquels on inocule des doses de plus en plus petites, même infinitésimales, de ces liquides. Cette virulence diffère de celle de la septicémie en ce qu'elle reste toujours la même et qu'elle n'augmente pas par les inoculations successives.

Il fait remarquer que le sang perd parfois spontanément tous ses Leptothrix, avant toute apparence de putréfaction, et que la cessation de toute propriété infectante est toujours la conséquence de ce phénomène que l'on reproduit à coup sûr en privant le sang du contact de l'air.

Les cultures successives des Leptothrix du sang dans de l'urine alcaline, suivant les règles de M. Pasteur, ne laissent pas de doute sur la végétation infinie des bâtonnets qui sont aérobies; ils procèdent de spores ovoïdes. La persistance de la toxicité dans ces conditions démontre que le Leptothrix agit, par son excessive multiplication, à la façon des parasites.

L'auteur a inoculé les Leptothrix de la bouche à des cobayes et à des lapins sans obtenir de végétation parasitaire dans leur sang. Il a ensuite et maintes fois constaté que ce Leptothrix, qui se développe si bien chez le cobaye et surtout chez le lapin, ne se reproduit pas du tout dans le sang du chien. « Nous pouvons donc affirmer, dit-il en terminant, qu'entre des Leptothrix de même forme il y a de grandes différences vitales, et que leur développement est subordonné, comme pour tous les parasites cryptogamiques, à la nature du terrain où ils ont été semés par le hasard ou l'expérimentation. »

— A la suite de cette communication, M. *Pasteur* rappelle les observations et les expériences qu'il a faites sur l'étiologie de la fièvre puerpérale.

MORPHOLOGIE DU FOLLICULE DENTAIRE CHEZ LES VERTÉBRÉS, par MM. *Ch. Legros* et *E. Magitot*. — Le système dentaire, considéré dans la série des vertébrés, représente tantôt un simple appareil de tact (dents cutanées et branchiales de certains poissons), tantôt un appareil auquel sont dévolues des fonctions multiples de tact, de préhension et de mastication (mammifères terrestres).

Dans sa plus grande simplicité anatomique, l'appareil dentaire ne comprend qu'un état d'évolution particulier de la *lame épithéliale* qui recouvre les arcs maxillaires pendant la vie embryonnaire : chez les poissons et la plupart des mammifères, il est le résultat du fonctionnement d'un petit organisme spécial, le *follicule dentaire*.

Le follicule dentaire est un appareil embryonnaire dont la durée et le rôle physiologique dépassent considérablement la limite de la vie fœtale, car on le retrouve au sein des mâchoires et en pleine activité fonctionnelle pendant l'enfance et jusqu'à la période adulte. A partir du moment où sa formation est achevée, il se compose essentiellement : 1° d'un sac membraneux, clos de toutes parts; 2° d'un certain nombre d'organes contenus dans le sac.

Le sac, ou enveloppe folliculaire, est constitué par une paroi celluleuse ou fibro-celluleuse, affectant avec le tégument extérieur muqueux ou cutané une adhérence complète.

Les organes inclus sont en nombre variable et de composition anatomique parfaitement distincte. Relativement à leur nombre, celui-ci n'est jamais inférieur à *deux* ni supérieur à *trois*. L'un de ces organes, dont la présence est fixe et invariable, est le *bulbe*, car sa fonction consiste dans la formation de la dentine ou ivoire, tissu fondamental de tout organe dentaire défini. Lorsque le follicule dentaire ne contient que deux organes formateurs, le second qui entre dans sa composition est tantôt un *organe du cément* (follicule de la défense de l'éléphant), tantôt l'*organe de l'émail* (follicule des carnassiers, de l'homme, etc.).

Dans l'état le plus complet du follicule, alors que trois organes intérieurs figurent dans sa constitution, ceux-ci sont, par ordre de superposition : 1° le bulbe central; 2° l'organe de l'émail, exactement moulé sur la surface convexe du précédent; 3° l'organe du cément entourant les deux autres et recouvert lui-même par la paroi folliculaire. Tel est le follicule des dents composées des grands mammifères (molaires des herbivores).

Les auteurs décrivent ensuite les détails de structure que présentent le bulbe dentaire, l'organe de l'émail et l'organe du cément.

Pathogénie et traitement du strabisme convergent intermittent, sans opération, par l'emploi des mydriatiques ou des myosiques, chez les enfants, par M. *Boucheron.*

Le strabisme *convergent* dépend de la construction *hypermétropique* de l'œil dans la grande majorité des cas, comme l'a démontré Donders. Ainsi ces yeux hypermétropes, pour la vision des objets éloignés, emploient prématurément leur accommodation; pour la vision des objets rapprochés, ils sont obligés de faire un effort excessif d'accommodation.

Mais, dans l'organisation de l'appareil oculaire, l'accommodation des yeux pour la vision des objets rapprochés entraîne la convergence des lignes de regard vers ces mêmes objets. Les muscles de l'accommodation et les muscles de la convergence sont animés par le même nerf (moteur oculaire commun); ces deux actions musculaires sont donc associées.

L'accommodation cependant *gouverne* la convergence, qui est une fonction plus subalterne, et à un effort excessif d'accommodation correspond un effort excessif de convergence. Aussi les yeux hypermétropes sont-ils constamment sollicités à loucher; puis peu à peu l'habitude survient, et ils restent déviés. Le strabisme convergent, d'abord intermittent, devient permanent et n'est plus curable que par l'opération.

Mais, quand l'habitude vicieuse n'est pas encore définitivement constituée, il est possible d'enrayer la production du strabisme en s'attaquant à ses facteurs pathogéniques.

Comme l'excès d'accommodation entraîne l'excès de convergence, si l'on supprime l'accommodation, on supprimera le strabisme. En effet, il suffit d'instiller quelques gouttes d'une solution d'atropine dans les deux yeux pour paralyser l'accommodation, empêcher la vision de près, arrêter la tendance à la convergence et faire disparaître le strabisme convergent intermittent en quelques jours (de deux à quinze).

Comme l'équilibre se trouve rétabli entre les muscles oculaires, l'évolution naturelle et l'accroissement régulier de l'enfant consolident l'appareil oculaire dans cet état d'équilibre. Après quelques mois (trois, cinq, huit, dix mois), selon l'âge des enfants, la guérison est définitive.

Le plus grand nombre des strabismes convergents sont d'abord *intermittents;* aussi la méthode est-elle applicable à la plupart des enfants strabiques, au début de leur affection. Après la guérison du strabisme, il est important de corriger le défaut de construction de l'œil, l'hypermétropie, par les verres appropriés, surtout au moment où l'enfant va faire un usage constant de la vision de près, pour les besoins de son éducation.

Tous les *mydriatiques*, atropine, duboisine, etc., jouissent des mêmes avantages au point de vue du strabisme, et ils peuvent se suppléer.

Les myosiques (ésérine), qui immobilisent le muscle ciliaire et interrompent la relation préexistante entre l'accommodation et la convergence, peuvent aussi être employés, mais de préférence à la fin du traitement, pour faciliter les essais de lecture.

Ces substances, employées à dose convenable, sont inoffensives, même chez les plus jeunes enfants.

Séance du 24 mars 1879. — Présidence de M. Daubrée.

Sur la présence de la lithine dans les roches et dans les eaux des mers; conséquences relatives aux terrains salifères et a certaines classes d'eaux minérales, par M. *L. Dieulafait.* — La lithine a déjà été signalée dans un grand nombre d'espèces minérales. L'auteur l'a recherchée d'une manière systématique dans toutes les roches dont l'ensemble constitue la formation primordiale. Il résulte de cette étude que la lithine est aussi répandue que la soude et la potasse, et qu'elle accompagne ces deux bases dans toutes les roches de la formation primordiale. Elle existe aussi dans les eaux de la Méditerranée en quantité telle, qu'elle peut être reconnue dans le résidu de l'évaporation d'un seul centimètre cube. Le fait est général : les eaux de la mer Rouge, de l'océan Indien, des mers de la Chine, du Pacifique et des mers australes donnent les mêmes résultats. La lithine se concentre dans les dernières eaux mères des marais salants, en quantité si considérable qu'elle est parfaitement reconnaissable dans la *millième* partie de *un centimètre cube* de ces eaux mères. Elle se concentre en quantité notable dans les boues qui, à toutes les périodes de l'évaporation, se déposent dans les marais salants, dans les gypses et dans les marnes des terrains salifères de tous les âges, et plus particulièrement encore ceux de la formation tertiaire.

Dans les gypses tertiaires de l'Italie, on en rencontre surtout dans la région des *suffioni* à acide borique. L'auteur a aussi examiné l'eau qui a barboté dans les *suffioni*, et dont on retire industriellement l'acide borique; cette eau est riche en lithine : nouvel argument en faveur de la liaison de l'acide borique avec les gypses et les terrains salifères.

Le fait de la présence de la lithine dans toutes les roches de la formation primordiale entraîne cette conséquence, que toutes les eaux qui se minéralisent dans ce grand horizon doivent contenir de la lithine; c'est en particulier le cas pour une grande partie des eaux minérales des Pyrénées. Cette conséquence est complétement vraie pour les eaux suivantes : Luchon, Cauterets, Baréges, Saint-Sauveur, Labassère, Visos, Bonnes, Ax, Amélie. La quantité de lithine est même telle dans ces eaux, qu'on doit certainement s'en préoccuper au point de vue thérapeutique.

Les eaux minérales salines sortent des terrains salifères et se minéralisent aux dépens des sels et des substances organiques abandonnés par les anciennes mers.

Toutes les eaux salines renferment de la lithine en quantité telle, que souvent cette substance a pu être reconnue avec *une seule goutte* d'eau, c'est-à-dire avec moins de 1/25 de centimètre cube. C'est ce qui a eu lieu en particulier pour les eaux d'Allevard, de Balaruc, de Bourbonne, de Contrexeville, de Digne, de Gréoulx, de Miers, de Montbrun, de Pougues, de Salins, d'Uriage, de Birmenstorff, de Loèche, de Wildegg, de Pullna, de Humbourg, de Kissingen, de Kreusnach, de Nascheim, de Soultzmatt.

Résistance des germes de certains organismes a la température de 100 degrés; conditions de leur développement, par M. *Ch. Chamberland.* — L'auteur rappelle qu'il a démontré l'existence d'un organisme microscopique exclusivement aérobie et se cultivant dans tous les liquides organiques non acides. Cet organisme donne naissance à des germes ou spores qui, placés dans des milieux neutres, résistent pendant plusieurs heures à la température de 100 degrés. Les temps nécessaires pour tuer ces spores sont variables avec le liquide dans lequel elles se trouvent. Ainsi, dans l'eau de levûre et dans l'eau de foin, elles peuvent résister pendant cinq heures, tandis que dans l'eau distillée elles sont tuées après deux ou trois heures d'ébullition. Une température de 115 degrés environ les tue très-rapidement. Les spores résistent à l'ébullition faite pendant quelques minutes dans un milieu acide. Les organismes se développent très-bien aux températures de 40 et de 50 degrés.

Un autre *Bacillus* également décrit par l'auteur est à la fois aérobie et anaérobie. Il absorbe l'oxygène de l'air lorsqu'il se trouve en contact avec lui; mais, placé dans le vide, il agit comme ferment et donne un dégagement de gaz qui est un mélange d'acide carbonique et d'hydrogène. Sous ce rapport, il jouit de propriétés analogues à la levûre de bière. Il se développe aussi dans les milieux neutres ou légèrement alcalins, et pas du tout dans les liquides notablement acides. Il donne également des germes ou spores qui résistent à la température de 100 degrés, mais beaucoup moins longtemps que les spores du *Bacillus subtilis.* Ainsi, placés dans l'eau distillée, les germes de ce nouveau microbe résistent pendant trente minutes à la température de 100 degrés, mais ils sont tués après quarante minutes environ. Ils se comportent sensiblement de même dans les autres liquides neutres. Lorsqu'on les sème dans des liquides légèrement acides que l'on fait bouillir ensuite pendant quelques minutes, ces liquides se conservent sans production d'organismes, mais les spores ne

sont pas tuées. On le constate de la même façon que pour le *Bacillus subtilis*. Enfin, les températures les plus favorables au développement de ce nouveau microbe sont sensiblement les mêmes que celles qui conviennent au *Bacillus subtilis*.

Ces résultats démontrent que l'ébullition, même pendant une heure, ne suffit pas à tuer tous les germes que l'eau peut contenir. Il faut donc toujours se servir d'appareils *flambés* pour la manipulation des liquides neutres stériles.

Il importe enfin de remarquer que les deux organismes connus jusqu'ici, dont les germes résistent à la température de 100 degrés, se développent aussi à des températures très-élevées. Tous les autres organismes dont les germes sont tués à la température de 100 degrés ne se développent jamais dans une étuve à 50 degrés.

Sur la présence dans le sang et les tissus, sous forme sphéroïnale, de certains liquides non miscibles a l'eau et ayant pénétré par la voie pulmonaire, par M. *Poincaré*. — Dans ses recherches sur les effets de l'empoisonnement par le sulfure de carbone, l'auteur dit avoir rencontré fréquemment, dans les vaisseaux, des gouttes qui avaient paru être formées par cette substance, condensée de nouveau après son absorption.

Les mêmes résultats s'obtiennent avec d'autres substances non miscibles au sang, notamment avec l'essence de térébenthine et la nitrobenzine. Ces deux liquides, tout en se vaporisant dans l'atmosphère, assez pour pénétrer largement par la voie pulmonaire, sont cependant beaucoup moins volatils que le sulfure de carbone, de sorte que leurs gouttes sont plus stables et que le phénomène reste plus apparent. Les réactions chimiques ne révèlent point la présence dans les tissus des produits inhalés.

Toutefois, dit l'auteur, en présence de ce fait que c'est seulement chez les animaux qui ont respiré les vapeurs de liquides non miscibles au sang qu'on trouve dans le torrent circulatoire des gouttes libres qui, par leur aspect physique, paraissent identiques aux substances qui ont fourni ces vapeurs, j'ai cru devoir attirer l'attention des observateurs sur cette question.

Il est évident que les ouvriers qui respirent des vapeurs de ce genre sont exposés à une action toxique, variable avec leur composition chimique, et en même temps à des troubles mécaniques de la circulation et de la nutrition, analogues à ceux que produisent les embolies et l'introduction de l'air dans les veines. Ainsi s'expliqueraient ces morts précipitées qu'on observe parfois en expérimentant avec ces substances, et qui sont précédées de symptômes presque toujours semblables, quelle que soit leur nature. Certaines catastrophes produites par la chloroformisation sont peut-être le résultat du même mécanisme.

La substance qui, dans l'expérimentation, donne les résultats les plus apparents est la nitrobenzine. Les gouttes, qui se montrent à peu près dans tous les organes, sont surtout très-abondantes dans le foie, les reins et les poumons. Elles existent non-seulement dans les vaisseaux, mais encore dans le tissu conjonctif et quelques cellules. Toutefois, il y a intérêt à procéder à l'examen peu de temps après la mort de l'animal.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1er AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit : 1° Un pli cacheté de M. P. Thomas (*accepté*). 2° Une lettre de M. de Masquard *sur la maladie des vers à soie*. 3° Diverses brochures de M. le docteur Boens *sur les plaies et les pansements*.

M. *Bergeron* dépose sur le bureau, au nom de M. *Proust*, un *Rapport général sur les travaux des conseils d'hygiène des départements*.

Maladies des vers a soie. — M. *Pasteur* répond quelques mots à une lettre adressée par M. de Masquard, relativement à sa communication de la séance du 11 mars.

Ce que l'on désigne sous la dénomination de *maladie des vers à soie* comprend, dit M. Pasteur, deux maladies distinctes : 1° La *maladie des corpuscules* ou *pébrine;* 2° La *flacherie*. Or, la première a certainement et complétement disparu chez tous les éducateurs qui ont suivi ponctuellement les conseils de M. Pasteur relativement à l'examen et au choix de la graine, et qui ont eu la précaution d'élaguer toute graine provenant de papillons atteints de corpuscules. Quant à la *flacherie*, les idées de M. Pasteur sur ce point ont soulevé tant de contradictions, que les éducateurs, troublés par ces contradictions, n'ont pas su prendre avec assez de résolution les mesures indiquées par M. Pasteur dans son livre : de là, suivant M. Pasteur, la persistance de la maladie, qui ne cessera que lorsque les éducateurs, mieux éclairés, seront revenus aux vrais principes.

Rapports. — M. *Poggiale*, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

Traitement des névralgies par le sulfate de cuivre ammoniacal. — M. le docteur *Féréol* ayant plusieurs fois rencontré des névralgies de la cinquième paire qui, après avoir résisté à une foule de moyens, ont rapidement et plus ou moins complétement disparu après l'administration du sulfate de cuivre ammoniacal, a cru qu'il était permis d'attirer l'attention de l'Académie et des médecins sur un médicament un peu trop oublié et capable de rendre des services dans la pratique.

M. Féréol a essayé une première fois ce médicament sur un homme de trente-deux ans, vigoureux, ayant depuis deux mois des crises atroces et tellement multipliées que c'est à peine si, dans certains jours, elles étaient séparées par quelques minutes d'intervalle. L'insomnie était absolue. Le malade s'était fait arracher six dents de la mâchoire supérieure, plus ou moins saines. On essaya successivement le sulfate de quinine, le bromure de potassium, le chloral, le nitrate d'aconitine de Duquesnel, qui fut porté de 4 à 16 granules, c'est-à-dire de 1 à 4 milligrammes par jour ; la teinture de gelsemium, de 5 millimètres cubes à 8 centimètres cubes par jour ; les vésicatoires morphinés ; les injections hypodermiques de morphine ; les granules de dioscoride, etc. ; tous ces médicaments n'eurent que peu ou point d'effet.

C'est alors que M. Féréol essaya le sulfate de cuivre ammoniacal. Dès le premier jour, l'amélioration fut considérable, et, le second, le malade dormit toute la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis deux mois. Le médicament fut continué dix jours, et quand le malade quitta l'hôpital, il n'avait pas eu de crises depuis quatre jours, et se trouvait guéri. Malheureusement il n'a pas été revu depuis, malgré les recommandations que lui avait faites M. Féréol.

Chez un jeune homme vigoureux, non alcoolique, atteint depuis quelques jours de névralgie sus-orbitaire *à frigore*, se produisant chaque matin pour cesser à midi, une application de sangsues, un vésicatoire, le sulfate de quinine à la dose de 1gr,50, avaient été impuissants. Le sulfate de cuivre ammoniacal en potion, à la dose de 10, puis de 15 centigrammes par jour, amena, dès le premier jour, un apaisement considérable de la douleur, et, le second jour, le malade se disait guéri. La médication fut continuée encore une semaine, et la névralgie ne reparut pas.

Des effets analogues ont été observés par M. Féréol chez une dame de quarante-trois ans, délicate et nerveuse, mais non hystérique, atteinte d'une hémicrânie droite persistante, mais sans vomissements ni fourmillements dans les membres, ni de troubles cérébraux, éprouvant, en outre, des crises douloureuses atroces dans les nerfs de la cinquième paire, qui la rendaient comme folle, chez laquelle avaient été inutilement employés divers traitements en province, et, à Paris, le sulfate et le bromhydrate de quinine, les pilules d'aconitine, le quinium de Moussette, les injections hypodermiques de

morphine, etc. Semblables résultats ont été également obtenus chez un vieillard d'une soixantaine d'années, atteint depuis dix-huit mois au moins d'une névralgie horriblement douloureuse ayant son point de départ dans le rameau nasal de la cinquième paire du côté droit, et chez lequel la cautérisation avec le nitrate d'argent, la pommade au calomel, le bromure de potassium, le sulfate de quinine, les narcotiques, les injections hypodermiques de morphine, le nitrate d'aconitine, avaient été essayés inutilement. Malheureusement les résultats ne se sont pas maintenus, le malade ayant éprouvé des vomissements qui lui ont inspiré de la répugnance pour le sulfate de cuivre ammoniacal et qui lui ont fait abandonner la médication.

Le travail de M. Féréol a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Pidoux, Oulmont et Maurice Raynaud.

— A quatre heures un quart, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Marc Sée sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 29 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire. Phthisie consécutive M. Constantin Paul, M. Duguet. — Lésions des lymphatiques dans la goutte : M. Damaschino. — Syphilis héréditaire : M. Parrot. — Cas de purpura hemorrhagica : M Rigal.

M. *Constantin Paul* lit l'observation d'un malade qui, au mois de mai 1878, fut pris en pleine santé, à la suite d'un refroidissement, de frisson et de congestion pulmonaire à gauche. Entré dans le service de M. Constantin Paul au mois de janvier 1879, on constata de la toux, de l'atrophie des muscles pectoraux, de la saillie des côtes et de l'affaiblissement général. Le poumon droit était sain à gauche; sous la clavicule droite, matité dans le premier espace intercostal; respiration faible, râles sous-crépitants humides très-rapprochés; mais l'oreille était frappée par un phénomène insolite, celui de l'impulsion artérielle considérable, avec bruit de souffle. En arrière, moins de sonorité dans la fosse sous-épineuse; respiration faible avec râles sous-crépitants très-nombreux, très-serrés, très-humides, sans bruit de souffle à l'expiration; retentissement de la toux et de la voix.

La pointe du cœur siégeait derrière la cinquième côte, à 10 centimètres de la ligne médiane. Le bord supérieur du foie correspondait au niveau de l'insertion du cinquième cartilage droit. En réunissant cette ligne du bord du foie à la pointe du cœur, on obtenait une ligne qui correspondait au bord inférieur du triangle cardiaque. Cette ligne est presque horizontale. L'examen du bord droit vertical du triangle cardiaque place cette ligne à 1 centimètre et demi du bord droit du sternum. Il résulte de cette mensuration que le cœur est gros, mais que l'hypertrophie ne porte pas sur le cœur gauche.

L'auscultation du cœur, faite au siége d'élection des bruits appartenant aux divers orifices, ne révélait rien. Il n'en était pas de même au foyer des bruits de l'artère pulmonaire. On constatait un bruit de souffle qui présentait les caractères suivants : 1° Au point de vue du siége, souffle dans le deuxième espace intercostal gauche, s'étendant vers l'aisselle jusqu'à 8 centimètres du bord du sternum. On l'entendait également tout près du bord du sternum, dans une étendue de 1 ou 2 centimètres. Il débordait un peu le sternum à droite, le maximum du bruit était à 3 centimètres du bord gauche du sternum. 2° Au point de vue du temps, le bruit était systolique; mais ce bruit de souffle présentait des caractères spéciaux, dont le plus important consistait dans l'intensité du bruit selon que le malade était debout ou couché.

Lorsque le malade était couché dans un plan sensiblement horizontal, le bruit de souffle atteignait son maximum d'intensité et s'accompagnait de frémissement cataire. Au contraire, quand il était debout, le bruit diminuait considérablement. Cette différence tient à ce que, dans la station debout, la circulation de l'artère pulmonaire est ralentie par la pesanteur, tandis que dans le décubitus horizontal le sang de l'artère pulmonaire, suivant l'action de la pesanteur, y coule avec plus de rapidité et donne lieu à des bruits plus intenses.

Le deuxième caractère propre aux bruits de l'artère pulmonaire est le suivant : si l'on fermait les narines et la bouche du malade, et si, en même temps, on lui faisait faire un effort violent d'expiration, sans que l'air pût sortir, on voyait l'ondée sanguine de l'artère pulmonaire se réduire ; le bruit diminuait de durée et disparaissait presque complétement. Si à ce moment, on rendait au malade la liberté de respiration, il faisait des respirations très-grandes; le sang de l'artère pulmonaire affluait sans obstacle, et les bruits reprenaient progressivement leur intensité première et la dépassait même pendant un moment.

Ces phénomènes étaient une preuve évidente d'une lésion de l'artère pulmonaire siégeant à son orifice et rétrécissant son calibre, ainsi que les signes de l'hypertrophie du cœur droit. On ne pouvait pas admettre non plus l'hypothèse d'un anévrysme de l'aorte donnant des bruits de souffle dans le deuxième espace intercostal gauche, car il n'y avait pas de signe de compression du nerf récurrent. Enfin, chez ce malade, on trouvait un pouls régulier, pas de cyanose ni d'œdème pulmonaire, ni de congestion du foie, ni d'œdème des membres inférieurs.

Depuis un mois, ce malade est sujet à des attaques nerveuses consistant en douleur anxieuse de la région cardiaque, spasmes pharyngiens, pleurs avec conservation complète de la connaissance. Ces attaques, qui ne s'accompagnent ni de tendance à la syncope, ni d'extension douloureuse dans le bras gauche, ne peuvent être considérées comme des attaques d'angine de poitrine. Elles ont la force des névralgies extrinsèques, symptomatiques des affections du cœur et ressemblant aux attaques d'hystérie.

En résumé, la persistance des lésions depuis plusieurs mois ne permet pas de croire qu'il s'agisse d'une simple anémie, mais bien d'un rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire, avec phthisie consécutive. Cette observation vient confirmer celle que M. C. Paul a faite, il y a huit ans, du rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire et celles qui ont été faites depuis.

— M. *Duguet* présente un malade atteint de rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire consécutif à une endocardite rhumatismale sans cyanose ni tubercules.

Ce malade, âgé de seize ans et demi, fut pris de rhumatisme articulaire aigu au mois de février 1875, à la suite d'un bain froid : à partir de cette époque, il y eut des palpitations de cœur. Au mois de septembre 1878, nouvelle attaque de rhumatisme généralisé dans toutes les articulations et endocardite, amélioration, puis quatre rechutes successives qui furent traitées par le salicylate de soude : en deux mois, le malade prit 160 grammes de salicylate de soude qui contribuèrent activement à la disparition des douleurs et de la fièvre.

Quelques semaines après, nouvelle rechute de rhumatisme subaigu, cachexie profonde : on institua un traitement tonique. En un mois, le malade avait gagné 5 kilogrammes; mais en auscultant chaque jour la région du cœur, on fut frappé de l'intensité du bruit de souffle de la base, au premier temps, et de la fixité invariable de son maximum dans le second espace intercostal gauche tout contre le sternum.

Voici, en effet, ce qu'on observe chez notre malade depuis six semaines.

Le thorax a peu d'ampleur; la région précordiale, plutôt

déprimée que saillante, présente une large plaque carrée de pigmentation brune se rattachant aux vésicatoires volants qui y furent appliqués.

A l'œil on perçoit à peine un léger soulèvement du cinquième espace intercostal gauche sous le mamelon et un peu en dehors de lui; c'est là, en effet, qu'avec le doigt on sent battre la pointe du cœur, qui est par conséquent abaissée et légèrement portée à gauche, ce qui dénote un peu d'hypertrophie du cœur droit.

Les battements du cœur sont faiblement accusés à la main appliquée sur la région précordiale, et l'on y perçoit de temps en temps, mais non, à coup sûr, d'une façon constante, un *frémissement cataire*, qui, lorsqu'il existe, est très-marqué, principalement vers la base du cœur.

La percussion donne une *matité* un peu *exagérée*, de 6 centimètres verticalement et de 5 transversalement.

Dans le deuxième espace intercostal gauche, à 1 centimètre environ du sternum, existe un bruit de souffle systolique, prolongé, d'une force et d'une rudesse remarquables. C'est dans ce point précis qu'il offre son *maximum d'intensité*. De là, il rayonne pour s'affaiblir de plus en plus et faire place au bruit systolique normal, en haut sous le cartilage costal de la première côte, dans le premier espace intercostal où il se perd, se dirigeant vers la partie interne de la clavicule qu'il n'atteint pas; en bas, dans le troisième espace intercostal et jusque sous le cartilage de la quatrième côte qu'il ne dépasse pas; en dehors à 3 ou 4 centimètres; en dedans, jusque vers le milieu du sternum.

L'intensité de ce souffle rude est au maximum quand le malade est couché. Elle diminue sensiblement quand il est debout. On va presque jusqu'à l'éteindre, tant il s'affaiblit, quand, suivant la remarque ingénieuse de M. Constantin Paul, le malade, couché ou debout, se met à pousser, à faire *effort* pendant que la bouche et les narines sont fermées. Il reparaît bientôt avec son intensité habituelle quand le phénomène de l'effort cesse.

Sous le cartilage de la troisième côte droite et dans le deuxième espace intercostal du même côté, au voisinage du sternum, on constate un prolongement systolique doux, plus marqué également quand le malade est couché, et qui rayonne faiblement en bas dans le troisième espace intercostal droit, faiblement aussi en dehors, un peu plus en dedans sous le sternum, davantage en haut sous le cartilage de la deuxième et même de la première côte. Ce prolongement ne saurait en aucune façon être considéré comme un retentissement du souffle rude du deuxième espace intercostal gauche. Dans les vaisseaux du cou existe un murmure continu s'accompagnant d'un bourdonnement musical intermittent.

Le bruit diastolique est normal à la base, aussi bien à gauche qu'à droite du sternum.

A la pointe, dans la région du mamelon, et même en bas et en dehors, dans le sixième espace intercostal gauche, on entend les bruits normaux du cœur avec une netteté parfaite; il en est de même en prolongeant l'auscultation jusque vers l'aisselle, dans le sens de propagation des bruits mitraux. Sous le sternum, au même niveau, et jusque dans le quatrième espace intercostal droit, au foyer des bruits tricuspidiens, on perçoit les deux bruits normaux du cœur, qui offrent partout la même régularité.

Le pouls est peu développé, très-régulier, sans intermittence; il donne au sphygmographe une ascension un peu brusque, sans autre caractère particulier.

Le malade n'accuse point d'oppression: il peut marcher, monter rapidement, et même courir pendant quelque temps, sans éprouver autre chose que des palpitations; il est condamné à la lenteur des mouvements, bien moins par son cœur que par l'enraidissement de ses jointures. Bien qu'empreint encore d'une certaine pâleur, le facies est redevenu rosé. Les veines jugulaires se dessinent visiblement, mais il n'existe point et il *n'a jamais existé de cyanose* chez ce malade.

M... ne tousse jamais, et les poumons, examinés avec la plus minutieuse attention, n'offrent absolument rien à noter, au point de vue de la tuberculose en particulier, ni à l'auscultation, ni à la percussion. Il en est de même pour le fonctionnement de tous les autres organes, tube digestif, foie, rate, reins et système nerveux.

— M. *Parrot* présente trois jeunes enfants atteints de déformation osseuse du crâne, d'origine syphilitique. En général, un ou deux mois après la naissance, on voit se former des ostéophytes, principalement autour du bregma : ces ostéophytes prennent leur point de départ dans le diploé des pariétaux. La protubérance déterminée par ces ostéophytes donne au crâne un aspect *natiforme* qui permet, par la palpation, de diagnostiquer immédiatement la syphilis héréditaire.

— M. *Damaschino* présente les pièces anatomiques d'un goutteux mort d'affection pulmonaire : les articulations présentaient une notable quantité d'urate de soude, et les poumons montraient la dilatation des lymphatiques, lésion décrite en 1874 par MM. Cornil et Raynaud.

— M. *Rigal* lit l'observation d'un jeune malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, avec complication cardiaque, en 1871. En 1878, le malade fut pris subitement d'embarras gastrique, et on constata des taches de purpura sur les membres inférieurs, avec forte dyspnée : comme lésion, on trouvait un rétrécissement avec insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; c'est ce que l'autopsie a démontré. M. Rigal conclut en disant qu'il s'agit là d'un véritable *purpura hemorrhagica*.

M. *Raynaud* croit aux rapports qui relient le purpura et le rhumatisme; il a observé, en effet, chez des malades des purpura se manifestant par poussées successives, par récidive, comme on l'observe dans le rhumatisme.

M. *Hillairet* croit plutôt à deux affections distinctes; le purpura n'est pas la conséquence du rhumatisme, mais de l'affection cardiaque, qui détermine une altération des capillaires, ou tout au moins un trouble dans la circulation périphérique.

M. *Rigal* n'a pas constaté de lésions du côté des capillaires.

Dr Joseph Michel.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Discussion sur les pansements.

La correspondance comprend : 1° le deuxième fascicule d'un ouvrage de M. *Maraé-Azema : Les tumeurs lymphatiques des pays chauds;* 2° un mémoire de M. *Albert Demons* (de Bordeaux) : *Myxo-sarcome de la langue chez un enfant; ablation avec l'écraseur; guérison.*

— M. *Le Fort* ne pouvant assister à la séance adresse à M. le président une note pour revendiquer la priorité de l'idée et de l'application de la réunion immédiate des parties molles profondes avec les os dans les amputations. Ses idées sont exposées dans le *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne (8e édition, 1874, vol. I, p. 503); plus tard, il prit la parole à ce sujet à la Société de chirurgie. Ce n'est que deux ans après qu'on trouve les opinions de M. Trélat imprimées dans un journal de médecine.

M. *Després* répond d'abord au discours de M. Farabeuf; ce dernier a dit que les résultats des opérations à l'hôpital Cochin n'étaient point excellents. Cependant M. Després a fait vingt-neuf fois l'amputation du sein, et toutes les malades ont guéri. M. Farabeuf a dit aussi que M. Després faisait une sorte de pansement à l'alcool; les bulletins de la Société de chirurgie sont loin de le prouver. M. Farabeuf affirme qu'on calomnie les chirurgiens étrangers en disant qu'ils opèrent trop facilement; on trouve cependant dans une statistique

vingt-trois ostéotomies pour courbure rachitique des os; combien en avons-nous fait en France? Peut-être deux. Voilà donc une opération que les chirurgiens de Halle ont fait trop facilement.

Si M. Després obtient de bons résultats avec son pansement, peu lui importe que les autres chirurgiens emploient l'acide phénique. Les statistiques en faveur du pansement de Lister sont-elles aussi bonnes qu'on l'a dit? Prenons celle de M. Le Dentu, celle de M. Guyon et celle de M. Panas, publiée dans la *Gazette hebdomadaire* de 1878. Ces trois chirurgiens ont fait le pansement de Lister, M. Le Dentu moins rigoureusement que ses collègues. Prenons les amputations de cuisse et les ablations du sein.

En huit ans, M. Després a fait 16 amputations de cuisse; il a eu 9 guérisons et 7 décès: 29 ablations du sein, 29 guérisons. Pendant les deux dernières années, M. Guyon a fait 3 amputations de cuisse, 3 guérisons; M. Panas, 2 amputations de cuisse, 2 morts; M. Le Dentu, 6 amputations de cuisse, 3 morts; en réunissant, on a 6 guérisons et 5 décès. La statistique des trois Listériens réunis est identique à celle de M. Després.

Pour l'ablation du sein, à eux trois en cinq ans, ils ont 21 guérisons, 1 décès. La mort ne doit pas être attribuée au pansement de Lister, mais plutôt à la réunion immédiate.

A propos de la hernie étranglée, on pourrait rappeler aux partisans du pansement de Lister et du pansement ouaté la statistique de Manec (1847), publiée dans le journal de Malgaigne : 28 herniotomies, 26 guérisons; on ne fait pas mieux avec les nouveaux procédés de pansement. M. Trélat a bien donné son opinion sur le pansement de Lister, mais il n'a pas produit sa statistique.

Les partisans de la méthode antiseptique disent obtenir la réunion par première intention, chose inconnue jusqu'alors. Ils obtiennent une réunion bâtarde, qui n'est pas la réunion par première intention. Les plaies régulières de la face et du cuir chevelu se réunissent par première intention; montrez-nous après l'ablation du sein ou après une amputation de membre une semblable réunion? Les réunions de M. Azam et de M. Lister sont des réunions incomplètes; ce qui trompe, c'est la réunion de la peau. M. Guyon a présenté un individu qui avait subi l'amputation sus-malléolaire; tout ce qui pouvait se réunir s'était réuni par première intention, mais cette réunion n'était pas complète. Velpeau disait que la réunion par première intention n'existait pas pour les amputations. Les faits que l'on cite sont tout à fait exceptionnels. Les partisans du Lister laissent un drain dans le moignon; ils ne font donc point la réunion par première intention. D'ailleurs quel intérêt avez-vous à ce que vos plaies soient réunies huit jours plus tôt? Pourquoi chercher cette réunion immédiate qui ne donne aucun avantage sérieux?

M. *Trélat* n'a pas donné sa statistique, parce que, dans son service, les amputations sont rares, et, en outre, parce qu'il a beaucoup varié dans la manière d'appliquer les pansements. Depuis six ans, il a fait 5 amputations de cuisse : 2 individus écrasés sont morts quelques heures après l'opération. Il reste 3 malades : 2 ont guéri; 1 femme est morte d'accidents septicémiques développés longtemps avant l'opération.

M. Després reprend le vieux procès à la réunion par première intention; il vient avancer qu'on n'obtient pas la réunion par première intention des plaies avec perte de substance. M. Trélat affirme le contraire, et pour convaincre M. Després il cite un exemple. Il y a deux ans, on lui adressa une fille de vingt-deux ans qui avait un fibrome du sein; M. Trélat fit une incision elliptique de 9 centimètres d'étendue; il enleva le fibrome avec une partie de la peau; application de onze points de suture; la tumeur était du volume d'une noix. Quatre jours après l'opération, la malade était complétement guérie; c'était de la réunion immédiate. La plaie avait cependant 4 centimètres de profondeur.

M. Trélat déclare que la réunion immédiate des grandes plaies peut s'observer en dehors de tout pansement antiseptique; elle se produit quand les conditions générales de l'individu et les conditions locales sont bonnes. Il est d'observation que, si l'on tente souvent cette réunion dans de mauvaises conditions locales ou générales, on s'expose à des accidents septiques ou pyohémiques qui compromettent la vie des malades. Les pansements ont amélioré la plaie, l'état général du sujet et le milieu; enfin le pansement antiseptique permet d'obtenir un processus de la plaie analogue à la réunion primitive qu'on voit à la campagne, dans de bonnes conditions de milieu.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

Origine des globules rouges : M. Hayem. — Influence de la cinquième paire sur la nutrition de la cornée : M. Ranvier. — Battements du cœur fœtal dans leurs rapports avec le sexe de l'enfant : M. Budin. — Masses jaunes contenues dans les urines de quelques nouveau-nés atteints d'ictère : M. Parrot et M. Albert Robin.

M. *Hayem* expose le résultat de ses recherches sur le renouvellement des globules rouges du sang. La lymphe verse sans cesse dans la circulation des éléments destinés à cette régénération : ce sont des hématoblastes, corpuscules qui sont produits par les globules blancs, au sein desquels ils se forment, et que l'on rencontre déjà dans les ganglions mésentériques du lapin et du chat. Ces hématoblastes doivent être examinés aussitôt que l'on vient d'ouvrir le ganglion qui fournit la lymphe observée, sinon la forme biconcave, qui les caractérise et permet de les considérer comme des hématies en voie d'accroissement, s'altère et disparaît; ils se transforment en petites granulations autour desquelles rayonne le réticulum fibrineux, qui ne tarde pas à se constituer. Pour obtenir des hématoblastes à l'état sain, il faut maintenir la préparation à zéro.

Ces corps existent-ils dans la rate? Malgré de nombreuses observations faites chez des animaux rendus exsangues, M. Hayem ne peut faire à cette question une réponse positive. Quant à la moelle des os, il a bien vu, comme M. Pouchet, des cellules contenant de l'hémoglobine; mais il ne croit pas, comme cet observateur, qu'il s'agisse d'éléments médullaires; ce seraient plutôt des globules blancs, contenant peut-être des hématoblastes.

M. *Ranvier* n'admet pas certaines interprétations de M. Hayem. Les altérations des hématoblastes devenant des centres de coagulation dans le réticulum fibrineux lui paraissent contestables. Leur transformation en globules rouges n'est pas démontrée. Leur formation au sein des leucocytes n'est rien moins qu'hypothétique : en effet, on voit très-souvent des globules blancs absorber des globules rouges ou des fragments de globules rouges; l'inclusion d'un hématoblaste dans un leucocyte ne suffit donc pas pour permettre d'affirmer que le premier s'est formé dans le second.

— M. *Ranvier* présente un lapin auquel il a sectionné la cinquième paire crânienne, il y a environ trois mois. L'animal, ayant été abandonné à lui-même, présenta dès le lendemain des opacités de la cornée; mais l'oreille ayant été suturée au-devant de l'œil, les opacités ont disparu, et la cornée a recouvré actuellement toute sa transparence. Ce résultat est dû à ce que, les filets sensitifs de la paupière supérieure ayant été respectés, le lapin a pu continuer à protéger son œil, même après que l'oreille a cessé d'être fixée au-devant. Chez un deuxième lapin, tous les nerfs de la cornée ont été sectionnés par une incision circonférencielle intéressant la moitié de l'épaisseur de la sclérotique et circonscrivant le bord cornéen; l'insensibilité de la cornée était absolue. Mais tous les moyens de défense de l'œil étaient intacts, et il n'y a pas

eu la moindre opacité. Ces expériences permettent de mieux interpréter le mécanisme des troubles de nutrition souvent observés dans des cas analogues. Elles ont aussi permis de constater que la distribution des nerfs de la cornée se faisait d'une façon tout à fait centripète : lorsqu'on sectionne tous les filets qui abordent cette membrane par une portion limitée de sa circonférence, on détermine une anesthésie exactement limitée à un secteur, dont la base est formée par l'incision elle-même et les côtés par deux lignes droites qui se rejoindraient au centre de la cornée.

— M. *Budin* a cherché à contrôler l'exactitude des rapports établis entre le nombre des battements du cœur du fœtus et le sexe de l'enfant (Franckenhaüser), ou son poids (Curmning). De ses nombreuses observations, il conclut que ces rapports ne peuvent être précisés, que le nombre des battements du cœur fœtal varie d'un jour à l'autre, d'une minute à l'autre, et que ces oscillations empêchent d'établir le moindre calcul de probabilité.

— M. *Albert Robin* fait, au nom de M. le professeur *Parrot* et au sien, la communication suivante. Les urines de certains nouveau-nés ictériques contiennent une matière jaune spéciale, formant des sphérules irrégulières, rarement isolées, plus souvent incorporées à des tubes hyalins, où elles se trouvent associées à de l'acide urique et à des globules rouges. Cette matière jaune, insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme, est lentement dissoute par les acides nitrique et chlorhydrique; mais le premier ne la modifie point avant de la dissoudre, tandis que le second commence par la colorer en rose. Elle se dissout dans les alcalis. En dépit de quelques analogies, cette substance n'est pas de la bilirubine; elle résulte de la transformation des globules rouges, transformation que l'on peut voir s'accomplir sous le microscope, au sein des tubuli. On la rencontre en particulier au centre de petites érosions de la muqueuse gastrique. La présence ou l'absence de ces masses jaunes permet de classer ainsi les urines des enfants ictériques. Dans une première catégorie, les urines sont claires et contiennent des masses jaunes : il s'agit d'un ictère hémaphéique, fréquent chez les enfants chétifs, mais qui est bénin. L'ictère hémaphéique qui accompagne l'athrepsie ou l'œdème des nouveau-nés donne lieu à des urines foncées qui ne contiennent pas de masses jaunes. Celles-ci enfin font défaut dans une troisième catégorie : urines foncées, chargées de pigment biliaire et liées à un ictère biliphéique, lequel est très-rare chez les petits enfants.

SÉANCE DU 29 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Recherches micrographiques sur le pus : M. Hottenier. — Développement du cerveau : M. Parrot. — Bulbe rachidien de l'éléphant : M. Mathias Duval. — Anesthésie par le protoxyde d'azote sous pression : M. Bert.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Pouchet* prend la parole au sujet de la communication de M. Hayem et des observations de M. Ranvier sur la genèse des hématies. La présence d'une innombrable quantité de globulins ou hématoblastes dans le sang des animaux soumis à des saignées répétées, la transformation de ces corpuscules en globules rouges sont des faits incontestables et tout à fait en dehors des théories de M. Ranvier sur les cellules vaso-formatives et la naissance intra-protoplasmique des globules rouges chez les jeunes sujets.

— M. *Hottenier* a étudié au point de vue histologique le muco-pus utérin dans une série de cas de métrites. Ce liquide, entre divers autres éléments, contient deux espèces particulières de corpuscules blancs. Les uns, discoïdes et biconvexes, grisâtres, sans noyau véritable, ne sont autres que des globules rouges altérés, dans lesquels l'hémoglobine s'est transformée en hématine, puis a complétement disparu en même temps qu'ils perdaient leur forme naturelle; les états intermédiaires aux deux termes extrêmes de cette série de métamorphoses peuvent être facilement observés. La seconde espèce de corpuscules blancs représente, au contraire, le vrai leucocyte, globuleux, à noyau, qui est une cellule épithéliale en voie de formation. Les premiers appartiennent surtout aux périodes initiales de l'inflammation; les seconds, aux périodes terminales. Suivant leurs proportions respectives, on peut juger par l'examen du pus si l'inflammation utérine qui lui donne naissance est en voie d'extension ou de réparation.

— M. *Parrot* a recherché par quatre-vingt-seize autopsies d'enfants morts avant l'âge d'un an quelle était la loi qui préside au développement des deux substances grise et blanche du cerveau. Jusqu'à la fin de la vie intra-utérine, elles restent indistinctes, ainsi qu'en fait foi l'examen du fœtus, dont le point épiphysaire inférieur du fémur n'a point encore paru. A la naissance, la substance blanche apparaît sous forme d'une anse à peine visible contournant le sommet de la scissure de Rolando; elle existe aussi dans la couche optique et le pédoncule. A partir de ce moment elle se développe régulièrement de bas en haut à partir du pédoncule; à un mois la capsule interne est déjà nette; à trois mois la substance blanche du lobe occipital est distincte; celle des lobes antérieurs, toujours plus en retard et plus tardive même à gauche qu'à droite, ne s'accentue complétement que vers la fin de la première année. A ce développement régulier de la substance blanche correspond, sans doute, un développement parallèle de la substance grise, c'est-à-dire que chaque région corticale se développe en même temps que les faisceaux blancs qui lui sont sous-jacents. M. Parrot fait observer que cette évolution du cerveau est en rapport avec celle du crâne, dans lequel les fontanelles postérieures se soudent les premières et où les sutures fronto-pariétales droites sont plus précoces que les gauches. Ces faits, rapprochés des notions actuelles sur les localisations, permettent de supposer que plus une partie du cerveau répond à des fonctions élevées, plus le développement en est tardif.

Sans rien objecter aux recherches de M. Parrot, M. Charcot rappelle que Heysig, en Allemagne, a prétendu que la substance blanche, au lieu de se former de bas en haut, partait, au contraire, des régions rolandiques pour se prolonger jusqu'à la moelle et former les pyramides; et M. Luys fait observer que Gratiolet a constaté *chez les animaux* la priorité du développement de l'hémisphère gauche sur le droit.

— M. *Mathias Duval* présente une série de coupes histologiques faites sur le bulbe rachidien d'un éléphant; la disposition des noyaux du facial est analogue à ce qu'elle est chez l'homme, mais beaucoup plus apparente.

— M. *Bert* annonce à la Société qu'une deuxième opération chirurgicale vient d'être faite à l'aide de l'anesthésie par le protoxyde d'azote employé sous pression. Le procédé d'inhalation a été identique à ce qu'il avait été dans la première (voy. *Gazette hebdomadaire*, n° 8); mais l'opération a duré quatorze minutes; elle a consisté dans l'ablation d'un sein cancéreux; elle a été faite par M. Péan. La malade, vieille et cachectique, à jeûn depuis plusieurs heures, a été endormie en une minute à peine; elle a absorbé sans le moindre accident 150 litres du mélange gazeux, s'est réveillée aussitôt que les inhalations ont été suspendues, et n'a présenté à aucun moment ni phénomènes d'excitation, ni troubles circulatoires. La supériorité du protoxyde d'azote est donc incontestable, puisque cet agent ne provoque aucun des accidents qui rendent si redoutables les autres anesthésiques. Mais l'application ne peut en être faite que dans des conditions difficilement réalisables. On pourrait cependant, comme M. Péan l'a déjà fait, administrer d'abord le protoxyde d'azote à la manière des dentistes, c'est-à-dire à la pression atmosphérique, puis

profiter de l'anesthésie momentanée qu'il détermine pour administrer le chloroforme. Par ce procédé, l'excitation qui suit les premières inhalations chloroformiques est toujours évitée.

— Au cours de la séance, la Société, sur la proposition de son Président, nomme un comité composé de MM. Bert, Dumontpallier, Charcot, Mathias Duval et Pouchet, pour établir une souscription dont le produit sera envoyé aux médecins russes de Dorpat, qui veulent en ce moment élever une statue à Baër, et qui ont si largement participé au monument que l'on doit élever en France à Claude Bernard.

X. ARNOZAN.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

UN CAS DE PARALYSIE ASCENDANTE AIGUE, par M. Th. JAFFÉ. — Les symptômes observés sont ceux de la paralysie de Laudry, mais la marche est moins rapide. Pas d'autopsie. (*Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 44.)

UNE FORME SINGULIÈRE D'ENDARTÉRITE ET D'ENDOPHLÉBITE AVEC GANGRÈNE DU PIED, par M. F. VON WINIWARTER. — Processus analogue à l'artérite oblitérante (Friedlœnder), avec cette différence que la lésion n'était pas bornée aux artérioles, mais siégeait aussi sur des vaisseaux de fort calibre. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXIII, p. 202.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES OXYURES, par M. A. POMPEN. — Chez un enfant de dix ans, on trouvait tous les soirs, entre huit et neuf heures, des oxyures dans la bouche, d'abord au fond, puis à la pointe de la langue. Il faudrait expliquer ce fait par une migration des vers venant du rectum à travers l'estomac et l'œsophage. (*Th. de Berlin*, 1878.)

DE LA COLOTOMIE, par M. F. VAN ENCKELENS. — Plaidoyer en faveur de la méthode de Littre comparée à celle d'Amussat. La bibliographie, très-soignée, contient 262 cas. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXIII, p. 41.)

LA LAPAROTOMIE DANS L'ÉTRANGLEMENT INTERNE, par M. KRAUSSOLD. — Relation d'un cas avec autopsie. L'opération avait parfaitement réussi : la mort fut attribuée à la phthisie galopante. (*Cent. für Chir.*, 1878, n° 44.)

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU CORPS THYROÏDE, par M. E. ROSE. — La conclusion de ce travail est curieuse. Contrairement aux auteurs, Rose pense que l'extirpation est possible. Malheureusement, et ici encore il est en opposition avec ce qui est admis partout, le diagnostic ne peut être établi. Il peut y avoir des kystes dans un goître cancéreux et sarcomateux, de sorte que le meilleur signe différentiel perd toute sa valeur. (*Archiv für klin. Chirurgie*, t. XXIII, p. 1.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique de percussion et d'auscultation, par E.-J. WOILLEZ. — Paris, 1879, V.-A. Delahaye et Cie.

Un nouveau livre destiné à exposer, avec les détails que comportent les progrès incessants des méthodes de recherche clinique, tous les procédés qui peuvent servir à éclairer le diagnostic est toujours intéressant à étudier. Lorsque ce livre est dû à un médecin expérimenté, à l'un de ces chercheurs tout à la fois consciencieux et habiles, déjà connus par de nombreux et importants travaux, mais encore et surtout renommés pour la bonne foi avec laquelle ils ont amassé les matériaux de leurs œuvres, il mérite la sympathique attention de la critique médicale. M. Woillez a publié un assez grand nombre de mémoires, presque tous consacrés à l'étude des maladies de l'appareil respiratoire. Plusieurs d'entre eux traitent de sujets qui, bien souvent depuis l'époque où ses observations ont été publiées, ont sollicité le zèle des cliniciens. Sa *Clinique des maladies aiguë des voies respiratoires* s'est imposée à l'attention du monde savant, en ajoutant à la considération et à l'estime que lui avaient acquises ses publications précédentes la notoriété que donne une œuvre vraiment magistrale. Ces titres, il n'est point inutile de les rappeler quand il s'agit de parler d'un Traité clinique de percussion et d'auscultation. Pour écrire un livre semblable, alors que l'ouvrage classique de Barth et H. Roger est entre toutes les mains, il faut avoir non-seulement l'espérance mais encore la conviction de faire mieux que n'ont pu faire ces deux éminents cliniciens. M. Woillez pense y être parvenu en envisageant son sujet à la fois au point de vue clinique et théorique, en s'efforçant, pour apprécier les signes physiques que révèlent la percussion et l'auscultation, de tenir compte tout à la fois et des conditions physiques que présente l'appareil respiratoire, alors qu'il peut être considéré comme étant dans un état d'intégrité absolue, et des conditions anormales que créent les lésions les plus diverses. Dans une première partie il étudie les bruits de percussion, puis les signes d'auscultation de l'appareil respiratoire. Un appendice expose les signes obtenus par l'inspection, la palpation et la mensuration. Dans une seconde partie il fait l'application de ces notions préliminaires, en passant en revue les maladies diverses qui peuvent nécessiter soit la percussion, soit l'auscultation ; c'est-à-dire qu'il envisage successivement les maladies du poumon, celles du cœur et des gros vaisseaux, enfin les maladies de l'abdomen, ou les maladies diverses (anémie, fièvres, etc.) durant lesquelles on peut avoir à percuter ou à ausculter les viscères ou les vaisseaux.

Nous n'avons point à insister sur l'intérêt des chapitres qui traitent de quelques-uns des sujets familiers à M. Woillez et que tous les médecins connaissent bien depuis ses travaux. Nous ne voulons donc faire, à propos de cette analyse bibliographique, qu'un petit nombre d'observations que nous a suggérées la lecture de ce nouveau Traité. Il en est une, tout à fait générale, et qui nous semble devoir s'imposer à l'attention de tous les cliniciens. Il n'en est aucun qui ne soit frappé de la diversité des signes physiques perçus à l'auscultation de la poitrine d'un tuberculeux, de la difficulté que l'on éprouve à tirer quelques indications pronostiques d'un semblable examen. Parfois, et pendant plusieurs semaines, l'étude la plus attentive ne révèle que des signes presque insignifiants, alors que les symptômes généraux sont des plus sérieux. Le malade est sujet à des accès de fièvre intermittente ou rémittente ; les sueurs vespérales ou nocturnes donnent à cette fièvre une signification particulière ; la toux est quinteuse, très-pénible, souvent douloureuse ; l'expectoration est nulle ; plusieurs hémoptysies ont cependant à diverses époques affirmé le diagnostic. Et cependant il n'existe aucune matité appréciable aux sommets, et jamais l'auscultation ne révèle ni respiration bronchique ni râles d'aucune espèce. Quelques semaines se passent ; des poussées de pleurite sèche, d'autres fois une pneumonie amènent rapidement une aggravation du mal et en très peu de temps le malade succombe, sans avoir présenté à l'auscultation ou à la percussion l'ensemble des signes physiques qui caractérisent la destruction du parenchyme pulmonaire. D'autres fois l'évolution de la maladie est absolument différente. Pendant de longues années les lésions semblent profondes et irrémédiables. On perçoit à l'auscultation un souffle amphorique ou des râles de gargouillement : l'expectoration muco-purulente est très-abondante ; et cependant l'embonpoint est conservé, les forces et l'appétit n'ont subi aucune modification. Il semble qu'il n'existe aucune maladie, alors que l'exploration physique révèle l'existence d'une lésion qui doit être très-étendue. M. Woillez a signalé

ces difficultés de l'interprétation rationnelle des signes physiques dans la phthisie pulmonaire. Il a insisté pour montrer la nécessité d'étudier avec le plus grand soin l'évolution de la maladie et les rapports qui peuvent exister entre les signes physiques et les symptômes généraux. Peut-être pourrait-on, à ce sujet, faire remarquer que l'interprétation de tous ces phénomènes d'auscultation est encore très-hypothétique. Les autopsies ne nous montrent que le cadavre du poumon, et l'étude macroscopique ou histologique de son parenchyme ne nous indique que très-imparfaitement les conditions de son fonctionnement. Il faudrait, pour arriver à bien apprécier la valeur des signes physiques et leurs relations avec l'état anatomique des tissus, pouvoir examiner le tissu pulmonaire aussitôt après avoir perçu les bruits anormaux auxquels son altération peut donner naissance. Or on n'a pas encore songé à pratiquer les vivisections et à provoquer artificiellement les altérations qui pourraient expliquer l'extrême diversité des bruits anormaux que l'on perçoit. D'autre part on s'efforce le plus souvent pour affirmer l'unicité de la tuberculose, de considérer la phthisie pulmonaire comme une maladie dont la marche et les lésions sont toujours semblables à elles-mêmes, ou, si l'on admet les divisions les plus frappantes, si l'on ne confond point la phthisie granuleuse avec la phthisie bronchitique, on ne recherche point pourquoi les signes que révèlent la percussion et l'auscultation sont si variables d'intensité, de durée et de signification.

Parmi les signes physiques les plus bizarres et les plus difficiles à interpréter, je crois devoir ranger les respirations saccadées si diverses, si variables, que l'on ne peut attribuer qu'aux mouvements du cœur et qui s'observent dans un grand nombre de maladies des voies respiratoires. Dans le chapitre qui traite des respirations anormales, M. Woillez ne dit qu'un mot de la respiration saccadée que l'on observe dans la première période de la phthisie pulmonaire. Il revient sur ce sujet en traitant, un peu succinctement peut-être, des souffles extra-cardiaques. Ce sujet si intéressant a déjà sollicité bien souvent l'attention des cliniciens depuis que M. Potain a précisé la signification des respirations saccadées dues aux mouvements du cœur. Nous avouons ne pouvoir encore nous rendre un compte exact de tous les faits de ce genre. Une observation des plus singulières, que vient de publier dans sa thèse inaugurale l'un de nos élèves, le docteur Baudisson, nous a prouvé que les respirations saccadées dues aux mouvements du cœur pouvaient s'observer non-seulement dans l'inspiration, mais même exclusivement durant l'expiration. Nous reviendrons d'ailleurs un jour ou l'autre sur ce sujet en signalant aussi, à propos de cette observation, l'influence exercée par la position du malade sur la persistance et l'intensité de tous les bruits anormaux, cardiaques ou pulmonaires. C'est là une question qui redevient actuelle au moment où, à propos des signes du rétrécissement de l'orifice pulmonaire, M. C. Paul vient encore de montrer combien il importe d'examiner les malades dans le décubitus dorsal pour bien apprécier les souffles auxquels cette lésion peut donner naissance. Nous allons voir que M. Woillez ne l'a point oublié à propos des symptômes du rétrécissement mitral.

Les chapitres consacrés à l'étude séméiotique des mouvements et des bruits du cœur méritent l'attention de tous ceux qui veulent arriver à bien connaître la pathologie cardiaque. Il en est plusieurs qui nous intéressent tout spécialement et au sujet desquels nous aurions à faire plusieurs remarques et peut-être quelques réserves. Nous dépasserions les limites de cet article si nous nous engagions dans une discussion relative à la classification des bruits du cœur ou à l'étude des intermittences cardiaques. Nous nous contenterons donc de faire remarquer le soin et les réserves avec lesquels M. Woillez a étudié les divers signes de l'insuffisance aortique et la valeur qu'il importe de leur attribuer. Une seule critique à ce sujet. Nous n'avons point vu apprécier le signe tiré du retard de la pulsation carotidienne. Mais, par contre, les caractères du souffle diastolique, la signification du double souffle intermittent crural, l'étude du pouls de l'insuffisance, etc., sont fort bien traités. Il est, à propos du rétrécissement de l'orifice mitral, une remarque clinique des plus importantes due à M. Potain, et sur laquelle M. Woillez insiste avec beaucoup de raison. Il est essentiel, dit-il, de ne pas négliger de faire coucher un malade qui se croit atteint d'une lésion cardiaque et qui vient consulter un médecin dans son cabinet. Souvent, en effet, le souffle systolique préimpulsif s'atténue ou disparaît quand on ausculte le malade debout ou assis. Nous avons pu, à plusieurs reprises et à propos de souffles cardiaques de diverse nature, nous rendre compte de cette nécessité. Dans un cas, à l'occasion d'un souffle systolique de la base (s'agissait-il d'un rétrécissement pulmonaire semblable à celui que M. C. Paul présentait récemment à la Société des hôpitaux?), un cardiaque des plus avérés, présenté à une commission de réforme, nous fut renvoyé. Les médecins chargés de l'examiner l'avaient ausculté dans la station verticale et n'avaient point perçu un souffle qui, depuis plusieurs jours, était aisément reconnu par tous les élèves de mon service qui l'auscultaient dans son lit. Un mois plus tard ce même malade obtenait une pension de retraite. Assis et un peu incliné sur le dossier d'une chaise, il arrivait aisément à faire entendre ce bruit de souffle râpeux qui s'atténuait notablement dans la station debout. Tout récemment, dans un examen médical dont les conséquences pouvaient être très-sérieuses, un fait analogue se présenta une seconde fois à notre observation. Le malade étendu sur une chaise longue présentait à la pointe un souffle présystolique des plus manifestes.

Nous n'avons point essayé d'analyser les divers chapitres d'un livre qui doit être lu et étudié par tous ceux qui veulent se tenir au courant des progrès de la séméiotique. Nous ne doutons point qu'il n'obtienne un très-légitime succès, car il est savamment et consciencieusement écrit. M. Woillez a beaucoup lu et beaucoup étudié lui-même avant d'entreprendre cette tâche méritoire; sa grande expérience lui a permis de faire un choix éclairé des nombreux documents qu'il a réunis. Son *Traité de percussion et d'auscultation* est donc un bon et sérieux ouvrage qui mérite de prendre place dans toutes les bibliothèques.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR DES MÉDECINS ÉTRANGERS

Nous avons fait remarquer, à l'occasion de la proposition de loi présentée aux Chambres par M. Roger-Marvaise, toute l'injustice des attaques dirigées contre nous par quelques organes de la presse anglaise. Il nous semblait et nous pensons encore que la loi sur l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers doit être révisée, et que les réformes proposées par M. Roger-Marvaise étaient des plus légitimes. La lettre suivante, que nous adresse un de nos confrères établi en Angleterre, montre jusqu'à quel point nos conclusions étaient conformes à la plus stricte justice.

Je me permets de venir vous parler d'un sujet dont vous vous êtes déjà occupé, et qui a bien besoin d'être signalé encore à l'attention de ceux qu'il concerne en ce moment.

Je parle de la position (ou plutôt du manque de position), en Angleterre, des médecins qui ont le diplôme de Paris ou de tout autre pays étranger, sans posséder en même temps un diplôme anglais. Vous savez sans doute qu'ils ne peuvent faire aucun acte officiel; ils ne peuvent signer ni un certificat de *vaccin*, ni un certificat de décès, et ils ne peuvent réclamer un sou à leurs malades si ces malades refusent de payer.

De plus, si quelqu'un veut se donner la peine de les faire appe-

ler devant les tribunaux, ils sont sujets à une amende de 500 francs pour s'être appelés par le titre de docteur en médecine.

Moi, qui suis docteur en médecine de la Faculté de Paris (titre que je n'échangerais certainement pas contre aucun autre titre au monde), je suis, depuis dix-huit mois que j'exerce à Londres, dans la situation [ci-dessus décrite, en compagnie d'un certain nombre d'hommes et de femmes médecins, qui depuis longtemps espèrent voir s'établir la « réciprocité » entre la France et l'Angleterre, à la place de l'état actuel des choses.

Eh bien! le *bill* qui est en ce moment entre les mains des deux Chambres, à Londres, et qui a déjà reçu l'approbation des lords, propose de permettre aux médecins qui possèdent un diplôme étranger de valeur incontestable (de Paris ou de Vienne, par exemple), de pouvoir s'enregistrer, *s'ils apportent des preuves d'avoir déjà exercé pendant* DIX *ans* (!)

Je voudrais savoir en quoi cela peut servir à qui que ce soit.

Le propos est vraiment par trop ridicule. Et cela s'appelle par ces messieurs la *réciprocité*, et ils s'indignent de ce que les Français proposent d'exiger des étrangers qu'ils passent un examen avant d'exercer en France!

FACULTÉ DE MÉDECINE. — La Faculté de médecine de Paris a reçu; pendant le premier semestre de l'année scolaire 1878-1879, 612 inscriptions de nouveaux élèves en médecine. Elle en avait reçu 611 l'année dernière pour le même semestre. Sur les 612 inscriptions, on ne compte que 7 femmes (2 russes et 5 françaises).

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le 31 mars, à une heure, a eu lieu dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Moring, directeur, la distribution des prix aux élèves des hôpitaux et hospices civils (section de pharmacie) et les proclamations de ceux qui viennent d'être nommés internes à la suite des derniers concours. Les nouveaux titulaires, au nombre de soixante, sont entrés en fonctions le mardi, 1er avril. Voici les noms des lauréats :

1re division. — Prix : médaille d'or, M. Guilbochel, interne de 4e année à l'Hôtel-Dieu. — Accessit : médaille d'argent, M. Léger, interne de 4e année à la Charité. — Mention honorable : M. Jolivet, interne de 3e année à Saint-Antoine.

2e division. — Prix : médaille d'argent, M. Morel, interne de 1re année à l'Hôtel-Dieu. — Accessit : M. Leidié, interne de 2e année à l'hôpital de la Pitié. — Mentions honorables : première, M. Garnaud, interne de 1re année à l'hôpital Sainte-Eugénie; deuxième, M. Schmidt, interne de 2e année à Saint-Antoine.

NOMINATIONS. — Par décret en date du 13 mars, M. Kelsch, agrégé du Val-de-Grâce, a été nommé professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

— Par un autre décret en date du 20 mars 1879, M. Castan, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé professeur de pathologie interne à ladite Faculté.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, à MM. Perronnier, médecin à Romans (Drôme); Morère, médecin à Palaiseau (Seine-et-Oise); Seurat, médecin à Essonnes (Seine-et-Oise); Louis, médecin à Livarot (Calvados); Blanc, médecin à Uzès (Gard); Vy, médecin à Elbeuf (Seine-Inférieure); Rousseau, médecin en chef de l'hôpital d'Hirson (Aisne); Porquet, médecin à Vire (Calvados).

— Le ministre de l'instruction publique a conféré à M. le docteur Da Costa Alvarenga, de Lisbonne, les palmes d'officier d'Académie.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique en date des 23 février et 4 mars 1879 : M. le docteur Alexandre a été nommé professeur honoraire de l'École de médecine et de pharmacie d'Amiens; M. le docteur d'Heilly a été nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Alexandre; M. le docteur Léger (Henri) est nommé professeur suppléant pour les chaires de clinique externe, de pathologie externe et d'accouchement. M. le docteur Léger est en outre nommé chef des travaux anatomiques de ladite École.

ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Concours pour l'agrégation des sciences physiques et chimiques.* — *Membres du jury :* MM. Berthelot, membre de l'Institut, inspecteur général de l'enseignement supérieur, professeur honoraire à l'École de pharmacie de Paris, *président;* Troost, professeur à la Faculté des sciences; Bouis, professeur à l'École de pharmacie de Paris; Riche, professeur à l'École de pharmacie de Paris; Jungfleisch, professeur à l'École de pharmacie de Paris; Le Roux, professeur à l'École de pharmacie de Paris; Schlagdenhaufen, professeur à l'École de pharmacie de Nancy.

Juges suppléants : MM. Personne, membre de l'Académie de médecine; G. Bouchardat, agrégé à l'École de pharmacie.

Compétiteurs : MM. Barbier, Prunier, Quesneville, pour Paris; Haller, pour Nancy.

COMMISSION CENTRALE DE GYMNASTIQUE. — Par arrêté en date du 18 mars, M. le ministre de l'instruction publique a nommé M. le docteur Dally membre de la commission centrale de gymnastique et des exercices militaires, en remplacement de M. le baron Larrey.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — La Société a tenu sa séance solennelle le 30 mars, sous la présidence de M. le professeur Bouillaud, membre de l'Institut. Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Bouillaud, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, ceux de MM. Dujardin-Beaumetz et Edmond Bertrand sur le concours de 1879, et le rapport de M. Riant sur les récompenses, la Société a décerné : à M. Metman, un prix de 1500 francs; à M. Lailler, une médaille d'argent et une récompense de 300 francs; à M. Schœllhammer, une médaille de vermeil; à M. François Lemaire, une médaille d'argent. La Société a décerné en outre 81 diplômes d'honneur, 23 médailles d'argent, 360 médailles de bronze et 47 livrets de caisse d'épargne de 25 francs.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort subite de M. le docteur Held, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, l'un des praticiens estimés du corps médical alsacien.

BANQUET ANNUEL DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — Le banquet aura lieu cette année le samedi 19 avril, dans les salons du café Riche, rue Le Peletier, n° 1. Le montant de la souscription, fixé à 16 francs, pourra être remis, dans les hôpitaux, à l'interne économe de la salle de garde ou à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, rue Saint-Georges, 24; Bottentuit, boulevard Malesherbes, 19; Émile Tillot, rue Fontaine-Saint-Georges, 42.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 20 au 27 mars 1879, on a constaté 1199 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 29. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 2. Variole, 10. — Croup, 22. — Angine couenneuse, 27. — Bronchite, 64. — Pneumonie, 85. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 3. — Affections puerpérales, 8. — Erysipèle, 7. — Autres affections aiguës, 297. — Affections chroniques, 524 (dont 204 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 57. — Causes accidentelles, 36.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE | N° 15 | 11 AVRIL 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

HISTOIRE ET CRITIQUE

229 - 246 - 2.. - 295 - 326 -

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE : INNERVATION DU CŒUR

L'étude de l'innervation du cœur et de l'innervation des vaisseaux sanguins présente un intérêt d'actualité qui nous a engagé à en donner ici un aperçu général, suffisant pour mettre en relief les points les plus importants du sujet. Nous nous bornerons aux notions essentielles que permet seules d'aborder une revue d'ensemble, nous attachant, comme il est d'usage dans les articles de ce genre, aux résultats d'une série de travaux beaucoup plus qu'à l'exposé analytique de ces travaux eux-mêmes.

Pour simplifier autant qu'il est possible l'étude que nous avons à faire, envisageons tout d'abord parallèlement l'innervation du cœur et l'innervation des vaisseaux; quelques détails suffiront pour légitimer ce parallèle.

Le cœur conserve ses mouvements pendant un temps plus ou moins long après qu'il a été isolé des appareils nerveux centraux par la section de tous les nerfs extrinsèques chez les animaux à sang chaud, par l'extirpation chez les animaux à sang froid. Il jouit donc, comme on le sait depuis longtemps, d'une indépendance relative par rapport aux centres nerveux : cette activité automatique provient des appareils ganglionnaires qu'il renferme, appareils d'innervation périphérique dont nous allons retrouver les analogues dans les vaisseaux sanguins.

Ceux-ci présentent, en outre des mouvements qui leur sont imposés par les variations de la pression sanguine, des mouvements de resserrement et de dilatation surtout évidents dans certaines régions et dans certains organes. Ces mouvements propres qu'on observe sur l'animal intact se maintiennent et quelquefois même s'exagèrent après qu'on a séparé du système nerveux général tout un district vasculaire par la destruction de ses nerfs afférents. Or, on a reconnu dans l'épaisseur des parois vasculaires des corpuscules ganglionnaires à l'action desquels ces variations spontanées du calibre des vaisseaux ont été attribuées.

Les mouvements propres de l'organe considéré, cœur ou vaisseau, sont donc directement subordonnés à l'activité d'appareils nerveux pariétaux ayant les propriétés histologiques de centres ganglionnaires.

De part et d'autre les mouvements consistent en dilatations et resserrements successifs : la différence de durée des diastoles du cœur et des dilatations vasculaires, des systoles cardiaques et des resserrements des vaisseaux n'enlève rien à la valeur de la comparaison : ce sont au fond des phénomènes semblables, dont le plus ou moins de rapidité semble seulement en rapport avec les propriétés différentes de la fibre musculaire, douée de mouvements rapides dans le cœur, affectant des allures plus lentes dans les vaisseaux. Ce qu'il faut seulement considérer, c'est le sens identique des phénomènes dans les deux ordres d'organes. Pour interpréter ces alternatives de resserrement et de dilatation, on a doté les appareils nerveux qui y président de propriétés correspondantes : dans le cœur a été admise l'existence de ganglions auto-moteurs, incitateurs du mouvement systolique, et de ganglions modérateurs, dits aussi d'arrêt, commandant à la diastole. Dans les vaisseaux on n'a point été aussi loin et la distinction de deux ordres de ganglions, les uns présidant à la dilatation, les autres au resserrement, n'a jamais été faite d'une manière bien explicite : on s'est arrêté au fait constaté de la présence de ganglions dans les parois vasculaires, et c'est à ces ganglions, véritables centres nerveux périphériques, comme on les a nommés, qu'a été dévolu le rôle de faire, par un mécanisme absolument ignoré, les dilatations et les resserrements alternatifs. Nous verrons plus tard que les raisons sur lesquelles repose la distinction des ganglions du cœur en ganglions d'*arrêt* et en ganglions *auto-moteurs* sont très-plausibles, tandis que rien n'autorise encore à admettre la même dissociation fonctionnelle dans les ganglions vasculaires.

Le parallèle entre l'innervation périphérique du cœur et celle des vaisseaux présente donc sur ce point une lacune.

Mais si, du système nerveux intrinsèque, nous passons au système nerveux extrinsèque, nous allons retrouver une symétrie bien plus satisfaisante entre les nerfs afférents du cœur et les nerfs afférents des vaisseaux.

Les dilatations et resserrements du cœur et des vaisseaux, que nous avons vus tout à l'heure liés à l'action ganglionnaire périphérique, sont aussi soumis à l'influence d'appareils nerveux centraux : cette influence centrale est transmise aux organes nerveux cardio-vasculaires par deux ordres de nerfs fonctionnellement distincts, mais dont la dissociation anatomique est loin d'être parfaite comme nous le montrerons plus loin avec quelque détail. On peut grouper ces nerfs en deux séries physiologiques : *nerfs constricteurs des vaisseaux et nerfs accélérateurs du cœur, d'une part ; nerfs vaso-dilatateurs et nerfs cardiaques modérateurs, d'autre part.*

Établissons succinctement les analogies qui permettent de conserver ces deux séries parallèles :

Les nerfs vaso-moteurs constricteurs appartiennent, comme ceux des nerfs accélérateurs du cœur qui ont été nettement démontrés, au système du grand sympathique ; ils suivent pour arriver au cœur et aux vaisseaux un trajet plus ou moins indépendant, soumis du reste de part et d'autre à d'assez nombreuses variations ; mais, quels que soient les rapports de contiguïté qu'ils affectent avec les nerfs cérébro-spinaux qui leur servent souvent de conducteurs, ils sont toujours reconnaissables à leurs caractères histologiques. Au niveau de leur terminaison dans le cœur et dans les vaisseaux, ils contractent des rapports intimes avec les appareils ganglionnaires intrinsèques. C'est par leur action sur ces organes nerveux périphériques

que les cordons nerveux sympathiques, cardiaques et vasculaires, commandent, ici à l'accélération du cœur, là au resserrement des vaisseaux : nous désignerons cette influence des nerfs accélérateurs du cœur et des nerfs constricteurs des vaisseaux sous le nom d'influence *positive*, par opposition à l'influence inverse que nous allons reconnaître aux nerfs modérateurs du cœur d'une part, aux nerfs dilatateurs des vaisseaux d'autre part, et que nous appellerons influence *négative*.

La seconde série de nerfs cardiaques et vasculaires est représentée par le nerf pneumogastrique pour le cœur et, pour les vaisseaux, par des nerfs variés dont la corde du tympan est le type le mieux déterminé. De même que l'excitation du bout cardiaque du pneumogastrique produit la dilatation du cœur avec ralentissement ou arrêt suivant son intensité, de même l'excitation du bout périphérique de la corde du tympan et des nerfs vasculaires analogues détermine la dilatation des vaisseaux. Cette influence suspensive toute spéciale que possèdent les nerfs dont il s'agit, semble s'exercer sur les parois musculaires du cœur et des vaisseaux par l'intermédiaire des appareils ganglionnaires périphériques : telle est du moins l'hypothèse à laquelle on se rallie généralement, une action d'arrêt directe étant impossible à comprendre. On peut donc désigner sous le nom d'influence *négative* l'action exercée sur les ganglions soit cardiaques, soit vasculaires par les nerfs pneumogastriques et par les nerfs vaso-dilatateurs en général.

Une figure schématique rappellera les notions qui précèdent.

Le double schéma ci-joint est destiné à représenter l'action comparée des nerfs excito-moteurs cardiaques [B] (accélérateurs) et vasculaires (vaso-constricteurs) (*b*) sur les appareils ganglionnaires du cœur et des vaisseaux : le sens dans lequel s'exerce cette influence est positif, comme l'indique le signe +; inversement, l'action *négative* des nerfs d'arrêt du cœur A (pneumogastriques) et dilatateurs des vaisseaux (*a*) est rappelée par le signe —, par opposition à l'action positive des nerfs de la première catégorie.

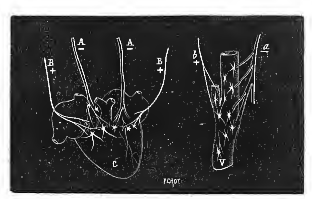


Fig. 1.

On pourrait pousser plus loin l'examen des analogies que présentent les nerfs cardiaques et vasculaires dans chacune des deux séries précédentes, en comparant l'action qu'exercent sur chaque série les agents physiques, chimiques et toxiques ; mais notre but n'est pas de poursuivre ce parallèle quelque intéressant qu'il puisse être. Nous voulions seulement montrer que la comparaison est légitime entre les nerfs accélérateurs du cœur et les nerfs vaso-constricteurs, entre les nerfs modérateurs du cœur et les nerfs vaso-dilatateurs.

Ces notions préliminaires générales sur l'innervation comparée dans le cœur et dans les vaisseaux peuvent servir d'introduction à la revue critique que nous nous proposons de faire. Dans le présent travail nous n'aborderons qu'une partie du sujet : l'*innervation du cœur*, réservant pour un prochain article l'innervation des vaisseaux : chacune de ces deux parties comporte de trop nombreux détails, même dans un exposé général, pour que nous puissions les traiter l'une et l'autre dans un article unique. Nous insisterons surtout sur les points les moins développés dans les ouvrages classiques, par exemple, sur la provenance des nerfs accélérateurs du cœur, sur leur trajet, leur mode d'action et leurs rapports physiologiques avec les nerfs pneumogastriques. C'est par cette catégorie de nerfs cardiaques que nous commencerons notre revue.

I. *Nerfs accélérateurs du cœur, leur provenance.* — On savait depuis longtemps (Legallois, Wilson Philip, Volkman, etc.) que les excitations de la moelle cervicale déterminent l'accélération du cœur. Une série d'importants travaux publiés à l'étranger depuis quinze ans ont vivement éclairé la question en montrant que les expériences anciennes, tout en conservant leur valeur, étaient beaucoup plus complexes qu'elles n'avaient semblé, et en déterminant les régions de la moelle cervico-dorsale qui donnent naissance aux nerfs accélérateurs du cœur. V. Bezold répète en 1863 les expériences de Legallois, en excitant la moelle cervicale sectionnée entre l'atlas et l'axis, constate l'accélération du cœur et arrive à cette conclusion que « des influences nerveuses sont continuellement envoyées par le cerveau pour accélérer les battements du cœur ». Bezold avait en outre remarqué que la pression artérielle s'élève pendant que le cœur s'accélère sous l'influence de l'excitation de la moelle, et, voyant là un rapport de cause à effet, il pensait que cette élévation de pression était due à l'augmentation du nombre des battements du cœur. Ludwig et Thiry, reprenant ces recherches en 1864, ont montré que les résultats obtenus par V. Bezold sont passibles d'une interprétation toute différente. Comme lui ils ont vu le cœur s'accélérer et la pression artérielle s'élever sous l'influence de l'excitation du segment inférieur de la moelle cervicale ; mais au lieu d'admettre avec Bezold que l'augmentation de la pression artérielle résulte de l'accélération du cœur, ils ont renversé la proposition : l'élévation de la pression a été considérée comme le résultat direct de l'excitation vaso-motrice produite par l'irritation de la moelle, et l'accélération du cœur a été subordonnée elle-même à cette élévation de pression. Ils avaient reconnu cependant, et ce fait a été surtout mis en évidence dans un second travail de Ludwig et Cyon en 1866, que les deux phénomènes pouvaient être indépendants l'un de l'autre et que la même influence, l'excitation de la moelle, pouvait produire d'une part le resserrement des vaisseaux par la voie vaso-motrice, d'autre part l'accélération du cœur par la voie du sympathique cervico-thoracique.

Mais ce dernier point ne ressortait pas rigoureusement des expériences de Ludwig et Cyon ; aussi l'un de ces deux auteurs, E. Cyon, reprit-il en collaboration avec son frère de nouvelles recherches dans le but d'établir par des expériences spéciales l'influence de la moelle cervicale sur le cœur et le trajet des nerfs par lesquels se transmet cette influence. Ce travail important a paru en 1867, dans les *Archives de Reichert*.

L'influence directe de la moelle sur le cœur a été défini-

tivement démontrée par ces recherches qui ont en outre établi que cette action accélératrice est transmise par des filets du sympathique traversant le ganglion cervical inférieur et le premier thoracique, et spécialement par le troisième rameau du ganglion cervical inférieur.

Un fait intéressant, sur lequel nous aurons à revenir, ressort également des expériences de E. et M. Cyon, c'est que l'accélération du cœur produite par l'excitation de la moelle ne produit pas d'élévation de pression quand on a disposé l'expérience de telle façon que les excitations de la moelle ne puissent pas en même temps retentir sur l'appareil vasomoteur. Ceci est tout à fait contraire à ce qu'avait avancé V. Bezold.

Depuis 1867, les recherches sur le même sujet n'ont fait que confirmer les précédents résultats, et il reste bien acquis que la moelle cervicale agit directement sur le cœur pour en déterminer l'accélération. Nous devons ajouter que cette influence n'est pas circonscrite à la région cervicale, comme l'avait déjà montré Cl. Bernard; on peut produire l'accélération du cœur par l'excitation de la moelle dorsale jusqu'au niveau de la cinquième paire de nerfs dorsaux (Albertoni et Bufalini, 1876).

Faut-il dès lors admettre que la propriété d'accélérer les battements du cœur est réservée à un segment de la moelle compris entre le niveau de l'axis et le niveau de la quatrième vertèbre dorsale? Nous ne le pensons pas: si cette influence est bien établie pour le segment indiqué, il ne s'ensuit pas que la partie supérieure de la moelle et le bulbe ne possèdent pas la même faculté.

Un certain nombre de physiologistes, Schiff et Moleschott particulièrement, ont vu que l'excitation faible du pneumogastrique produit l'accélération du cœur et en ont conclu que ce nerf renferme des fibres accélératrices provenant des régions supérieures de la moelle.

Cette opinion, quoique vivement attaquée, a trouvé un sérieux appui dans quelques expériences que nous devons rappeler brièvement: 1° Chez les animaux profondément curarisés, le nerf pneumogastrique ne se comporte plus comme nerf d'arrêt, mais bien comme nerf accélérateur. Sa fonction n'a point été transformée par l'action du poison, comme nous le savons bien: le curare a seulement agi, à une certaine période de l'empoisonnement, sur les éléments modérateurs qu'il a supprimés momentanément, laissant ainsi les excitations du pneumogastrique mettre en évidence les éléments accélérateurs plus réfractaires à l'influence toxique. Ce fait a été constaté par V. Bezold, contrôlé par Wundt (Heidelb., 1860) et depuis par un grand nombre d'expérimentateurs. 2° Quand on soumet le cœur de la grenouille à une température élevée il s'arrête; à ce moment l'excitation du pneumogastrique agit sur lui comme celle d'un nerf moteur sur un muscle ordinaire: si cette excitation est unique, elle provoque une systole simple; si elle est composée d'une série de chocs d'induction, elle produit une série de systoles plus ou moins fusionnées qui mettent le cœur dans une sorte d'état tétanique (Schelske). 3° Certains alcaloïdes suppriment, comme on le sait, l'excitabilité du nerf pneumogastrique comme nerf d'arrêt, et quand on irrite ce nerf, au lieu de déterminer le ralentissement du cœur, on en produit l'accélération: c'est ce qu'ont observé plusieurs auteurs avec l'atropine et Schmiedeberg avec la nicotine. Il paraît donc résulter de ces expériences que le pneumogastrique renferme des fibres accélératrices. Or ces fibres ne peuvent lui venir que de la partie supérieure de la moelle, soit par ses anastomoses avec les filets sympathiques contenus dans les deux premières paires cervicales et dans le cordon sympathique à la base du crâne, soit par son anastomose avec le spinal. C'est à cette dernière opinion que s'est arrêté Schiff, qui admet que le pneumogastrique reçoit ses fibres accélératrices d'une portion plus ou moins étendue de la moelle cervicale par l'intermédiaire de la branche interne du spinal, laquelle représenterait la portion médullaire du nerf. Nous verrons bientôt quel trajet exact Schiff admet à la région cervicale pour ces fibres accélératrices du pneumogastrique: il nous suffit pour le moment d'avoir montré que selon toute probabilité, la provenance des fibres accélératrices du cœur n'est pas circonscrite à la région cervico-dorsale de la moelle, mais s'étend aussi plus haut du côté du bulbe.

Nous allons maintenant chercher à déterminer les voies par lesquelles les fibres accélératrices fournies par la moelle sont amenées jusqu'au cœur.

II. *Trajet des nerfs accélérateurs entre la moelle et le cœur.* — C'est vers le ganglion cervical inférieur et le premier thoracique que convergent les filets accélérateurs du cœur fournis par la moelle cervicale et par le tiers supérieur de la moelle dorsale. Pour plus de commodité nous diviserons ces filets en trois groupes: le *groupe supérieur* se composant de *filets descendants*, fournis par la moelle cervicale proprement dite; le *groupe moyen* constitué par des *filets à peu près transversaux* venant de la partie inférieure de la moelle cervicale et de la partie la plus élevée de la moelle dorsale; le *groupe inférieur* formé de *filets ascendants*, qui sont fournis par la moelle dorsale entre les deuxième et cinquième vertèbres dorsales.

Le schéma suivant, emprunté à un dessin d'après nature d'une préparation du sympathique du chat, permettra de préciser notre point de départ.

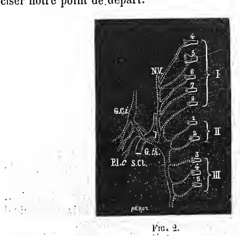


Fig. 2.

Le ganglion cervical inférieur (G. C*i*) et le ganglion 1[er] thoracique (G. *th.*), sont unis par l'anneau de Vieussens, qui entoure l'artère sous-clavière (S. C*l.*) et de la branche inférieure duquel naissent plusieurs nerfs du plexus cardiaque (Pl. *c*).

Ces filets, fournis par l'anneau de Vieussens et par le ganglion cervical inférieur, viennent du 1[er] ganglion thoracique, auquel ils ont été apportés par les branches descendantes (I), transversales (II), ascendantes (III). Comme on le voit ici, les branches du groupe I ou groupe supérieur proviennent elles-mêmes des quatre ou cinq dernières paires cervicales par une série de filets se réunissant en un seul tronc (N. V.) qui sera

étudié d'une façon spéciale sous le nom de *nerf vertébral;* les branches du groupe II ou groupe moyen naissent des 1er et 2e nerfs intercostaux; celles du groupe III viennent des 3e, 4e et 5e nerfs intercostaux; elles remontent vers le ganglion 1er thoracique par le cordon sympathique du thorax.

Tous ces filets convergents des trois groupes que nous avons admis ont une origine apparente identique : ils se détachent de la face antérieure des nerfs mixtes cervico-dorsaux et constituent en définitive les rameaux communiquants qui unissent le premier ganglion thoracique du chat aux quatre ou cinq premiers nerfs dorsaux et aux quatre ou cinq derniers nerfs cervicaux. C'est dans ces rameaux communiquants que sont contenus, en même temps que d'autres filets destinés à l'iris, aux vaisseaux du membre supérieur, à ceux de la tête, etc., filets dont nous n'avons point à nous occuper ici, les nerfs accélérateurs médullaires du cœur.

Sans doute, cette description s'écarte un peu de la notion courante, qui consiste à n'admettre comme nerfs accélérateurs du cœur que ceux qui proviennent des deux premières paires dorsales; mais elle repose sur un grand nombre de recherches faites par d'autres auteurs et par nous-même, et représente l'ensemble des résultats acquis. Sans insister ici sur des points de détails que nous réunirons dans une monographie sur le sympathique cervico-thoracique, nous nous contenterons de rappeler que les nerfs accélérateurs ont été démontrés dans les deux premières racines dorsales (Cl. Bernard, Ludwig, Cyon), dans les troisième, quatrième et cinquième dorsales (Albertoni et Bufalini), dans le nerf qui accompagne l'artère vertébrale (Bezold, Bever, Cyon, etc.) et qu'on désigne souvent sous le nom de *nerf de V. Bezold*. Or, nous avons nous-même étudié ce cordon nerveux au point de vue de ses rapports avec les nerfs cervicaux, de son action sur le cœur, et nous sommes arrivé à cette conclusion que le nerf vertébral renferme les rameaux communiquants des quatre ou cinq dernières paires cervicales (homme, cheval, bœuf, chien, chat, lapin) et contient, à quelque hauteur de son trajet qu'on l'examine, des filets accélérateurs du cœur (chien, chat, lapin). Par conséquent la figure schématique précédente correspond à des faits anatomiques et physiologiques qui paraissent bien établis.

Nous avons vu plus haut que le système des fibres accélératrices du cœur n'émane pas seulement de la moitié inférieure de la moelle cervicale et de la moitié supérieure de la moelle dorsale. Les filets accélérateurs contenus dans le pneumogastrique, à la partie supérieure du cou, ne peuvent provenir que de la partie supérieure de la moelle cervicale par les racines médullaires du spinal ou par les anastomoses du pneumogastrique avec les filets sympathiques de la région, ou bien encore du bulbe par les racines bulbaires du spinal ou par les racines propres du pneumogastrique.

D'après Schiff, qui a surtout étudié les nerfs accélérateurs contenus dans le pneumogastrique, ce serait à la portion médullaire du spinal que ce nerf les emprunterait. S'il en est ainsi, nous arrivons à compléter la description donnée précédemment pour la provenance médullaire des fibres accélératrices du cœur. Nous les avons vues se détacher de la moitié inférieure de la moelle cervicale et descendre avec les filets qui accompagnent l'artère vertébrale jusqu'au ganglion premier thoracique. Nous pouvons maintenant considérer avec Schiff un système supérieur de fibres accélératrices se détachant de la moitié supérieure de la moelle cervicale avec les racines médullaires du spinal, en passant avec sa branche interne dans le tronc du pneumogastrique, au niveau du ganglion plexiforme. Cette disposition est représentée schématiquement dans la figure 3.

D'après les expériences que nous avons citées, ces fibres accélératrices descendraient dans le tronc même du pneumogastrique et accompagneraient ce nerf dans son trajet cervical jusqu'au niveau du ganglion cervical inférieur, avec lequel elles contracteraient des rapports plus ou moins étroits. Ce trajet régulier ne serait pourtant pas le seul que suivraient, pour arriver à la base du cou, les fibres accélératrices qui abordent le pneumogastrique à sa partie supérieure. Schiff en admet un autre tout à fait imprévu et que nous donnons d'après ses descriptions (Schiff, *Lo sperimentale*, 1872. — *Centralblatt*, 1873, nos 1, 2, 3). Un plus ou moins grand nombre de fibres accélératrices apportées au nerf vague par la branche interne du spinal abandonneraient presque aussitôt le tronc du nerf pour passer dans ses branches supérieures, le nerf pharyngien et surtout le nerf laryngé supérieur. De ces branches les filets cardiaques accélérateurs descendraient par l'anastomose intra-laryngée des nerfs laryngé supérieur et récurrent pour passer dans ce dernier nerf, qu'elles accompagneraient jusqu'au niveau de l'anse qu'il forme autour de l'aorte ou de la sous-clavière. C'est au niveau de cette anse que les fibres accélératrices se détacheraient du récurrent pour se jeter, en même temps que les autres fibres qui ont accompagné le tronc même du pneumogastrique, dans le plexus cardiaque. Le schéma suivant rend compte de la disposition admise par Schiff.

Le trajet des fibres accélératrices y est représenté en lignes pointillées. On voit que ces fibres se détachant de la moelle au niveau des racines médullaires du spinal (Sp.M.) passent par la branche interne du nerf dans le tronc du pneumogas-

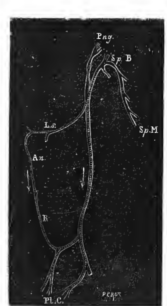


Fig. 3.

trique (Png), où elles se bifurquent. Les unes suivent le tronc du pneumogastrique et s'en séparent, soit au niveau d'un nerf cardiaque supérieur, dont le point de départ est très-variable en hauteur, soit plus bas, après que le pneumogastrique a donné naissance au récurrent. Les autres fibres accélératrices passent dans le laryngé supérieur (L.S.), traversent avec sa branche interne la membrane thyro-hyoïdienne et descendent en dedans du cartilage thyroïde par l'anastomose

de Galien (*An*), pour se jeter dans l'extrémité supérieure du récurrent (R).

Accompagnant ensuite ce nerf jusqu'à sa partie inférieure, elles s'en détacheraient au niveau de son anse pour constituer plusieurs filets cardiaques qui, réunis aux autres filets fournis directement par le pneumogastrique, iraient se jeter dans le plexus cardiaque (*Pl. C.*).

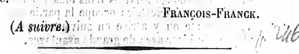
Il faut ici mentionner un fait intéressant au point de vue de l'opinion de M. Schiff. MM. Philipeaux et Vulpian ont étudié en 1869 le trajet des filets nerveux qui suivent l'anastomose de Galien, et ils ont conclu de leurs recherches faites à l'aide de la méthode wallérienne, que ce filet anastomotique provient exclusivement du nerf laryngé supérieur. Après s'être accolé au nerf récurrent, ce nerf se divise en deux filaments d'inégale grosseur. L'un, le plus grêle, reste accolé au nerf récurrent, et MM. Philipeaux et Vulpian n'ont pu reconnaître sa destination; l'autre, plus gros, va à la muqueuse trachéale (*Arch. physiol.*, 1869, p. 667).

Le rameau du laryngé supérieur, qui reste accolé au récurrent, pourrait être considéré comme représentant les filets cardiaques décrits par M. Schiff.

Tel est le trajet, comme on le voit assez compliqué, admis par Schiff pour les fibres accélératrices qui passent de la partie supérieure de la moelle dans le tronc du pneumogastrique à la base du crâne. Ajoutons que l'auteur, très-exclusif dans son opinion, s'élève vivement, dans ses différentes publications, contre l'existence d'autres nerfs accélérateurs que ceux qui suivent le pneumogastrique et ses branches. Nous n'avons pas d'expériences personnelles assez complètes pour discuter les résultats de ses recherches, aussi n'en aborderons-nous pas la critique; nous nous bornerons à formuler les réserves les plus expresses au sujet de son opinion sur les autres nerfs accélérateurs : leur présence dans les filets cardiaques du ganglion cervical inférieur, le premier thoracique, ainsi que leur provenance de la moitié inférieure de la moelle cervicale et du tiers supérieur de la moelle dorsale, nous paraissent hors de doute. Les expériences de Bezold, Bever, Ludwig, Cyon, Schmiedeberg, etc. et celles que nous avons répétées de notre côté ne nous laissent aucune incertitude sur ce point. Nous admettons aussi le passage d'un certain nombre de fibres accélératrices dans le tronc du pneumogastrique, mais nous ne sommes pas en mesure d'en déterminer rigoureusement la provenance bulbaire ou médullaire supérieure.

François-Franck.

(*A suivre.*)



TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Exposé des résultats des grandes amputations pratiquées dans une période de douze ans dans la deuxième division chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, par le docteur L. Duménil, chirurgien en chef.

(Fin. — Voyez les numéros 10, 12 et 14.)

Quoique je n'aie en vue, dans ce travail, que les grandes amputations, j'ajouterai cependant ici un cas de résection du coude pratiquée chez une femme tuberculeuse, cette opération ayant les plus grandes analogies avec celles dont je m'occupe spécialement.

Obs. IV. — Une femme de trente-six ans entra dans mon service, en 1867, pour une tumeur blanche du coude existant depuis dix-huit mois. L'articulation était mobile dans tous les sens et les mouvements produisaient de la crépitation; il existait des trajets fistuleux en dehors et en arrière. La malade toussait depuis plusieurs mois, et l'on constatait au sommet du poumon droit une diminution de sonorité, de la respiration soufflante, du retentissement de la voix et quelques rares craquements. L'abondance de la suppuration et les douleurs vives épuisaient la malade et amenaient un dépérissement progressif. La tuberculisation pulmonaire n'étant qu'un premier degré et sa marche me paraissant lente, je me décidai à pratiquer la résection du coude, le 29 avril.

La malade fut chloroformée sans accident malgré l'état de la poitrine. La destruction du périoste ne permettait pas de recourir à la méthode sous-périostée. Les suites immédiates de l'opération n'offrirent rien de particulier.

Le 7 mai apparut un érysipèle qui envahit progressivement tout le membre. La suppuration diminua à la suite de l'érysipèle, et elle était à peu près complétement tarie le 1er juillet. L'état du coude était à cette date aussi satisfaisant que possible, mais l'affection tuberculeuse s'aggravait : matité aux deux sommets, respiration soufflante des deux côtés.

La malade succomba le 12 juillet aux progrès de la tuberculisation pulmonaire. A l'*autopsie*, on trouva les deux poumons farcis de tubercules. L'articulation du coude ne présentait aucune solidité. A sa partie postérieure existaient deux ouvertures conduisant dans une cavité des dimensions d'une noisette, située entre le radius et l'humérus, tapissée d'une membrane bien organisée. Sur tous les autres points la plaie de l'opération était complétement cicatrisée. Toute la surface de section des os était recouverte d'une membrane molle, rougeâtre, qui formait sur le radius et la partie externe de l'humérus les limites de la petite cavité dont il vient d'être parlé. Au côté interne, l'humérus était uni au cubitus par une bride assez épaisse de nouvelle formation.

Quoique la résection ait été faite ici en pleine évolution des lésions tuberculeuses, celles-ci n'ont pas eu une influence bien sensible sur ses suites; elles n'ont pas empêché la cicatrisation de la plaie des parties molles, et si le travail de réparation est resté très-incomplet dans les parties profondes, l'intervention opératoire a au moins eu pour résultat d'amoindrir considérablement les souffrances.

Je n'ai certes pas la prétention de fixer, avec un si petit nombre de faits, la limite jusqu'à laquelle peut aller la médecine opératoire dans les amputations chez les tuberculeux, de déterminer les cas où elle peut conduire à la guérison, ceux où elle ne peut agir qu'à titre de palliatif, ceux enfin devant lesquels le chirurgien doit s'arrêter absolument. Une question de cette nature appelle de nombreuses observations; mais je ne doute pas que, dans ce champ d'expérience, les méthodes antiseptiques ne viennent donner des succès en garantissant les sujets, mieux que les anciennes méthodes, contre les complications auxquelles l'affaiblissement de leur résistance vitale donne tant de prise.

Chez un de mes amputés de la jambe, atteint de rétrécissement de l'orifice aortique, la mort survint inopinément et presque subitement le seizième jour, sans qu'on puisse en accuser autre chose que la lésion cardiaque. Voici cette observation :

Obs. V. — Dévarieux, âgé de cinquante-quatre ans, sous-chef de gare, surpris la nuit par une locomotive, eut l'avant-pied gauche broyé jusqu'au tarse et resta couché un certain temps sur la voie. Il fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 11 juin au matin, six heures après l'accident. Les téguments de la plante du pied étaient complétement décollés, de sorte qu'il était impossible de pratiquer une amputation partielle du pied, ni même une désarticulation tibio-tarsienne. Sur la partie droite de la région lombaire il existait une contusion avec décollement des téguments, mais sans que ceux-ci fussent lésés. Pas d'autre désordre appréciable de quelque importance. Le malade est fort et sobre. L'examen des organes thoraciques ne révèle aucune contre-indication à l'usage du chloroforme, qui est administré sans accident. L'amputation est pratiquée au quart inférieur de la jambe par le procédé de Guyon. Je fais la suture avec des fils de soie, je place un drain et j'applique le pansement ouaté. Je donne une potion avec 40 grammes de rhum et de la limonade vineuse.

Le malade est pris dans la journée de douleurs vives dans la

jambe qui l'empêchent de dormir. Le lendemain je trouve à l'auscultation un souffle au premier bruit à la base du cœur, et un peu d'irrégularité dans les battements, sans accélération. Le soir, la température s'élève à 39 degrés.

Le 13, il se plaint d'angoisse à la partie inférieure du sternum; cette gêne l'empêche de dormir, malgré qu'il ait pris 3 grammes de chloral. Les douleurs du moignon ont diminué. Le pouls a sa fréquence normale; la température est à 37 degrés.

L'angoisse précordiale persiste toute la journée, et le soir il y a une irrégularité du pouls toutes les quatre ou cinq pulsations. Le souffle au premier bruit persiste. La température est à 38 degrés.

Le 14, tout est rentré dans l'ordre, l'angoisse a cessé la veille au soir et ne s'est pas reproduite. Le pouls est régulier, sans accélération; il n'y a pas de douleurs; la température est à 37°,2.

Le 15 et le 16 se passent très-bien, le pouls reste régulier et la température est normale.

Le 17, le moignon est le siége de douleurs vives qui ont troublé le sommeil; le pouls est régulier, non accéléré; la température est à 37 degrés.

J'enlève le pansement et je trouve la moitié antérieure du lambeau sphacélée, avec une suppuration abondante et fétide. Les sutures sont enlevées, des adhérences assez solides qui unissaient aux os la partie profonde du lambeau sont détruites, et le pansement phéniqué est fait à ciel ouvert en laissant le lambeau étalé.

Le 18, les douleurs sont calmées; on perçoit à la base du cœur un souffle râpeux; le pouls est régulier, sans accélération; la température à 37°,2. Le sphacèle est limité.

Les escharres sont complétement détachées le 22, et l'état tant local que général ne laisse rien à désirer.

Le 25, l'état de la plaie est aussi bon que possible, les bourgeons charnus ont partout le meilleur aspect, l'os est complétement recouvert; je cherche à ramener le lambeau sur l'extrémité des os avec des bandelettes collodionnées, en ayant soin de garantir les chairs au moyen de morceaux de protective.

La journée du 26 se passe bien.

Le 27, le malade a un peu souffert de son moignon et n'a pas dormi. Le pansement est renouvelé, et l'aspect du membre n'offre rien de particulier; le lambeau et l'extrémité des os sont couverts de granulations de bonne nature. Il n'y a ni rougeur, ni gonflement, ni sensibilité en aucun point du membre. Je réapplique une bande de tarlatane phéniquée autour de la jambe, un tampon de la même tarlatane sous le lambeau, deux bandelettes collodionnées et le pansement de Lister.

Le malade a un vomissement immédiatement après la visite. Le soir, vers cinq heures, il éprouve un frisson et meurt presque subitement à la suite de ce frisson, après avoir dit à son voisin qu'il se trouvait mieux. Les derniers moments ne furent signalés que par quelques respirations râlantes.

L'autopsie n'a pu être faite.

L'influence de la maladie du cœur sur la marche de la plaie d'amputation est ici aussi nette que possible; la simultanéité des troubles cardiaques et du sphacèle du lambeau, le retour de la régularité dans le travail de réparation du côté du moignon, lors de la disparition de ces troubles circulatoires, ne permettent aucun doute. La mort rapide et inattendue en l'absence de toute perturbation du côté du membre amputé ne me paraît pas non plus pouvoir s'expliquer d'une autre manière, quoique le mécanisme des accidents ultimes ne nous ait pas été révélé *de visu*.

L'influence réciproque du traumatisme sur la maladie du cœur me semble tout aussi bien démontrée. Cet homme n'avait jamais éprouvé de troubles de ce côté; s'il y avait quelque signe d'une lésion des orifices cardiaques au moment de l'opération, ils étaient si légers qu'ils ne m'ont laissé aucun scrupule relativement à l'innocuité de l'administration du chloroforme; et c'est le lendemain de l'accident et de l'amputation qu'il éprouve ces angoisses et ces irrégularités du pouls qui disparaissent aussi subitement qu'elles se sont manifestées, attestant ainsi le retentissement du choc que l'organisme avait éprouvé. Je ne prétends pas dire ici que l'opération a engendré des altérations valvulaires, mais seulement qu'elle a transformé des lésions latentes en lésions actives.

Un détail de cette observation mérite d'être signalé : ce sont les adhérences que le lambeau avait contractées avec les extrémités osseuses six jours après l'amputation, adhérences assez solides pour qu'il ait été nécessaire de les rompre. Ce fait prouve que la réunion primitive peut se faire sur toute la surface d'un moignon, aussi bien dans les parties profondes que dans les parties superficielles, lorsque les surfaces sont exactement juxtaposées.

A côté de ce fait j'en placerai un autre, qui, bien que moins important, a cependant un certain intérêt.

Obs. VI. — J'ai actuellement dans mon service un homme de soixante-six ans, de bonne constitution, habitant la campagne, d'habitudes très-régulières et d'une grande sobriété, qui, dans le cours d'un diabète, a été atteint d'un ulcère perforant du pied siégeant au niveau de l'articulation interphalangienne du gros orteil. Cette articulation ayant été ouverte par les progrès du mal, j'ai dû pratiquer la désarticulation métatarso-phalangienne. Cette opération fut faite le 9 octobre par la méthode à lambeaux. Ce malade est atteint d'un rétrécissement de l'orifice aortique caractérisé par un souffle rude à la base du cœur, sur le bord droit du sternum, mais sans troubles fonctionnels. Le pansement ouaté appliqué immédiatement après l'opération dut être enlevé le douzième jour, à cause des vives douleurs éprouvées par le malade; il fut remplacé par le pansement de Lister. Il ne se présenta pas de complications sérieuses; mais la plaie avait un aspect fongueux, une teinte violacée, et la suppuration fut constamment, jusqu'au 27 octobre, fortement colorée par du sang. Aujourd'hui, 2 novembre, elle est presque complétement cicatrisée.

Le sucre n'était, au moment de l'opération, que dans la proportion de 6 à 7 pour 1000; le 27 octobre il n'y en avait plus de traces. Ce n'est pas au diabète, mais à l'affection cardiaque, qu'il faut, à mon avis, rapporter l'aspect particulier de la plaie.

Je terminerai ce travail en appelant l'attention sur l'usage qu'ont pu faire de la jambe artificielle de Beaufort deux de mes malades qui avaient subi l'amputation sus-malléolaire. J'ai suffisamment signalé le cas du soldat Baudribos, qui, rentré dans ses foyers, put exercer pendant plusieurs années, jusqu'à sa mort, le métier de tisserand, qui exige l'usage des deux pieds.

Le nommé Lemaître, qui avait un moignon moins parfait que le précédent, retourna avec le même appareil dans son pays, où, depuis deux ans, il est occupé dans une fabrique comme ourdisseur. Cette situation lui permet de gagner environ 3 francs par jour. Il marche avec la plus grande facilité et peut faire plusieurs lieues sans souffrir. Ces renseignements m'ont été fournis par mon honorable collègue le docteur Fauville, qui a l'occasion de voir cet homme chaque année pendant les vacances.

Je ne puis donc souscrire au jugement sévère de M. le professeur Le Fort, qui, dans son édition de la *Médecine opératoire* de Malgaigne, traite cet appareil d'absurde. Peut-être ne rend-il pas les mêmes services dans tous les cas, mais, lorsqu'on obtient que la cicatrice occupe la partie antérieure du membre, comme on y arrive en suivant le procédé de Guyon, on peut l'utiliser avec de grands avantages.

Thérapeutique.

Contribution a l'étude thérapeutique du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, par M. le docteur Blachez et M. A. Poulin, interne des hôpitaux.

Il est actuellement peu de médecins qui n'aient administré plus ou moins largement le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, et nous n'avons pas à revenir sur l'historique de cette médication que la communication de M. le professeur Sée a mise si rapidement en vogue. L'opinion n'est pas cependant complétement fixée sur la valeur du médicament qui trouve encore de nombreux détracteurs. Des accidents graves lui ont même été attribués.

Persuadés, en ce qui nous concerne, et d'après des expériences déjà fort nombreuses, qu'aucune médication n'a eu jusqu'ici une prise aussi puissante sur les principaux symptômes du rhumatisme articulaire aigu, nous croyons utile de relater sommairement dix cas observés par nous l'année dernière et dans lesquels l'action du salicylate s'est manifestée avec une telle netteté qu'il nous paraît impossible de la mettre en doute.

Nous avons choisi ces dix cas au milieu d'un nombre plus considérable d'observations que nous pourrions également citer à l'appui de la médication, mais qui n'avaient pas été assez rigoureusement recueillies.

Dans celles que nous reproduisons, l'action du salicylate a été suivie avec soin. On s'est assuré, par l'examen des urines pratiqué chaque jour, que les malades absorbaient régulièrement le médicament.

Comme tous les autres médecins, nous avons rencontré quelques cas rebelles. Mais ces échecs nous ont été toujours ou presque toujours expliqués par quelques conditions particulières. C'est ainsi que nous avons constamment échoué, non-seulement dans le rhumatisme blennorrhagique généralisé ou localisé, mais encore dans les cas que notre regretté Lorain réunissait sous la dénomination plus compréhensive de rhumatisme génital. Nous citerons une femme prise de rhumatisme aigu dans la cinquième semaine après l'accouchement, chez laquelle le salicylate administré à haute dose échoua complètement. Même insuccès chez une jeune fille atteinte de métrite et de vaginite.

Mais dans les cas francs de rhumatisme aigu ou subaigu, nous ne nous souvenons pas d'avoir constaté un insuccès complet de la médication.

Nous résumons rapidement nos dix observations.

Obs. I. — Guchemin, âgé de dix-sept ans (deuxième attaque). La première a eu lieu il y a deux ans, et lui a laissé un double souffle à la base et un roulement présystolique à la pointe. Entrée le 15 octobre 1878. Fièvre. Température, 38°,6. Gonflement douloureux des genoux et des pieds.

6 grammes de salicylate le jour de l'entrée. La température tombe à 37°,2 le 17 octobre. Le 20, les douleurs ont complètement disparu. Le salicylate est continué à la dose de 4 grammes jusqu'au 23, jour de sa sortie.

Obs. II. — Lecomte (Euphrasie), âgée de trente-trois ans (deuxième attaque). La première, en 1870, a duré quinze jours. Entrée le 22 octobre; l'attaque actuelle date de quatre jours. Rhumatisme généralisé à toutes les articulations des membres inférieurs. Le membre supérieur droit est également pris. Souffle systolique très-accentué à la pointe. Température, 39°,8.

Le salicylate est donné le 23, à la dose de 6 grammes.

Le 26, les douleurs ont disparu. On constate un frottement péricardique léger. La température est tombée à 37 degrés. La malade prend 4 grammes de salicylate jusqu'à sa sortie qu'elle demande le 1er novembre. Le frottement péricardique est très-atténué. Le souffle persiste.

Obs. III. — Emer (Rosalie), âgée de vingt-cinq ans. Entrée le 29 octobre (première attaque). Malade depuis quatre jours. Rhumatisme très-aigu généralisé. Température, 40 degrés. Le lendemain, 6 grammes de salicylate. Le 31, la température est de 38°,2. Diminution des douleurs.

Le 2 novembre, température, 36°,6. Salicylate, 4 grammes.

Le 8 novembre, les douleurs reparaissent dans les jambes, sourdes, sans fièvre. Température, 37°,4. Salicylate, 6 grammes.

Le 15 novembre, la malade se lève, tout en se plaignant encore de douleurs légères dans les jambes. Rien au cœur. Elle sort le 28 novembre.

Obs. IV. — Paul (Jeanne), âgée de quarante-deux ans. Entrée le 20 septembre (première attaque). Rhumatisme généralisé. Les articulations des vertèbres cervicales sont prises. La malade ne peut pas s'asseoir. Température, 39 degrés. Rien au cœur.

Le 21 septembre, 6 grammes de salicylate. Le 23, les douleurs ont disparu.

Le 24, la température est à 37°,6. Bourdonnements d'oreilles très-intenses. Souffle systolique marqué à la pointe. Depuis deux jours, la malade est très-incommodée par le salicylate, dont on réduit la dose à 2 grammes. Dès le lendemain, les genoux se gonflent. Le 27, la main est reprise. Température, 38°,2. La dose de salicylate est de nouveau portée à 6 grammes.

Le 2 octobre, la malade se lève. Elle continue à prendre 6 grammes de salicylate jusqu'au 9 octobre, jour où elle demande sa sortie.

Elle rentre le 15 avec des douleurs subaiguës du pied et du genou gauches et du poignet du même côté. Température, 38 degrés. On reprend le salicylate à la dose de 6 grammes.

Amélioration marquée le 18. Le 22, la dose de salicylate est réduite à 4 grammes, et le 26, à 2 grammes. Elle sort définitivement guérie le 1er novembre.

Obs. V. — Rion, âgé de vingt ans. Entrée le 20 août (première attaque). Douleurs vives et gonflement des deux articulations des deux membres inférieurs. Température, 39°,2. Frottement péricardique. 6 grammes de salicylate. Le quatrième jour, les douleurs ont disparu, et la température est tombée graduellement à 36°,8 et 37°,5 le soir. Le 29, au neuvième jour, on cesse le salicylate. Dès le lendemain, la fièvre revient. Température, 38°,2. Les douleurs reparaissent, moins vives dans les genoux. Le salicylate est repris. Bien que les douleurs soient très-atténuées, la fièvre se maintient jusqu'au 13 septembre, avec un état rhumatismal subaigu. On a continué le salicylate jusqu'au 15. Le frottement péricardique a disparu peu à peu.

Le malade sort guéri le 6 octobre.

Obs. VI. — Chaussé, âgé de trente-huit ans. Entrée le 16 avril (cinquième attaque). Le rhumatisme occupe les pieds, les genoux, les poignets et les épaules. Epanchement abondant du genou droit. Température, 39°,8. Souffle systolique à la pointe.

Le salicylate est donné le 17 août à la dose de 8 grammes, et provoque dès le lendemain des bourdonnements d'oreilles violents.

Le 18, l'épanchement du genou diminue et les douleurs sont moins vives. Température, 39 degrés.

Le 20, l'épanchement et les douleurs ont disparu. La dose de salicylate est réduite à 6 grammes, puis à 4 grammes jusqu'au 20 avril, jour de sa sortie.

Il rentre le 7 mai. Douleurs subaiguës dans les pieds, les genoux et les poignets. Température, 38°,2. On reprend le salicylate à la dose de 6 grammes.

Le 12, les douleurs ont disparu. On continue le salicylate à la même dose jusqu'au 15. Le malade demande sa sortie.

Obs. VII. — Ruotte, âgé de vingt-six ans. Entrée le 7 août (il a déjà eu sept attaques). La dernière a été traitée par le salicylate. Souffle systolique à la pointe, très-énergique. Le rhumatisme est peu douloureux. Presque toutes les jointures sont prises; pas d'épanchement abondant. Température, 39 degrés. On donne le salicylate à 6 grammes. Le 9 août, les douleurs ont disparu. Il n'y a plus que de la raideur au poignet. Le 10, le malade ne souffre plus; mais la température reste à 39°,4. Le 12, elle tombe à 37 degrés. Le 13, la défervescence est complète. Le salicylate, qui n'a pas provoqué de bourdonnements, est continué à la dose de 6 grammes jusqu'au 20 août, jour de la sortie. L'état du cœur n'est pas modifié.

Obs. VIII. — Fazolle, âgée de quarante ans. Entrée le 19 avril (cinquième attaque). Début, il y a douze jours. Rhumatisme généralisé. Température, 38°,2. Palpitations et souffle présystolique à la pointe. Salicylate, 6 grammes. Le 23, les douleurs ont disparu. La température est à 37°,2. Mais le salicylate est mal supporté. Il provoque de violents maux de tête. La dose est réduite à 4 grammes; mais les maux de tête, vertiges, bourdonnements persistent, et on cesse le salicylate le 30. La malade sort, sur sa demande, le 1er mai.

Obs. IX. — Lesaint, âgé de dix-neuf ans, imprimeur (a déjà eu sept attaques depuis l'âge de quinze ans). Dans la dernière, il a été traité à Cochin par le salicylate. Entrée le 19 avril. Les pieds, les genoux et la main gauche sont tuméfiés. Epanchement abondant dans le genou gauche. Température, 39°,4. Lésion mitrale et aortique. Douleurs très-vives.

Le 20, 6 grammes de salicylate. Le 21, les douleurs ont disparu, sauf dans le genou gauche. Le 22, les articulations sont libres. Température, 36°,4. Le genou, qui reste un peu gonflé, se dégage le 24. On continue le salicylate jusqu'au 2 mai. Le malade

sort le 12. On constate au cœur une insuffisance mitrale et une insuffisance aortique.

Ce malade est rentré dans les salles six mois après, le 1er novembre. Il est atteint d'une arthrite chronique des troisième, quatrième et cinquième cervicales. Cette arthrite a été fort avantageusement modifiée par des cautérisations répétées au fer rouge, et par l'application de quatre cautères à la pâte de Vienne qui ont suppuré six semaines. L'état du cœur n'est pas sensiblement modifié. L'insuffisance aortique domine.

Obs. X. — A..., âgé de cinquante-trois ans. Entrée le 21 mai (cinquième attaque). Les genoux, les hanches et les poignets sont pris. Douleurs très-vives. Peu de fièvre. Température, 38 degrés. Salicylate, 6 grammes, le 22 mai. La température tombe à 37 degrés dès le lendemain. Le 26, les articulations sont libres; mais les bourdonnements d'oreilles sont violents, et une surdité très-marquée persiste jusqu'à la sortie, le 6 juin.

Ces observations, dont nous n'avons fait que donner en quelque sorte la substance, auraient pu être multipliées sans grand avantage. Elles suffisent à montrer l'action puissante du salicylate de soude dans le rhumatisme aigu. Il est impossible de ne pas reconnaître à ce médicament une influence que nul autre ne possède au même degré dans cette maladie. La rapidité avec laquelle, dans certains cas, les douleurs disparaissent et la fièvre tombe, a quelque chose qui surprend d'abord le médecin aussi bien que le malade. Les premières observations laissent quelque incertitude; on se croit en présence de faits exceptionnellement favorables. Mais ces faits se multiplient, et la conviction s'établit et se fortifie chaque jour. Nous avons vu que les douleurs cessent quelquefois au bout de trente-six à quarante-huit heures. Il est rare que l'amélioration se fasse attendre au delà du quatrième jour. Il faut bien se garder de cesser l'administration du médicament. Les rechutes sont fréquentes. Nous les avons constatées chez trois de nos malades. Mais nous avons remarqué que ces rechutes sont ordinairement peu graves. Le rhumatisme y est très-atténué, prend une allure subaiguë et cède facilement à de nouvelles doses de salicylate. Ces rechutes seraient assurément plus rares s'il était toujours possible de retenir les malades à l'hôpital pendant le temps jugé nécessaire. Mais mes malades, dès qu'ils ne souffrent plus, sont impatients de sortir et ne comprennent en aucune façon l'utilité d'une continuation de traitement.

La dose que nous avons ordinairement employée est celle de 6 grammes donnés d'emblée. Nous n'avons jamais été obligés de donner ces hautes doses de 10 à 14 grammes qui ont paru nécessaires à quelques médecins.

La tolérance des malades est fort variable. Les uns n'ont pas l'air de s'apercevoir de l'action du médicament. Chez d'autres, il provoque des symptômes dont les plus constants sont les douleurs de tête, les bourdonnements, les vomissements. On peut modifier l'action du salicylate sur l'estomac en l'associant à une certaine quantité de cognac ou d'alcoolat de mélisse. Il nous paraît plus difficile de remédier aux troubles céphaliques que détermine quelquefois l'ingestion de doses fort modérées. Comme dans toute médication, il y a sous ce rapport des différences tout individuelles.

L'action du médicament sur les symptômes cardiaques a été diversement appréciée. Dans une communication récente faite à la Société de thérapeutique, M. le docteur Archambault, appréciant l'utilité du salicylate de soude dans le rhumatisme des enfants, le considère comme un préservatif des accidents viscéraux et particulièrement des complications cardiaques. Depuis qu'il emploie cette médication, il n'aurait pas vu survenir d'accidents du côté du cœur chez les jeunes rhumatisants. Si de nouvelles observations confirmaient celles de notre collègue, et s'il demeurait bien établi que le salicylate de soude prévînt les complications cardiaques dans le rhumatisme, il n'y aurait pas à hésiter un moment sur l'emploi de la médication.

Il ne nous a pas paru que les résultats fussent de ce côté aussi nets chez l'adulte. Dans notre quatrième observation, où il s'agissait d'une première attaque, les douleurs ont été rapidement enlevées dès le deuxième jour, et cependant nous avons vu à ce moment, alors que la température était abaissée à 37°,6, se développer une affection mitrale, légère à la vérité, mais qui a persisté après la guérison définitive; de telle sorte qu'on aurait pu se demander si la maladie cardiaque n'avait pas été un peu favorisée par la rétrocession très-rapide de la fluxion articulaire. Nos autres observations ne nous renseignent pas à cet égard. Le malade de l'observation V était atteint d'un léger frottement péricardique au moment où la médication a été instituée. Tous nos autres malades avaient déjà eu des attaques antérieures, auxquelles les symptômes cardiaques devaient nécessairement être rapportés. Dans tous les cas de ce genre, nous avons constaté avec tous les observateurs l'indifférence absolue des lésions du cœur confirmées à l'action du salicylate. Jamais nous n'avons vu la moindre modification dans la nature ou l'intensité des bruits, dans les palpitations ou la dyspnée, survenir à la suite de la médication.

Il est à désirer que cette action du salicylate sur les complications cardiaques devienne l'objet d'études sérieuses. Il est plus que probable qu'un médicament qui, dans la grande majorité des cas, modifie si puissamment en quelques jours les déterminations articulaires du rhumatisme aigu doit préserver le cœur contre des lésions qui ne se développent pas habituellement dans les premiers jours de la maladie : tout au moins ce médicament doit-il en atténuer la gravité. N'eût-elle qu'une pareille action, la médication par le salicylate de soude réaliserait déjà un bienfait inappréciable comme prophylactique des maladies du cœur.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

De l'inflammation de la moelle des os.

Dans son dernier discours à l'Académie de médecine, M. le professeur Gosselin parle de l'idée malheureuse que j'ai eue de décrire dans ma thèse inaugurale, en 1871, sous le nom d'inflammation primitive aiguë de la moelle des os, ce qu'il avait fait connaître antérieurement sous celui d'ostéite épiphysaire aiguë, et ce que Schützenberger et Giraldès avaient présenté comme des périostites phlegmoneuses.

Je ne conteste point à M. Gosselin le droit de trouver mon idée malheureuse; mais je voudrais établir qu'elle est juste et légitime, et sans me prévaloir de l'opinion d'esprits aussi éminents que MM. Lannelongue, Panas et Trélat, qui ont cru pouvoir l'adopter dans son ensemble, il me plairait de revoir les pièces d'un procès que M. Gosselin a jugé d'une façon qui me semble un peu sommaire.

Dans ce discours, M. Gosselin étudie la question de l'inflammation des os, en anatomiste, en anatomo-pathologiste, en clinicien, mais point en pathologiste. C'est une lacune.

Quelle est, chez M. Gosselin, la conception des maladies inflammatoires aiguës du système osseux? L'idée qu'il s'en est faite est-elle plus claire, plus nette, plus facile à comprendre et à exposer, s'adaptant mieux aux faits cliniques que celle qu'il contredit? En un mot, de sa manière de voir ou de la nôtre, laquelle entre le plus facilement dans une intelligence et y fait le plus de lumière?

M. Gosselin n'a pas pensé à considérer à ce point de vue l'inflammation primitive aiguë de la moelle des os. Non-seulement il n'y a point pensé dans la discussion actuelle, mais dans son article *Ostéite*, tout récent, après avoir très-nettement démontré la nécessité d'une vue pathologique d'ensemble, il n'y peut aboutir, faute de cette idée qu'il combat avec tant de vigueur. Je ne puis mieux faire que citer ses paroles.

« L'ostéite est l'inflammation des os. Rien de plus difficile que de présenter aujourd'hui un tableau complet de cette maladie. »

D'où vient cette difficulté? De ce qu'il manque une théorie, un mot, un lien pour réunir en faisceau toutes les variétés décrites.

« C'est une conviction bien arrêtée chez moi, que dans tous les » faits du genre de ceux qui ont été décrits comme spéciaux et dis- » tincts de l'ostéite, par les grands observateurs que j'ai nommés,

» la clinique rencontre des phénomènes communs, appartenant » primitivement ou consécutivement à l'inflammation, et que la prati» que serait à tout instant embarrassée et obscure, dans l'impos» sibilité où nous sommes très-habituellement de reconnaître sur » le vivant le mode de formation, la lésion initiale, la nature par» ticulière de la maladie, *si nous n'avions pas un mot qui ex» prime du moins les phénomènes inflammatoires incontestables » que nous pouvons observer dans tous ces cas.* Ce mot est celui » d'OSTÉITE. »

Faisons toutes nos réserves sur *ostéite* et poursuivons : « Il est » vrai qu'ainsi comprise, l'ostéite devient une question immense, » et que, pour l'étudier dans son entier, il faut aller la chercher » dans un certain nombre de maladies, dans lesquelles elle joue un » rôle en apparence effacé et accessoire, qui n'en est pas moins » très-important. Nous la trouvons, par exemple, dans la contu» sion, dans les fractures simples et compliquées, dans les arthrites » simples et fongueuses. Nous la voyons se développer spontané» ment sous l'influence des grandes causes générales : la scrofule, » le rhumatisme, la syphilis, et prendre dans ces divers cas une » physionomie spéciale. De plus, elle a des caractères particuliers » dans chacune des parties constitutives de l'os : le périoste, la » substance médullaire et le tissu osseux proprement dit. Sans se » limiter autant qu'on a paru le croire à l'une ou l'autre de ces » parties, elle peut s'accentuer un peu plus dans l'une que dans » l'autre, ce qui donne encore à la maladie des caractères spé» ciaux. »

Ailleurs encore, M. Gosselin dit : « On trouvera peut-être sin» gulier qu'à l'exemple des auteurs modernes français et étran» gers, je ne décrive pas dans autant d'articles séparés la périos» tite, l'ostéomyélite et l'ostéite proprement dite. *C'est parce » qu'une longue observation m'a appris qu'en pathologie ces » trois parties : le périoste, l'os et la moelle, déjà si étroitement » liées dans leurs dispositions anatomiques et leurs fonctions, » sont solidaires les unes des autres, atteintes par les mêmes » causes morbides et, en définitive, malades simultanément à » des degrés divers.* »

Cette longue citation est admirable de bon sens, de sens clinique et de sens pathologique. Cette nécessité d'un mot pour signifier cette conception plus vaste de tout ce qu'il y a de commun aux diverses modalités inflammatoires des os est frappante. Il faut donc créer un mot et le bien choisir, car, de la netteté de sa signification va dépendre la plus ou moins grande clarté de la pathologie inflammatoire de l'os.

Mais ces phénomènes communs à l'inflammation des divers composants de l'os, périoste, tissu osseux, moelle, ne peuvent-ils pas, ne doivent-ils pas avoir un même substratum anatomique? Les observations cliniques qui montrent l'intime relation des faits de périostite phlegmoneuse, d'ostéite épiphysaire, d'ostéomyélite; les autopsies qui font voir la suppuration continue de la moelle au périoste par les canaux de Havers; l'anatomie microscopique elle-même, qui démontre en tous ces points, à l'état normal, quelque chose que l'on peut ne pas admettre comme moelle, mais qui s'en rapproche tout au moins singulièrement, ne permettent-ils pas d'établir comme une hypothèse très-vraisemblable, qu'il y a un fond anatomique commun dans tous les cas, la moelle enflammée?

Sous couleur de rigueur scientifique, M. Gosselin ne veut point de cette opinion, disons de cette hypothèse, il la trouve malheureuse. Il n'en veut point, et pour quelles raisons? Parce qu'à l'œil nu on ne voit point de moelle sous le périoste, ni dans les canaux de Havers; parce que des histologistes ont dit qu'au microscope ils ne trouvaient point en ces lieux tout ce qu'ils rencontraient dans la moelle. De si minces motifs doivent-ils prévaloir contre la clinique, l'anatomo-pathologie, la pathologie et même l'histologie? Car enfin, ceux qui ont dit que le blastème sous-périostique n'était point de la moelle ont-ils dit ce que c'était? La moelle des enfants n'est pas tout à fait celle des adultes; celle des adultes n'est pas tout à fait celle des vieillards. En concluent-ils qu'il n'y a pas de moelle? Non, assurément, mais qu'il y a des variétés de moelle.

Si M. Gosselin répugne trop vivement à admettre que le blastème sous-périostique soit une variété de moelle, ne pourrait-il demander aux histologistes s'il ne serait point possible de démembrer le tissu médullaire et d'y trouver quelque élément commun au blastème sous-périostique, au blastème des canaux de Havers et à la moelle. On baptiserait la nouveauté, et du nom donné on ferait sortir l'expression qui doit désigner les phénomènes pathologiques communs à la moelle, au périoste et à l'os. Mais si ces histologistes acceptent que cette quasi-moelle sous-périostique est plus semblable au tissu médullaire qu'à tout autre et qu'ils ne peuvent la décrire que comme une variété, un embryon de moelle, pourquoi ostéomyélite ou médullite seraient-ils inadmissibles?

Aux choses nouvelles, il faut des noms nouveaux, et c'est pourquoi le terme d'ostéite, qu'adopte M. Gosselin, est peut-être excellent dans les travaux anciens, mais trop peu précis pour les travaux modernes. Ostéite a un passé, une histoire, une signification qu'il est difficile de restreindre ou d'étendre à volonté. Ostéite, c'est l'inflammation du tissu osseux et c'est l'inflammation de l'os. L'os étant constitué par trois tissus, l'ostéite devient une trinité d'ostéites, périostique, osseuse, médullaire, et M. Gosselin qui ne veut pas d'inflammation primitive aiguë de la moelle des os, parce qu'il n'est pas certain qu'il y ait de la moelle dans le tissu osseux et sous le périoste, admettrait-il qu'on lui répondît qu'on n'a jamais vu de tissu osseux dans la moelle, ni dans le blastème souspériostique, et qu'à ce point de vue anatomique où il se cantonne ostéite est bien plus indiscutablement mauvais que médullite? Outre les difficultés logiques de parler d'ostéite périostique ou d'ostéite médullaire, faudrait-il, toutes les fois que le mot ostéite se présenterait, être astreint à le définir au sens spécial (inflammation du tissu osseux) ou au sens général (inflammation de l'os), qu'il signifiera dans le cas particulier? La clarté est à ce prix; mais quelle complication dans un sujet que M. Gosselin trouve déjà si difficile!

Mieux vaut créer un nom nouveau Si ostéomyélite semble prêter à la confusion puisqu'il a son sens bien précis dans la plupart des travaux modernes, et qu'il y a toujours danger à modifier le sens accepté d'un mot; si médullite, que Gerdy a employé dans un sens spécial que MM. Marchand et Verneuil lui ont conservé, paraît avoir le double défaut d'être un mot mal fait, hybride, et d'avoir une signification bien peu connue d'ailleurs, que l'on en fasse un autre qui signifie inflammation du tissu médullaire.

Jusque-là médullite, malgré ses défauts, me semble commode. Il préjuge, si on le veut, un point d'histologie où l'accord n'est pas complet, mais il a le mérite de permettre une conception très-vraisemblable et très-simple des maladies des os.

Cette conception qui semble malheureuse à M. Gosselin, la voilà: Le tissu médullaire forme pour le même os un tout continu qui le baigne complètement. Il forme une couche sous le périoste, chemine avec les vaisseaux dans les canaux de Havers, et va remplir toutes les cavités du tissu osseux, tant les aréoles du tissu spongieux des petits os, des os plats et des épiphyses, que le canal des diaphyses.

Suivant le lieu anatomique où prédominera son inflammation primitive aiguë, la médullite présentera diverses variétés cliniques : *médullite sous-périostale* ou périostite aiguë, phlegmoneuse; *médullite diaépiphysaire* ou ostéite épiphysaire aiguë des adolescents, ostéopériostite juxta-épiphysaire; *médullite médiostale* ou ostéite; *médullite endostale* ou ostéomyélite. Abcès sous-périostiques aigus, décollement des épiphyses indiquent la suppuration et son siége; typhus des membres, que la médullite s'accompagne de phénomènes généraux typhiques. L'étiologie, la marche fourniront par une seule épithète, rhumatismale, syphilitique, suraiguë, aiguë, chronique, le caractère plus particulier que l'on voudra accuser dans la médullite.

M. Gosselin pourrait objecter qu'il n'y a là rien de nouveau, sauf une hypothèse. Mais n'est-ce rien? Je conviens que pour lui, qui a employé pendant quarante ans une intelligence de premier ordre à se rendre maître de tous les faits cliniques dans leurs moindres détails, et qui possède comme pas un les maladies du système osseux, il est à peu près indifférent que l'étude et l'intelligence de ces maladies soient simples ou compliquées. Que tous les faits qu'il connaît se classent d'une ou d'autre façon, peu lui importe, il les sait.

Et cependant, lui-même, lui si maître de sa pensée, est parfois embarrassé pour la faire entendre. Dans le chapitre relatif au pronostic de l'ostéite je lis ceci : « Les cas les plus graves sont ceux dans lesquels il y a ostéomyélite suppurante, ou, si l'on aime mieux, ceux dans lesquels la suppuration envahit toutes les parties constituantes de l'os, et notamment le canal médullaire », et « je crois pouvoir établir que les malades qui survivent après une ostéite suppurante aiguë sont ceux qui ont échappé à la suppuration de la moelle ou, si vous voulez, qui ont eu avec l'ostéopériostite suppurante une myélite non suppurante ».

On ne peut nier qu'il faille un certain effort intellectuel pour comprendre ces deux phrases, où M. Gosselin reproduit quatre fois en termes différents une même idée, sans parvenir à trouver une formule qui le satisfasse (car il s'en tiendrait à celle-là). Est-ce

pure illusion que de croire la phrase suivante plus claire? Pour un os donné, la gravité de la médullite primitive aiguë suppurée est en rapport direct avec la profondeur qu'elle atteint.

Je conclus. M. Gosselin veut bannir l'hypothèse du champ de la médecine. Toute idée qui synthétisera un groupe entier de maladies devra apporter ses preuves, et il les faudra rigoureuses, géométriques. Le probable, si probable qu'il soit, sera impitoyablement rejeté et maltraité. C'est une manière de voir que j'estime beaucoup, mais qui me semble peu pratique. Si M. Gosselin veut nettoyer la pathologie de toutes les théories qui s'y trouvent, rejeter tout ce qui n'est ni plus vraisemblable, ni mieux établi que l'idée dominante de la médullite, je crains qu'il reste bien peu de chose debout et qu'au lieu d'idées plus ou moins bien prouvées, mais infiniment avantageuses pour l'étude, il ne nous demeure qu'un immense amas de matériaux, un recueil de faits, où il sera à tout jamais impossible de rien coordonner.

Car, M. Gosselin semble l'oublier, les certitudes pathologiques ne sont point des certitudes mathématiques, et il ne faut pas demander à la pathologie plus qu'elle ne peut donner. Toute hypothèse, quand elle résume et rend compte du plus grand nombre possible de faits, est suffisamment bonne, et ne doit être déclarée malheureuse que par celui qui peut lui en substituer une meilleure.

M. Gosselin me reproche encore d'avoir décrit, en en changeant simplement le nom, son ostéite épiphysaire aiguë. Il faut s'entendre.

A la page 288 de son article Ostéite, critiquant les dénominations données par Schützenberger, Bœckel, Giraldès, M. Gosselin dit :

« Le mot de *périostite phlegmoneuse* a le tort de n'être justement applicable qu'à une variété, celle dans laquelle le périoste » et les couches superficielles de la diaphyse sont seuls envahis. » C'était déjà le tort de la dénomination d'abcès sous-périostiques » aigus, employée antérieurement par Chassaignac. *J'aime mieux* » *une expression qui, sans localiser précisément le mal*, indique » de suite au clinicien *toutes les variétés cliniques* que ce mal » peut offrir... Le mot d'*ostéite épiphysaire aiguë des jeunes* » *sujets* indique mieux l'origine de la maladie et les difficultés » cliniques auxquelles je viens de faire allusion. »

Et quelques lignes plus bas : « Les divergences tiennent en » effet à ce que chaque auteur la dénomme d'après les caractères » anatomiques ou cliniques qui ont prédominé dans les faits dont » il a été témoin. Chacun d'eux, en définitive, eut le mérite d'in- » diquer par sa dénomination une de ces variétés ; mais il résulte » de l'ensemble de leurs travaux, que nous avons aujourd'hui la » possibilité de donner une description qui comprend tous les » cas. »

Nul, plus que moi, ne partage cette manière de voir, à tel point que cette description qui comprend tous les cas, j'ai tenté de la faire, sous le nom de médullite (inflammation primitive aiguë de la moelle des os) qui comprend, et l'ostéite épiphysaire aiguë des jeunes sujets, et la périostite phlegmoneuse qui, quand elle n'atteint pas les épiphyses, ne peut être dite, sans torturer les mots, une ostéite épiphysaire.

La critique que M. Gosselin adresse à MM. Giraldès et Bœckel se retourne contre lui. MM. Bœckel et Giraldès ont décrit des périostites phlegmoneuses qui n'étaient point des ostéites épiphysaires, et M. Gosselin a décrit des ostéites épiphysaires qui n'étaient point des périostites phlegmoneuses. Ce sont là, j'en reste convaincu, deux des diverses formes de la médullite aiguë.

Il est bien vrai que la médullite aiguë est l'apanage presque exclusif des enfants et des adolescents, c'est-à-dire de ceux qui n'ont pas les épiphyses soudées. Mais il y a un fait aussi général à cet âge et bien plus important que la présence du cartilage dia-épiphysaire, c'est l'activité extrême de la moelle. Et il me semble difficile de subordonner l'activité de la moelle à la présence des cartilages dia-épiphysaires. Le cartilage est une *condition* de l'accroissement des os en longueur ; mais c'est l'activité de la moelle qui en est la *cause*, en même temps qu'elle est la cause de leur épaississement.

Généralisation et interprétation nouvelle, voilà, outre le changement de nom, ce qui distingue mon travail de celui de M. Gosselin.

Dr Culot (de Maubeuge).

Maubeuge, 28 mars 1879.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 31 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Rien de médical dans cette séance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Les comptes rendus des maladies épidémiques observées dans le département de la Marne en 1878. — 2° Les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales de Brides-les-Bains, Saint-Amand et Digne.

L'Académie reçoit : Un pli cacheté adressé par M. le docteur *Millet-Carpentier* (de Montécouvé) (*Accepté*.)

M. *Bergeron* présente, au nom de M. *Simonin*, un volume intitulé : *De l'emploi de l'éther sulfurique et du chloroforme à la clinique chirurgicale de Nancy.*

M. *Giraud-Teulon* présente, au nom de M. le docteur *Brière* (du Havre), une brochure intitulée : *Communications ophthalmologiques : sur l'emploi du siphon dans les ophthalmies purulentes.*

M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur *Bertherand* (d'Alger), une brochure intitulée : *L'arenaria rubra dans la gravelle et le catarrhe vésical.*

M. *Bernutz* présente, au nom de M. le docteur *Albert Puech*, une brochure intitulée : *Les médecins d'autrefois à Nimes.*

M. *Panas* dépose sur le bureau, au nom de M. *Martin*, une brochure intitulée : *Les médecins à l'Exposition universelle de* 1878.

M. *Lasègue* dépose sur le bureau une feuille sur laquelle les membres de l'Académie sont invités à souscrire à la réimpression du *Traité d'auscultation* de Laennec.

M. *Béclard* dépose sur le bureau, au nom de M. *Léard*, un insufflateur laryngien et un insufflateur vaginal.

L'insufflateur laryngien, dont la figure 1 représente le modèle au tiers, se compose

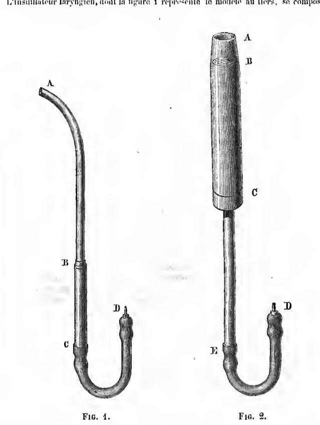


Fig. 1. Fig. 2.

d'un tube creux de A en C. Il se démonte en deux parties en B. A ce niveau se trouve une petite cloison perforée servant à diviser la poudre et à éviter qu'elle soit chassée en grumeaux. La poudre se place de B en C. L'insufflation et l'aspiration se font au moyen d'une poire en caoutchouc qui se place en D.

L'insufflateur vaginal (fig. 2) a la forme d'un spéculum, Il est destiné à faire des

insufflations de poudre dans le vagin et surtout sur le col de l'utérus. Il se démonte en C, comme un étui, pour l'introduction des poudres à insuffler. Une cloison perforée B, placée à 2 centimètres environ de la pointe A, sert à diviser la poudre. L'insufflation se fait au moyen d'une poire en caoutchouc.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie et de physiologie. Les candidats étaient présentés dans l'ordre suivant: En première ligne, M. Tillaux; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Duval et Polaillon; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Cadiat et Laborde; en quatrième ligne, M. Richet.

M. *Tillaux* est élu par 61 voix sur 71 votants. M. Polaillon obtient 7 voix, M. Duval, 1, M. Cadiat, 1.

De la phosphaturie dans ses rapports avec la chirurgie. — Sous ce titre, M. *Verneuil* fait une communication dans laquelle il rappelle plusieurs faits très-intéressants de phosphaturie.

En 1877, il avait opéré, dans les environs de Paris, une dame jeune encore, d'un simple fibrome cutané, du volume d'une noix, siégeant à la partie postérieure de la cuisse, et dont l'ablation avait été courte et facile. Cependant, les suites de cette petite opération furent des plus graves, et la malade fut mise en péril d'abord par une hémorrhagie extrêmement abondante, ensuite par un phlegmon diffus profond de la cuisse. La malade se rétablit lentement, la plaie mit environ six ou sept semaines à se cicatriser, et la malade ne revint à son état normal qu'au bout de cinq ou six mois après cette minime opération. L'analyse des urines révéla une quantité énorme de phosphate terreux.

M. Verneuil cite encore trois autres faits qui lui paraissent établir un rapport entre le diabète phosphatique et certaines affections du squelette. Il s'agit d'individus chez lesquels l'existence d'un diabète phosphatique a coïncidé avec une fragilité telle du tissu osseux, que des fractures se sont produites par la simple contracture musculaire, et d'autres chez lesquels la même cause a paru retarder beaucoup la consolidation des fractures.

M. Verneuil conclut de ces faits, ajoutés à ceux déjà signalés dans la thèse de M. Teissier, que dorénavant le dosage des phosphates éliminés par les urines doit entrer dans le domaine de la pratique.

En effet, si peu nombreuses encore qu'elles soient, et si malaisée que reste leur interprétation, les observations précédentes permettent d'affirmer les rapports qui existent entre la phosphaturie et les affections chirurgicales.

Déjà il paraît démontré que le diabète phosphatique influence défavorablement le travail réparateur dans les plaies accidentelles et chirurgicales, et le pervertit à la manière du diabète sucré. Mais il semble surtout nécessaire de faire, dans l'histoire générale de la phosphaturie, un grand chapitre à part consacré à l'étude des affections des os considérées comme causes ou effets de l'élimination exagérée des phosphates.

Les ébauches qu'on trouve dans la science sont absolument insuffisantes. La surcharge phosphatique des urines dans le rachitisme et l'ostéo-malacie est signalée, mais d'une façon sommaire, sans qu'on dise laquelle, de l'altération des urines ou de la lésion du squelette, a ouvert la marche, ou qu'on décide si les os se sont ramollis parce que les phosphates terreux ne leur sont plus parvenus en quantité suffisante, ou parce qu'ils les ont rendus malencontreusement par désassimilation forcée.

Tout porte à croire que la phosphaturie implique la fragilité des os, même en l'absence de rachitisme ou d'ostéo-malacie, mais ce n'est là qu'une hypothèse vraisemblable. Il est permis également de supposer que la non-consolidation des fractures reconnaît parfois pour cause un déficit dans les phosphates terreux, mais ce déficit n'a jamais été démontré par l'examen chimique des urines. Beaucoup de chirurgiens donnent le phosphate de chaux en cas de pseudarthroses ou de maladies du squelette, mais ils se laissent guider plutôt par une idée rationnelle que par la constatation formelle d'une indigence primitive ou d'une élimination exagérée de ce sel.

M. *Gosselin* demande à M. Verneuil si, dans les cas qu'il a observés, la consolidation a été complète ou s'il y a eu pseudarthrose. Pour sa part, il n'a jamais rencontré de fractures dans lesquelles il n'ait pu obtenir une consolidation complète.

M. *Colin* fait également quelques observations. Il dit que sur les animaux on arrive à des résultats opposés à ceux que M. Verneuil vient de signaler sur l'homme.

M. *Verneuil* répond à M. Gosselin qu'il a toujours obtenu la consolidation avec le temps, et renvoie M. Colin à la thèse de M. Bouley fils, qui a étudié la phosphaturie chez l'homme et les animaux.

M. *Durand-Fardel* émet l'opinion que les phénomènes observés par M. Verneuil sont dus à une sorte d'intoxication du sang analogue à celle que détermine la glycose dans les cas de diabète sucré.

Action physiologique des sulfates de soude et de magnésie. — M. *Armand Moreau* communique un travail duquel il résulte que la présence de solution de sulfates de soude et de magnésie dans l'intestin donne lieu à des phénomènes d'absorption manifeste au début de l'action; puis bientôt la sécrétion et l'exhalation se produisent de plus en plus, et toute absorption disparaît. On n'est donc pas autorisé à admettre dans cette seconde période un double courant; au contraire, l'anse intestinale, dans ces conditions, est comparable à une glande qui sécrète sans absorber.

M. *Colin* dit que les expériences de M. Armand Moreau n'ont rien de nouveau. Pour sa part, il y a vingt ans qu'il en a fait de semblables. Seulement il les a faites sur le cheval, qui se prête bien mieux que le chien à de pareilles expériences. Il formait deux anses intestinales, chacune d'un mètre de long, qu'il étreignait entre deux ligatures. L'une recevait, par injection, une quantité déterminée de solution saline; l'autre ne recevait rien.

M. Colin ajoute que ce qui est bon dans la communication de M. Moreau n'est pas nouveau, et que ce qu'il y a de nouveau n'est pas bon.

M. *Moreau* dit qu'il ne croit pas devoir répondre quant à présent aux objections de M. Colin.

Epistaxis épidémique. — M. le docteur *Frédet* (de Clermont) donne lecture d'un intéressant mémoire dont voici les conclusions:

1° L'épistaxis peut revêtir le caractère épidémique;

2° Elle peut accompagner ou suivre l'apparition de fièvres intermittentes ou d'autres accidents épidémiques;

3° Dans ces conditions, cette hémorrhagie peut être considérée comme grave, assimilée à une fièvre larvée pernicieuse et traitée comme telle;

4° La succession des faits que je viens de relater permet d'admettre comme cause de l'épidémie de fièvre typhoïde, de fièvre rémittente et intermittente, suivies d'épistaxis grave, une intoxication miasmatique produite par les émanations qui se sont dégagées des terres des rues imprégnées de matières organiques ou d'effluves insalubres.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Sur certains ulcères des téguments dans la paralysie atrophique de l'enfance. — Discussion sur les pansements. — Présentation d'une pièce.

M. *Nicaise* fait un rapport sur un mémoire lu à la Société de chirurgie par M. Nepveu: *Sur certains ulcères des téguments dans la paralysie atrophique de l'enfance.*

M. Nepveu rapporte quatre observations. Dans la première, une jeune fille de dix-neuf ans avait une paralysie atrophique depuis l'âge de sept ans; en 1871, survinrent sur le pied et

la jambe atrophiés des ulcérations analogues à des engelures. L'application des courants continus et les pansements avec la charpie phéniquée amenèrent la guérison.

Dans la deuxième observation, une jeune fille de seize ans avait des vésicules à la plante du pied atrophié. Puis, c'est un homme de vingt ans qui porte sur la jambe droite atrophiée des vésicules et des ulcérations. Enfin, un enfant de dix-sept ans, ayant la jambe atrophiée, eut une arthrite du pied qui nécessita l'amputation sus-malléolaire; des ulcérations parurent sur le moignon.

Les troubles trophiques venant à la suite des lésions nerveuses sont divers. Parfois, les éruptions, ou les ulcérations, suivent de près la lésion nerveuse. D'autres fois, la lésion nerveuse agit comme cause prédisposante (mal perforant, ulcères de jambe). Dans la paralysie infantile, le membre offre moins de résistance, et une cause occasionnelle comme le froid peut amener des altérations de nutrition, des ulcérations.

M. *Verneuil*. Les quatre observations de M. Nepveu offrent une grande analogie entre elles : dans la quatrième observation, l'ostéo-arthrite peut être attribuée à la paralysie atrophique.

M. *Nicaise*. A la suite de la coxalgie chez les enfants, il se fait une atrophie des muscles comme après la paralysie infantile. Dans les deux cas, le membre sera plus sensible au froid, à l'action des causes extérieures, et s'ulcérera plus facilement.

M. *Verneuil* a vu beaucoup d'atrophies, suite de coxalgie, et jamais il n'a remarqué les troubles trophiques de la peau, comme chez les malades de M. Nepveu. C'est pour cela que M. Verneuil croit que la lésion médullaire joue un rôle dans la production de ces ulcérations.

M. *Théophile Anger* a vu un malade âgé de quarante ans, qui a un pied bot paralytique et un ulcère à la jambe long à guérir; la lésion paralytique date de l'enfance.

M. Th. Anger a donné des soins à un enfant ayant une fracture spontanée de la jambe, suite de troubles trophiques. Comme la consolidation n'avait point eu lieu, M. Anger fit la suture osseuse et laissa les fils d'argent en place pendant cinquante-quatre jours, le membre étant placé dans un appareil inamovible. Il se fit un commencement de consolidation qui disparut bientôt à cause de la paralysie infantile dont la jambe était atteinte.

Une petite fille de quinze mois, marchant très-bien, fut prise de refroidissement pendant son sommeil. Elle accusa bientôt une douleur à la nuque, et plus tard elle eut un pied bot paralytique. L'application des courants continus amena une grande amélioration. Ces faits prouvent que, dans un membre dont la nutrition est défectueuse, la moindre cause peut déterminer des troubles du côté de la peau, et même du côté des os.

— M. *Trélat* répond à la lettre écrite par M. Le Fort, au sujet de la réunion profonde des parties molles avec les os. En 1873, M. Houzé de l'Aulnoit présentait à la Société des moignons d'amputation, et disait qu'il taillait toujours un manchon périostique; M. Trélat répondit que depuis longtemps il faisait des manchettes périostiques pour obtenir la réunion de parties molles avec les os. Ce que conseille M. Le Fort a été recherché bien auparavant par M. Broca et par M. Laugier, qui se servaient d'attelles de carton ou de liége pour obtenir la réunion profonde dans les amputations. En 1861 ou 1862, M. Trélat fit une amputation de Chopart et obtint la réunion primitive du lambeau avec les surfaces articulaires divisées. Tous ceux qui ont pratiqué et défendu la réunion par première intention après les amputations ont forcément observé la réunion de l'os ou de la surface articulaire avec les lambeaux. M. Le Fort n'est ni le premier ni le seul à tenter ces réunions.

M. *Lucas-Championnière* répond au discours prononcé par M. Desprès dans la précédente séance, et il réfute une à une toutes les critiques adressées au pansement de Lister.

M. *Panas* veut comparer le pansement antiseptique à ceux qu'il a employés précédemment, car la meilleure statistique est celle qui est personnelle. M. Panas présente d'abord un individu qui a eu un genou ouvert pour une hydarthrose chronique. Le malade avait reçu un an auparavant un coup sur le genou; il en était résulté une hydarthrose traumatique. Le malade ne cessa point son travail. Quand il entra dans le service, le genou était énorme. M. Panas fit une large incision sur la partie latérale de la rotule; il s'écoula un liquide louche et des flocons; les cartilages étaient sains; la synoviale épaisse, avec des franges énormes. Drainage, suture, pansement de Lister. Le membre ne fut point placé dans une gouttière. Pas de fièvre, pas d'inflammation. Vers le huitième jour après l'opération, le malade eut de la fièvre, et sur le côté externe du genou, non incisé, il y avait de la fluctuation; M. Panas fit une ponction et plaça un drain. Dès le lendemain, la fièvre avait disparu. L'opération avait été faite le 24 novembre, et le 10 janvier la guérison était complète. La synoviale est souple : tous les mouvements sont conservés. Depuis plus d'un an, le malade travaille le jour ou la nuit, et la guérison s'est maintenue.

L'ouverture du genou a été faite quatre fois dans le service de M. Panas. Les quatre opérés ont guéri. Autrefois cette opération n'était pas possible : aujourd'hui elle est sans danger.

M. Panas a fait quatorze ablations du sein avec le pansement de Lister; quatorze guérisons. Une quinzième malade, âgée de quatre-vingt-deux ans, épuisée, mourut de faiblesse quatre jours après l'opération. Quand M. Panas était à l'hôpital Saint-Antoine, sur trois ablations du sein, une malade mourut d'érysipèle et une autre faillit en mourir. Dans le service de Velpeau, l'érysipèle était la cause ordinaire de la mort après l'amputation du sein. Depuis deux ans, M. Panas n'a pas eu un cas d'infection purulente dans ses salles. Supprimer l'érysipèle et l'infection purulente, c'est supprimer les causes de mort les plus fréquentes.

M. Panas a opéré des hernies crurales au quatrième ou au cinquième jour de l'étranglement; pas de complication ni de péritonite. Deux morts sur quatorze opérations de hernie étranglée. Des deux morts, dans un cas, l'intestin était tellement malade qu'on dut pratiquer un anus contre nature. L'autre opéré est mort de tétanos, suite de refroidissement; la plaie était presque guérie. Chez un individu, l'intestin était perforé; M. Panas fit une ligature avec le catgut et réduisit; le malade guérit. Il est vrai que Manec guérissait presque tous ses opérés de hernie étranglée; mais il habitait l'hôpital, et dès le premier vomissement il opérait sans essayer le taxis. Dans nos hôpitaux, c'est autre chose; les malades arrivent après plusieurs jours d'étranglement.

On recommandait autrefois de ne pas ouvrir les abcès par congestion; la ponction capillaire, l'aspiration, ne préservaient point des accidents. Avec le Lister, on a de bons résultats; la suppuration cesse, et on n'a pas de complications.

Pour les grandes amputations, à l'hôpital Saint-Martin, pendant la guerre, M. Alph. Guérin, qui est un excellent chirurgien, faisait dix amputations, dix morts; c'était avant le pansement ouaté. M. Panas n'opérait pas, craignant ces désastres. Deux mois plus tard, à l'hôpital Saint-Louis, M. Alph. Guérin opère sur une population surmenée, fatiguée, démoralisée; il fait le pansement ouaté, et ses amputés guérissent.

Une méthode chirurgicale qui permet d'ouvrir sans danger les grandes articulations et les grandes séreuses est une méthode de progrès qui doit être acceptée par les jeunes chirurgiens.

— M. *Farabeuf* présente, au nom de M. Witkowski, la peau du doigt annulaire d'une femme qui, descendant rapidement de voiture, accrocha sa bague à un clou; la bague arracha la peau, l'ongle et la dernière phalange du doigt.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 25 MARS 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Cas d'anévrysme du tronc brachio-céphalique traité par l'électropuncture : M. Moutard-Martin. — De l'acupuncture dans le traitement des anévrysmes : M. Constantin Paul. — Du climat de Nice, principalement au point de vue de la phthisie et des affections pulmonaires : M. Grellety.

M. *Moutard-Martin*, à propos de la précédente communication de M. Constantin Paul sur le traitement des anévrysmes par l'acupuncture, demande si l'introduction d'aiguilles très-rapprochées les unes des autres dans la poche anévrysmale ne peut pas présenter quelques inconvénients.

M. Moutard-Martin a actuellement dans son service un malade atteint d'anévrysme du tronc innominé avec prolongement de la tumeur, sous le muscle sterno-mastoïdien. Le diagnostic fut déjà fait il y a deux ans par M. Panas, qui ne crut pas devoir intervenir chirurgicalement. Ce malade entra à l'hôpital, il y a six semaines : on constata une tumeur volumineuse comprimant la trachée et déterminant du cornage, de la toux, une expectoration filante et abondante à la suite d'accès de toux véritablement suffocants : ces accès étaient très-violents et s'accompagnaient de symptômes asphyxiques, à ce point qu'on devait craindre à tout moment la rupture de la poche.

M. Dujardin-Beaumetz, consulté, déclara connaître un exemple d'anévrysme semblable du tronc brachio-céphalique; il conseilla l'opération. M. Moutard-Martin craignait qu'il se formât à la suite de l'électropuncture conseillée des caillots pouvant être entraînés dans une des branches collatérales; mais M. Dujardin-Beaumetz ayant dit n'avoir eu aucun accident dans un cas semblable, M. Moutard-Martin se prêta d'autant plus à cette opération qu'elle était vivement désirée par le malade. On fit une première tentative d'une durée d'une demi-heure : l'opération fut très-bien supportée ; il n'y eut qu'un peu de douleur au niveau de la poche, douleur qui persista pendant quelques jours; mais presque aussitôt la toux et le cornage disparurent à peu près complétement. Trois semaines après, nouvelle opération, très-bien supportée. La tumeur resta douloureuse pendant vingt-quatre heures environ, et l'amélioration fut plus accentuée encore qu'à la suite de la première opération. La tumeur n'a pas diminué de volume d'une façon très-notable, mais elle est plus dure. Le point où la diminution est le plus sensible est dans la partie qui se prolongeait sous les muscles du cou : à ce niveau, le souffle a presque complétement disparu.

En résumé, l'électropuncture a déterminé chez ce malade une amélioration d'autant plus notable, que la mort était imminente, et que les douleurs déterminées par la suffocation étaient intolérables : tout danger immédiat a en effet disparu, ainsi que la toux et le cornage.

— M. *Constantin Paul* rappelle que dans l'histoire de l'électropuncture on doit distinguer deux phases reposant sur deux idées théoriques.

Tout d'abord, on se proposait de déterminer dans la poche anévrysmale, à l'aide de l'électricité positive, un coagulum par action chimique. Si cette idée avait prévalu, jamais M. Dujardin-Beaumetz n'eût osé attaquer un anévrysme du volume et du siége de l'anévrysme dont M. Moutard-Martin vient de donner la description. Or, il y a quelques semaines, M. Dujardin-Beaumetz eut à soigner un de nos plus honorables confrères, M. B. de la G..., atteint d'un volumineux anévrysme de la sous-clavière; une consultation eut lieu chez M. le professeur Broca, qui soutint cette idée que ce n'était pas un caillot qu'on formait dans la poche à la suite de l'emploi de l'électricité, mais une endartérite déterminant par cela même un épaississement et une résistance plus grande de la poche. Tous les autres moyens ayant échoué, on se résolut à l'opération : il y eut deux séances qui furent suivies d'un grand soulagement, mais, quelque temps après, il y eut une rupture de la poche, et le malade mourut subitement.

Or, avec des aiguilles très-fines, on obtient aussi, sans l'aide de l'électricité, une inflammation de la poche, de la douleur, de l'endartérite déterminant une petite coagulation du sang sur les parties enflammées : l'électricité n'est donc plus nécessaire pour amener ce résultat.

— M. *Grellety* lit un mémoire sur le climat de Nice et sur son influence sur les maladies traitées dans cette ville, et particulièrement la phthisie. Après avoir insisté sur les variations subites de la température, variations telles que le thermomètre dépasse souvent 40 degrés en plein midi, pour ne marquer que 9 à 10 degrés à l'ombre. M. Grellety ajoute que si le climat de Nice était vraiment salutaire dans la phthisie, elle devrait être rare parmi ses habitants; or, dit-il, il n'en est rien. Non-seulement la phthisie est aussi fréquente dans les hôpitaux du littoral qu'ailleurs, mais encore le coefficient de la mortalité est très-élevé par rapport aux autres villes, sans être pourtant aussi accentué qu'un journal de Lyon le disait récemment. « Je dois dire que les statistiques de la ville comportent des erreurs voulues qu'il faut connaître pour ne pas s'en laisser imposer : c'est ainsi que, pour ne pas effrayer les visiteurs, on porte sous la rubrique de bronchite et de maladies chroniques la plupart des cas de mort par phthisie; on place de même dans le casier des maladies aiguës ou dans tout autre les maladies zymotiques dangereuses, ce qui a été fait aux mois de décembre et de janvier derniers pour l'épidémie de variole qui a régné dans le voisinage de la caserne, du lycée, à l'entrée de la rue de France. Ces petites supercheries s'expliquent jusqu'à un certain point, lorsqu'il n'y a pas de péril, mais elles sont préjudiciables à la vérité et doivent être connues au moins par les médecins.» Pour M. Grellety, le vrai triomphe de la cure de Nice, c'est le traitement de la goutte chronique. Les goutteux, à n'importe quelle période de leur diathèse, s'y trouvent très-bien, pourvu qu'ils renoncent résolûment à leurs mauvaises habitudes, à leurs erreurs hygiéniques, qu'ils soient sobres et se décident à vivre au grand air, à faire de l'exercice d'une façon suffisante, pour assurer une large oxygénation du sang et rendre leur activité aux glandes sudoripares, à tout le système capillaire périphérique.

Dr Joseph Michel.

BIBLIOGRAPHIE

Fragments de philosophie médicale, leçons d'introduction aux études cliniques; discours et notices, par M. le docteur Ch. Schutzenberger, professeur de clinique à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. in-8. — Paris, G. Masson. Prix : 10 francs.

Fragments d'études pathologiques et cliniques, 1 vol. in-8 avec planches chromo-lithographiées, par le même. — Paris, G. Masson. Prix : 15 francs.

On ne nous en voudra point de consacrer une assez longue étude à l'analyse de ces deux ouvrages. Ils résument un enseignement qui dura trente années, que n'oublieront jamais les anciens élèves de l'Ecole de Strasbourg, et qui mérite plus que jamais aujourd'hui d'être publiquement apprécié. M. le professeur Schützenberger, qui s'est voué avec tant de dévouement et de succès à cette tâche méritoire de l'enseignement clinique, n'a point obtenu, en effet, les honneurs académiques ni les témoignages officiels qui semblent trop souvent nécessaires pour affirmer la valeur scientique d'un professeur éminent. Il n'a même point voulu faire recueillir et publier chaque année des leçons qui auraient pu cependant servir de modèle à bien des cliniciens. Les mémoires divers qu'il vient de faire

imprimer de nouveau ont paru à diverses époques, de 1845 à 1870, dans la *Gazette médicale de Strasbourg;* ils ont été lus et appréciés par tous ceux qui, en France ou en Allemagne, ont souci de rechercher à leurs sources primitives les découvertes qui honorent la science médicale, mais ils n'ont obtenu ni le renom qui s'attache aux œuvres que couronnent les Académies, ni la notoriété que procurent les recommandations de la presse parisienne. Trop souvent on oubliait de rechercher dans un journal aussi modeste qu'il était utile les découvertes et les observations cliniques des laborieux professeurs de l'ancienne Faculté de Strasbourg. Cette *Gazette médicale* avait alors pour collaborateurs habituels les Sédillot, les Schützenberger, les Stoltz, les Tourdes, les Hirtz et tant d'autres maîtres éminents. Leurs travaux auraient bien souvent mérité de prendre place à côté des leçons cliniques que publient les journaux parisiens. Plusieurs d'entre eux, on s'en assurera en parcourant ces deux beaux volumes, auraient ainsi établi sans contestation possible les droits de priorité, trop souvent méconnus, de leurs auteurs. Mais nos maîtres se préoccupaient surtout de faire connaître à leurs élèves les idées qu'ils avaient longtemps caressées. Ils s'attachaient à répandre, en Alsace, le goût des études médicales, à perfectionner les méthodes d'enseignement clinique, et rien ne leur semblait plus agréable que la certitude d'avoir formé des disciples vraiment dignes de l'école qui les avait instruits. On a souvent reproché à la Faculté de Strasbourg de ne songer qu'à la pratique, à l'enseignement professionnel, de négliger les études de philosophie et de doctrine médicales. Nous recommandons à ceux qui pourraient croire cette accusation méritée et qui songeraient, aujourd'hui que l'Ecole de Strasbourg n'existe plus, à écrire son histoire, la lecture du premier de ces deux volumes et surtout celle des chapitres intitulés : *Du but et de l'esprit des travaux cliniques. — Des idées scientifiques qui doivent dominer la direction des travaux cliniques. — Des principes de spécification des maladies. — De la fixité des lois de la vie. — Du médecin, des conditions intellectuelles de son développement ; de l'esprit d'observation.* Nous n'en voulons citer ici qu'une seule page. Elle résume bien des études ; elle expose nettement la doctrine de l'auteur : « En admettant, dit-il, comme également légitimes dans l'état actuel de la science le principe étiologique, le principe anatomo-pathologique, et celui que peuvent offrir la physiologie et l'histologie pathologiques, sommes-nous sans doctrine, sans idée scientifique supérieure? Est-ce dans l'ornière de l'*éclectisme* ou du *syncrétisme* que j'entends embourber vos jeunes intelligences? A Dieu ne plaise! C'est précisément parce que nous sommes placés à un point de vue plus élevé, c'est parce que nous nous croyons en possession d'un principe supérieur, qu'il nous est permis de faire la part aux principes secondaires. Ce principe est celui de la *biologie expérimentale*.

La biologie pathologique, pas plus que la biologie physiologique, ne peut mettre en doute la cause première et spéciale de tous les phénomènes qui s'accomplissent dans l'organisme vivant. Le principe vital est la dernière raison d'être logique de toutes les manifestations organiques : de la santé, des maladies et de leur guérison. Mais pas plus que l'idée du principe créateur et conservateur ne livre la connaissance du monde, des lois qui le régissent et des phénomènes qui s'y passent, la conception du principe vital ne fournit la notion des lois et des phénomènes de l'organisme vivant. Ce n'est qu'en étudiant les manifestations de la vie en elles-mêmes, dans toutes leurs conditions de causalité et de phénoménalité, que l'on peut apprendre à les connaître et à les comprendre.

Ce que la physiologie a fait pour l'organisme sain et ses fonctions, la noso-biologie doit le faire pour les maladies. Quand l'observation analytique aura mis en évidence toutes les conditions du développement des maladies, quand elle aura mis à découvert tous les phénomènes qui les caractérisent, et déterminé leurs rapports, leur enchaînement étiologique, nous posséderons toutes les données nécessaires à une spécification et à une classification naturelles. »

Dans la plupart de ses articles de philosophie médicale, dans un article du *Dictionnaire encyclopédique*, reproduit dans ce volume et intitulé : « Lois de la vie appliquées à la pathologie », M. Schützenberger sait montrer combien il est utile d'exposer, dès le début des études cliniques, l'esprit général qui doit présider à un semblable enseignement. Il ne prétendait point, dit-il, faire triompher tel ou tel dogme, telle ou telle théorie, encore moins imposer d'autorité une doctrine ou un système personnel. Ce qu'il voulait avant tout, c'était indiquer la *méthode* qui lui semblait la meilleure, c'était familiariser ses élèves avec les idées scientifiques qui dirigent au lit du malade l'observation médicale, et, tout en s'efforçant de les initier à tous les procédés d'investigation, à tous les moyens de contrôle employés par l'observation et l'analyse clinique de l'organisme, leur montrer l'utilité et l'intérêt des études de pathologie générale qui résument et qui permettent de coordonner les notions acquises par l'examen clinique des malades.

M. Schützenberger explique dans sa préface qu'il a profité de toutes les occasions qui lui étaient offertes pour insister sur la nécessité d'appliquer en médecine ce qu'il appelait alors le *rationalisme expérimental* et ce que tout le monde comprend aujourd'hui sous le nom, moins juste peut-être, mais plus généralement accepté de *méthode expérimentale*. Tous ses anciens élèves ont gardé le souvenir de ces leçons d'ouverture faites simplement, sans apparat, sans prétention, mais d'autant plus intéressantes qu'elles discutaient toujours une de ces questions qui, à toutes les époques de la vie médicale, passionnent les esprits distingués, soucieux non-seulement d'observer mais encore de réfléchir et de comparer.

Ce premier volume se termine par une série d'articles ou de mémoires relatifs à l'enseignement médical. Il contient entre autres la reproduction d'une brochure publiée en 1869, et dont le but était d'indiquer les réformes que nécessite l'organisation des Facultés de médecine et des universités. Ce travail important, qui n'a point obtenu, au moment où il fut publié, toute l'attention qu'il méritait, sera très-utile à tous ceux qui, en ce moment où l'on cherche à réformer l'enseignement supérieur, se préoccupent de ce qui a été fait dans les pays étrangers et de ce que l'on pourrait tenter pour améliorer la situation de nos Facultés en donnant plus d'autonomie et partant plus de vitalité à nos universités de province. L'esprit libéral de M. Schützenberger lui permet d'envisager sans crainte les mesures qui auraient pour effet de rendre à l'enseignement public la liberté qui lui est nécessaire. Mais il croit à la nécessité de la liberté *dans* l'enseignement supérieur et non de la faculté accordée aux corporations ou aux individus de créer des universités. Il veut, avant tout et surtout, que l'on admette, dans une large proportion, l'enseignement libre au sein même des Facultés. La liberté des études, dit-il, doit être restreinte à la liberté du choix des maîtres. Il réclame aussi l'autonomie des universités, le droit pour elles de choisir leurs professeurs, d'élire leurs doyens, de s'administrer comme elles l'entendent. Que de discussions stériles, que de projets de loi insuffisants ou peu pratiques on éviterait en réfléchissant sérieusement à plusieurs des propositions que défend cette étude! Quelques-unes d'entre elles, il est vrai, sont discutables; les réformes proposées concernent surtout les Facultés de province et ne seraient que difficilement applicables à Paris; mais un grand nombre de ces mesures semblent absolument nécessaires si l'on veut arriver à rendre vraiment prospères nos institutions d'enseignement supérieur.

Nous ne pouvons analyser successivement tous les mémoires contenus dans un ouvrage de plus de 650 pages. Aussi bien nous semble-t-il plus intéressant encore, en par-

courant le second volume dû à notre vénéré maître de montrer la part qu'il a prise au mouvement scientifique contemporain.

L. Lereboullet.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

LES MESURES DE PRÉSERVATION CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES AU SEIZIÈME SIÈCLE.

Nous reproduisons ci-dessous une délibération du conseil municipal ayant pour objet de provoquer de nouvelles mesures destinées à isoler les varioleux et à rendre moins facile la contagion de la maladie. On sera surpris, si l'on n'a point oublié les fréquents avertissements donnés par M. Ernest Besnier dans ses rapports sur les maladies régnantes, qu'il soit nécessaire d'insister encore sur la nécessité de ces moyens prophylactiques. L'isolement des malades atteints d'affections contagieuses est bien ancien cependant. A Paris même, au seizième siècle, il était recommandé. Nous devons à l'obligeance de M. Marty-Laveaux communication de la note suivante, extraite d'une notice qu'il a publiée sur Jean Dorat. La maison de ce poëte était située « hors la porte Saint-Victor, à l'enseigne de la Fontaine ». On lira avec intérêt ces détails, qui montrent quelles ont été les mesures prises pour empêcher l'extension de la peste.

« En 1580, Paris fut frappé d'un épouvantable fléau.

» Depuis le deuxiesme iour de... iuing, dit Pierre de l'Estoille, iusques au 8, tombent malades... dix mille personnes d'une maladie ayant forme de rheume ou de cathaire, qu'on appela la coqueluche. »

Cette maladie, qui, suivant le docteur Achille Chéreau (1), auteur d'une étude intéressante sur les épidémies parisiennes, doit être considérée comme une grippe, était « avant coureuse de la peste, qui fut grande à Paris et aux environs tout cest an » (2).

Lorsqu'elle fut déclarée, « tous estrangiers, comme escolliers des colleges, clercs de justice, serviteurs des marchands, absenterent laditte ville pour s'en retourner en leurs pays ou autre part » (3).

Il est probable que la maison de Dorat se trouva vide ou peu s'en faut.

Des mesures administratives assez bien entendues furent prises avec beaucoup d'activité pour faire transporter les malades hors de Paris.

« Malmedi, liseur du Roi aux mathématiques, philosophe et savant médecin, entreprend la visitation et cure generale des pestiferez, et en fait bien son devoir et son profit. Tentes et loges sont dressez vers Montfaucon, les fauxbourgs Monmartre et Sainct-Marcel, où se retirent plusieurs pestiferez, qui y sont passablement nourris et pensez... On commence à bastir à Grenelle, lieu champestre, à l'endroit des Minimes, de l'autre costé de la rivière de Seine, vers Vaugirard » (4).

Cet examen des endroits propres à dresser des tentes et à élever des constructions commença le 7 juillet; mais dès le 3, comme nous l'apprend M. Chéreau, d'après les documents manuscrits qu'il a consultés, une première commission parcourait les localités plus rapprochées de Paris : « Henri de Monantheuil, accompagné du prévôt de Paris, d'un architecte et du chirurgien Ambroise Paré, visitait les faubourgs Saint-Marcel et Saint-Victor » (5).

Cette visite avait pour but de constater quelles étaient les maisons vacantes où l'on pouvait transporter immédiatement des malades et créer des ambulances.

L'habitation de Dorat fut une des premières dont on s'empara, probablement même avant la visite dont nous venons de parler. Dans deux pièces de vers latins adressées l'une à Seguier, l'autre à Villemontée, le poète se plaint que les pestiférés chassés de Paris ont envahi sa demeure, qu'ils coupent ses arbustes et qu'ils transforment une propriété particulière en établissement public. En conséquence il demande, ou que sa maison lui soit rendue, ou qu'elle lui soit achetée, non à de mauvaises conditions, mais aussi cher qu'elle valait avant la peste.

(1) *Les ordonnances faictes et publiées à son de trompe par les carrefours de ceste ville de Paris pour éviter le dangier de peste*, 1531, précédées d'une *Notice sur les épidémies parisiennes*, par le docteur Achille Chéreau. Paris, L. Villem, 1873, in-16.

(2) Pierre de l'Estoille.

(3) Claude Halton, *Mémoires*... publiés par M. Félix Bourquelot. Paris, 1857, 2 vol. in-4, t. II, p. 1014.

(4) Pierre de l'Estoille.

(5) *Étude sur les épidémies parisiennes*, p. 55.

CONSEIL MUNICIPAL (SÉANCE DU 5 AVRIL).

M. *Delpech* appelle l'attention de l'administration sur l'épidémie de variole qui tend à se développer. Depuis 1870 la variole avait cessé de faire des ravages à Paris; M. Delpech rappelle qu'à cette époque cette épidémie prit des proportions effrayantes, puisqu'il y eut 10 300 victimes. Depuis 1866, la maladie tendait à augmenter, et, lors du siége, par suite de l'affluence des mobiles étrangers à Paris, elle prit son plus grand développement. Aujourd'hui la variole, sans présenter le caractère effrayant de 1870, commence à prendre certaines proportions inquiétantes; ainsi depuis le 1er janvier il y a eu 157 morts, dont 69 dans le mois de mars; il est à remarquer que, pendant les années qui ont précédé 1866, on comptait 300 décès de variole par an.

Il serait urgent d'arrêter la poussée qui se produit actuellement et qui fait des ravages parmi les classes laborieuses. Ainsi à la Chapelle, dans la rue du Pré-Maudit, il y a deux garnis composés de 50 chambres et de 50 cellules; l'épidémie a sévi dans ces deux garnis; le propriétaire de l'un d'eux est mort, et la femme du commissaire de police qui a inspecté les locaux a été atteinte de la maladie. D'après l'article 23 de l'arrêté des consuls du 12 messidor an VIII, le préfet de police a-t-il le droit de faire vider les chambres pour les désinfecter? Mais, dans ce cas, c'est une espèce d'expropriation contre les propriétaires de ces établissements, propriétaires qui ne sont pour rien dans la cause de la maladie. La veuve du propriétaire qui a succombé a été saisie; on allait vendre les meubles quand le commissaire s'est heureusement opposé à cette vente, qui aurait eu pour conséquence de propager la maladie par les meubles qui auraient été dispersés.

M. Delpech croit que l'administration n'a à sa disposition qu'un crédit d'un millier de francs pour nettoyer et rendre salubres ces garnis; aussi M. Delpech prie M. le préfet de la Seine de transmettre ses observations à M. le préfet de police, afin qu'il puisse demander les crédits nécessaires. Il y a quelques années, l'administration a pris des mesures énergiques pour empêcher l'épizootie; elle a le devoir d'en prendre également pour conjurer les épidémies.

M. Delpech appelle également l'attention de l'administration sur les mesures préservatrices qu'elle doit prendre, notamment pour la vaccination et la revaccination.

L'Académie de médecine n'a à sa disposition, pour cet objet, qu'une toute petite somme. Il serait, en outre, nécessaire d'établir extra-muros des hôpitaux spéciaux où les varioleux pourraient être soignés dans des chambres séparées. Par ces moyens, on tendrait à faire disparaître définitivement la variole. L'orateur n'a pas l'intention d'effrayer personne, mais il croit qu'il y a intérêt à donner cet avertissement.

M. *le préfet de la Seine* répond qu'il transmettra à M. le préfet de police la partie des recommandations de M. Delpech qui le concernent plus spécialement, en ce qui a trait aux hôtels garnis. Quant au développement à donner au service de la vaccination et à l'isolement des services de varioleux, des mesures ont été prises pour donner satisfaction aux réclamations du corps médical.

M. *Bourneville* dépose le projet de vœu suivant : Pour s'opposer avec promptitude et efficacité à l'extension de l'épidémie actuelle de variole, les soussignés émettent le vœu 1° que l'administration de l'Assistance publique organise dans tous ses établissements un service de revaccination; 2° qu'elle donne des ordres pour faire revacciner les infirmiers et infirmières, ainsi que tous les autres employés et sous-employés des hôpitaux et hospices; 3° qu'elle exige de tous les candidats à ses concours non pas un certificat de vaccine, mais un certificat de revaccination.

M. *le préfet de la Seine*, sans s'opposer à l'adoption du vœu, en demande le renvoi à la commission compétente. Le renvoi est prononcé.

M. *Levrand* fait observer que l'administration ne dispose pas de crédits suffisants pour parer aux dépenses que nécessitera l'exécution des mesures proposées.

M. *le Président* fait observer que le conseil, qui sera convoqué en session extraordinaire, pourra statuer la semaine prochaine, après avoir entendu le rapport de sa quatrième commission.

Séance du 8 avril.

M. *Bourneville* propose d'adopter le projet de vœu déposé par lui à la précédente séance et tendant à inviter l'administration de l'Assistance publique à prendre diverses mesures pour prévenir le développement de l'épidémie de petite vérole.

M. *le directeur de l'Assistance publique* déclare que la situation, au point de vue de l'épidémie variolique, n'a rien d'inquiétant. Il résulte, en effet, de la statistique des hôpitaux que, sur 349 varioleux entrés à l'hôpital, 47 décès ont été constatés, soit un septième des entrées. Quant aux malades en ville, les résultats sont moins précis; cependant on peut affirmer qu'actuellement l'épidémie est en décroissance. Quelque peu inquiétante que soit la situation, des mesures ont été prises pour opérer la vaccination et la revaccination sur la plus large échelle par la création d'un grand nombre de sujets vaccinifères.

Le projet de vœu est adopté.

Association générale. — L'assemblée générale de l'Association générale des médecins de France aura lieu les 20 et 21 avril courant. — Voici l'ordre du jour de la séance du dimanche 20 avril (à 2 heures précises) : 1° Allocution de M. le président. 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier. 3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Gallard, membre du conseil général. 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1878, par M. A. Latour, secrétaire général. 5° Rapport de M. Bucquoy, au nom de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères (première partie).

A sept heures et demie le banquet aura lieu à l'hôtel Continental, rue de Rivoli. Le prix de la souscription est de 20 francs. On souscrit directement, ou par lettre, chez M. le docteur Brun, trésorier, 23, rue d'Aumale.

Le Traité d'auscultation de Laennec. — On a publié au *Compte rendu de l'Académie de médecine* (p. 238) la présentation faite par M. Lasègue d'une feuille de souscription destinée à couvrir les frais d'un tirage à part (édition de luxe) du *Traité d'auscultation* de Laënnec. Cette œuvre remarquable se trouvait, en effet, épuisée depuis plusieurs années. M. Lasègue a bien voulu se charger de surveiller la réimpression d'une nouvelle édition qui paraîtra prochainement et qui a été faite aux frais de l'Etat.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. Ce concours sera ouvert le lundi 12 mai 1879, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription, ouvert le jeudi 10 avril 1879, sera clos définitivement le samedi 26 avril à trois heures.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Caizergues (Raymond-César-Guillaume), né à Montpellier le 30 mai 1855, docteur en médecine, est institué chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Carrieu, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. Grynfelt, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, en outre, conservateur des collections de ladite Faculté, en remplacement de M. Quissac, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Weill (Edmond), né à Haguenau (Bas-Rhin), est nommé chef des travaux histologiques (laboratoire de M. Lépine), à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Vesselle, démissionnaire.

Protection des enfants du premier age. — Le comité supérieur de la protection des enfants du premier âge s'est réuni le mercredi 2 avril, sous la présidence de M. le ministre de l'intérieur et des cultes. Après avoir entendu divers rapports sur l'organisation de la surveillance médicale des nourrissons, le comité s'est préoccupé des moyens de fomenter dans les départements la création de Sociétés protectrices de l'enfance. M. le docteur Bertillon, qui avait été convoqué à la séance, a soumis ensuite au comité ses idées personnelles sur le fonctionnement de la statistique de la mortalité du premier âge. Le comité a entendu cet exposé avec le plus vif intérêt, et, à la demande du ministre, il a été décidé que la question reviendrait à l'ordre du jour de la prochaine séance.

— Par décret en date du 4 avril 1879, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur et des cultes, M. le docteur Broca, membre de l'Académie de médecine et professeur de clinique chirurgicale près la Faculté de Paris, a été nommé membre du comité supérieur de protection des enfants du premier âge, en remplacement de M. le docteur Laussedat, décédé.

Eaux minérales. — M. le docteur Emile Bourgarel, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin consultant à Vals, est nommé médecin-inspecteur des eaux de Pierrefonds.

— Par décision ministérielle en date du 2 avril, MM. les docteurs Cyr et Cornillon, médecins consultants aux eaux de Vichy (Allier), viennent d'être appelés aux fonctions de second inspecteur adjoint de cet établissement.

Nécrologie. — Notre confrère le docteur De Ranse vient d'être frappé bien cruellement. Son fils, âgé de onze ans, lui a été enlevé par une diphthérie maligne. Nous nous joignons à ses nombreux amis pour lui offrir le témoignage de notre sympathique condoléance.

— On écrit de Toulon, le 3 avril : « Le corps de M. Toir, aide-médecin, mort victime de la catastrophe de l'*Arrogante*, a été retrouvé hier, à onze heures et demie du matin, au Cannier, presqu'île de Sepet. Le séjour prolongé à la mer avait rendu les restes de M. Toir méconnaissables. L'identité a été établie par la marque de son linge et une bague ornée d'un diamant qu'il portait à son doigt. La canonnière de Saint-Mandrier, pavillon en berne, a amené aujourd'hui à quatre heures, sur le quai, le cercueil de M. Toir. Une foule immense l'attendait, ainsi que M. l'archiprêtre Tortel, à la tête du clergé de la cathédrale, où les honneurs funèbres lui ont été rendus. Le vice-amiral de Surville, le major-général, le directeur du service de la santé et le commissaire général faisaient partie du cortège, où l'on remarquait un grand nombre d'officiers supérieurs de la marine et de l'armée, et tout le corps médical. Deux discours ont été prononcés. »

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 27 mars au 3 avril 1879, on a constaté 1297 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 30. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 2. Variole, 32. — Croup, 21. — Angine couenneuse, 28. — Bronchite, 75. — Pneumonie, 109. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 3. — Erysipèle, 7. — Autres affections aiguës, 305. — Affections chroniques, 565 (dont 221 dus à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 46. — Causes accidentelles, 29.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 17 avril 1879.

DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'ARTÈRE PULMONAIRE ET DU SOUFFLE ANÉMIQUE DE LA BASE DU CŒUR.

Par une coïncidence singulière, MM. Constantin Paul et Duguet ont présenté dans la même séance, à la Société médicale des hôpitaux, deux malades atteints de tous les symptômes caractéristiques d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire. On a lu dans notre avant-dernier compte rendu (*Gazette hebdomadaire* du 4 avril) le résumé de l'histoire de ces deux malades. Nous n'avons donc pas à la présenter de nouveau. Tous les médecins de la Société ont pu ausculter ces malades et constater avec la plus parfaite évidence les symptômes de ce rétrécissement. Nous le rappellerons en deux mots.

Le rétrécissement de l'artère pulmonaire se caractérise par un souffle systolique siégeant à la base du cœur, le long du bord gauche du sternum, dans le deuxième espace intercostal, à 2 centimètres environ du sternum. Ce bruit est ordinairement rude, quelquefois assez intense pour qu'on puisse l'entendre à distance. A partir de son foyer, qui correspond à l'infundibulum de l'artère pulmonaire, le bruit se propage vers la clavicule gauche et s'éteint ordinairement avant de la rencontrer. Quand le bruit est énergique, il s'irradie dans toute la région cardiaque, jusqu'à la pointe du cœur et au delà. Par contre, il ne se propage pas à droite, vers le foyer aortique. A mesure qu'on s'avance de ce côté le souffle disparaît.

Le souffle systolique de l'artère pulmonaire présente en outre cette particularité, qu'il diminue considérablement quand le malade est debout, pour reparaître avec toute son énergie quand le sujet est couché. En outre, si, comme l'a fait remarquer M. Constantin Paul, on ordonne au malade de faire une forte expiration, la bouche et les narines étant exactement fermées, le souffle disparaît complétement.

Le souffle du rétrécissement de l'artère pulmonaire, quand il est vigoureux, s'accompagne habituellement d'un choc dans le deuxième espace intercostal gauche, où on perçoit également dans beaucoup de cas un frémissement cataire.

L'examen du pouls ne donne que des renseignements négatifs. Le tracé sphygmographique n'a rien de caractéristique. La régularité du rhythme du cœur se maintient pendant longtemps. Il n'y a pas d'œdème des jambes ni de stase veineuse. Le cœur est hypertrophié; mais la forme de la matité n'est pas celle qu'on observe dans l'hypertrophie du ventricule gauche. Cette matité est transversale et dépasse notablement le sternum à droite. Dans les cas observés jusqu'ici, on n'a pas constaté de cyanose. Ce fait est remarquable et vient à l'encontre de l'opinion de ceux qui considèrent le rétrécissement de l'artère pulmonaire comme jouant un rôle prépondérant dans la production de la cyanose, qu'ils refusent d'attribuer au simple mélange des deux sangs.

Tels sont les symptômes propres au rétrécissement de l'artère pulmonaire, symptômes qui ont été étudiés et exposés avec le plus grand soin par M. le docteur C. Paul. Ce n'est qu'à la suite de l'intéressant mémoire qu'il a publié en 1872 que l'attention s'est définitivement portée sur l'étude des maladies acquises de l'artère pulmonaire, considérées autrefois comme fort rares et dont le diagnostic paraissait en tout cas des plus hasardeux. Il n'en est plus de même aujourd'hui, et, grâce aux recherches de notre très-distingué confrère, tout médecin, familiarisé avec l'étude des bruits pathologiques du cœur, diagnostiquera sans difficulté sérieuse un rétrécissement bien accusé de l'artère pulmonaire.

C'est encore à lui que revient l'honneur d'avoir signalé la complication relativement fréquente du rétrécissement que nous étudions avec la tuberculose, ou tout au moins avec cette forme particulière de la tuberculose qu'on a ramenée aujourd'hui à ce que nous croyons être sa véritable signification et qu'on considère encore dans plusieurs écoles comme distincte de la tuberculisation. Nous voulons parler de la pneumonie caséeuse.

Des deux malades qui ont été présentés par MM. Paul et Duguet à la Société des hôpitaux, le premier était manifestement tuberculeux. On constatait chez lui tous les signes d'une phthisie pulmonaire au second degré dans le sommet gauche. Le malade de M. Duguet n'était assurément pas tuberculeux au moment de l'examen, bien que son père fût mort phthisique. C'était un rhumatisant déjà éprouvé par trois attaques survenues dans l'espace de trois ans. Chose singulière et assurément fort rare, le cœur gauche avait été respecté et l'orifice de l'artère pulmonaire seul avait subi l'influence du rhumatisme. Ce malade est fort jeune (seize ans). Il sera du plus haut intérêt de suivre chez lui l'évolution ultérieure de la maladie, la nature et la marche des complications.

Quoi qu'il en soit, il résulte des observations de M. Paul qu'on trouve quelquefois chez les sujets atteints de rétrécissement de l'artère pulmonaire, tantôt des granulations pulmonaires disséminées, et tantôt, plus souvent même, cette forme particulière qu'on désigne sous le nom de pneumonie caséeuse. Il ne paraît pas douteux qu'il n'y ait une influence de la maladie du cœur sur celle du poumon. L'insuffisance de l'hématose, la gêne de la circulation pulmonaire forment probablement le lien des deux maladies. Toutefois, toute conclusion serait encore prématurée. Budin (1873, Société anatomique) a publié un cas de sténose de l'artère pulmonaire, sans qu'il y eût aucune altération pulmonaire. Le malade de M. Duguet serait, actuellement du moins, un nouvel exemple de cette immunité.

On trouvera sur cette relation de la tuberculose avec la sténose de l'artère pulmonaire une discussion fort complète dans l'article CŒUR (pathologie du) de MM. Potain et Rendu

(*Dictionnaire encyclopédique*), et dans la thèse de M. Solmond sur le rétrécissement pulmonaire acquis (1872). Ce dernier travail, fort intéressant, contient deux observations de rétrécissement pulmonaire, dont une avec autopsie, recueillies dans le service de M. le docteur Voillez.

Dans un autre travail publié en 1878, sur le bruit anémique de la base du cœur, M. Paul revient sur le véritable siége de ce bruit, qu'il place à l'orifice de l'artère pulmonaire. Notre confrère paraît être arrivé de ce côté à une conviction absolue. Si la plupart des auteurs classiques et des médecins sont d'une opinion différente, cette dissidence tient, assure-t-il, à un défaut de précision dans la localisation du foyer du bruit anémique.

Nous ne pouvons ici que présenter le résumé des conclusions de son mémoire, qui repose sur 27 observations.

D'après lui, l'anémie donne lieu à des bruits de souffle dans trois organes : les veines jugulaires, l'artère pulmonaire et le ventricule gauche. Ce dernier siége est exceptionnel.

Le bruit anémique de la base du cœur siége au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire, là où nous avons vu se produire le bruit de souffle du rétrécissement. Ce bruit correspond à l'accélération du sang à son passage à l'orifice pulmonaire. Tout ce qui peut diminuer la vitesse du sang atténue le bruit. La station debout, l'effort prolongé, sont dans ce cas. Par contre, le bruit augmente avec l'énergie et la fréquence plus grandes des contractions cardiaques. Le bruit de souffle anémique de l'artère pulmonaire est souvent rude et s'accompagne de frémissement cataire; il est toujours accompagné du souffle jugulaire et, quand l'anémie s'améliore, il disparaît avant lui. Lorsque chez un anémique on trouve le foyer du souffle à l'orifice mitral, ce foyer coïncide avec deux autres : l'un aux jugulaires, l'autre à l'orifice pulmonaire.

Pour que ce bruit anémique de l'artère pulmonaire se produise, l'anémie seule est insuffisante. Il faut y joindre le spasme vasculaire.

Nous aurons probablement à revenir sur cette nouvelle théorie des bruits de souffle anémiques. Les conclusions de l'auteur, que nous avons résumées, surprennent à coup sûr la plupart des médecins. Nous les engageons à ne pas les repousser sans un mûr examen. Depuis que notre attention est appelée sur ce point, nous avons vérifié plus d'une fois la justesse de l'observation de notre confrère, toutes réserves faites sur les théories que nous ne sommes pas en mesure de discuter actuellement.

Il y a peu de jours, chez une jeune fille profondément anémique, et entrée dans notre service pour une légère névralgie intercostale, sans aucune autre maladie, nous faisions constater aux élèves le souffle pulmonaire indiqué par M. Paul, coïncidant avec un souffle vasculaire accompagné au cou d'un *trill* bien caractérisé. Au foyer aortique, le souffle existait, mais incomparablement plus faible. L'évidence du fait s'imposait. Nous avons eu soin, pour vérifier les résultats annoncés par notre confrère, de nous servir du stéthoscope flexible de Marsh (de Cincinnati). Ce stéthoscope a l'avantage de localiser mieux que tout autre les bruits qu'il transmet, et de permettre, par cela même, de bien circonscrire les foyers. Son emploi demande une certaine éducation. Le principal inconvénient qu'il présente, selon moi, c'est de fournir un bourdonnement continu résultant des vibrations du tube, et qui, lorsqu'on n'y est pas habitué, gêne singulièrement la perception des bruits légers. Mais il renforce ces bruits d'une manière remarquable, les rend en quelque sorte plus pénétrants, permet au médecin de s'éloigner du patient, de multiplier rapidement les points d'application du pavillon, de parcourir en quelques instants les principaux foyers des bruits cardiaques. M. Paul attribue à ce stéthoscope une grande valeur que je ne crois pas trop exagérée, mais qu'on n'apprécie pas du premier coup.

La question des lésions organiques de l'artère pulmonaire est aujourd'hui à l'ordre du jour, et notre confrère s'en est occupé avec trop d'activité et de talent pour qu'on ne lui fasse pas en quelque sorte les honneurs de cette actualité. Nous n'avons voulu aujourd'hui qu'indiquer les principaux points d'une étude dans laquelle d'autres l'ont suivi, et qui paraîtrait véritablement bien incomplète si on se contentait pour l'apprécier de cette rapide analyse, naturellement trop restreinte.

BLACHEZ.

HISTOIRE ET CRITIQUE

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE : INNERVATION DU CŒUR

(Deuxième article.)

Il nous reste à nous demander si le cordon sympathique du cou ne sert pas, ainsi que le tronc du pneumogastrique, de conducteur à des fibres accélératrices descendant des régions supérieures vers les ganglions de la base du cou. Cette question, résolue dans le sens de l'affirmative par un assez grand nombre d'auteurs anciens (Fowler, Ludwig, Webster, Creve, surtout Alexis de Humboldt, 1799), par Burdach, Vierordt, Valentin, Longet, et plus récemment par Bezold, Giannuzzi, etc., est aujourd'hui discutée. Nous avons souvent répété l'excitation du bout inférieur du sympathique cervical chez le chat et le lapin, où ce cordon nerveux est tout à fait indépendant du pneumogastrique; chez le chien, dont il est facile de l'en séparer en ouvrant la gaîne commune à la partie supérieure : souvent l'accélération du cœur s'est produite à la suite de cette excitation du sympathique au cou; souvent aussi elle a fait défaut. Cette variabilité dans les résultats d'expériences faites dans des conditions aussi comparables que possible, peut tout d'abord servir à expliquer les opinions divergentes des auteurs sur l'action cardiaque du sympathique cervical; elle nous a paru pouvoir être interprétée en tenant compte du fait très-nettement mis en relief par Schmiedeberg, dans son important travail sur l'innervation du cœur, à savoir que les filets accélérateurs sont irrégulièrement répartis entre les différents nerfs qui aboutissent au cœur. En effet, dans nos expériences, nous avons souvent constaté que tel filet, dont l'excitation détermine une notable accélération du cœur chez un animal, se montre sans action manifeste sur un autre, et que dans ces conditions c'est le filet voisin qui se montre le plus actif. C'est peut-être le cas pour le sympathique du cou et pour le pneumogastrique; ces deux nerfs sont, en effet, unis l'un à l'autre par de nombreuses anastomoses au niveau de leurs ganglions supérieurs, et on peut admettre qu'en raison de ces connexions multiples, les filets accélérateurs émanant soit du bulbe, soit de la partie supérieure de la moelle, peuvent passer en plus ou moins grand nombre dans chacun de ces deux nerfs, d'où les variations dans l'effet accélérateur obtenu par l'excitation du sympathique cervical.

Ajoutons cependant que l'existence de filets accélérateurs dans le cordon sympathique du cou n'est pas admise par tous les auteurs modernes. Ludwig, par exemple, a contredit l'opinion qu'avait émise V. Bezold après beaucoup d'autres physiologistes, que le sympathique cervical renferme

des fibres accélératrices, et plus tard Rutherford, dans un travail critique et expérimental très-complet sur l'innervation du cœur (*Journ. of anat. and phys.*, 1868), a conclu dans le même sens que Ludwig : il a pensé que l'accélération du cœur qu'on avait observée en excitant le sympathique au cou résultait de la transmission des excitations jusqu'au ganglion cervical inférieur, lequel est traversé, comme nous l'avons vu, par le plus grand nombre de nerfs accélérateurs émanant de la moelle cervico-dorsale. Il nous semble difficile d'admettre cette explication pour les cas, par exemple, où l'on excite, comme nous l'avons fait sur le chien, le sympathique cervical immédiatement au-dessous du ganglion supérieur. Si l'excitation devait se transmettre en dehors des points voisins de ceux qu'on excite, le pneumogastrique, séparé du cordon sympathique dans une petite étendue seulement, serait le premier à être excité, et l'effet de cette excitation serait d'arrêter ou de ralentir le cœur, ou tout au moins de masquer l'effet accélérateur. Nous pouvons dès lors conclure des remarques qui précèdent que, si l'accélération du cœur produite par l'excitation du sympathique cervical n'a pas été constatée par tous les expérimentateurs, elle s'est montrée cependant à un assez grand nombre d'entre eux pour que la présence de nerfs accélérateurs dans le cordon cervical puisse être considérée comme réelle, sauf dans les cas où la répartition de ces nerfs subit, comme cela semble se produire assez fréquemment, quelques irrégularités.

Si nous résumons maintenant les données qui ont été exposées dans ce chapitre sur la *provenance* et le *trajet* des nerfs accélérateurs du cœur, nous arrivons à formuler les conclusions générales suivantes, qui nous permettront de représenter dans une figure d'ensemble les notions ayant cours dans la science sur ce point de l'innervation du cœur.

1° Les nerfs accélérateurs du cœur émanent de la moitié inférieure de la moelle cervicale et de la moitié supérieure de la moelle dorsale.

2° Ce groupe de filets cervico-dorsaux converge vers les ganglions cervical inférieur et premier thoracique, auxquels ils aboutissent en suivant les rameaux communiquants qui unissent ces ganglions aux quatre ou cinq dernières paires cervicales et aux quatre ou cinq premières paires dorsales.

3° En outre de ce *système cervico-dorsal*, on peut admettre, quoique avec plus de réserve, un *système bulbo-médullaire* supérieur, formé de filets qui abordent le pneumogastrique (sans doute par le spinal) et le sympathique cervical, probablement par ses anastomoses supérieures.

4° Les filets de ce système *bulbo-médullaire* accompagnent le tronc du pneumogastrique, peut-être aussi ses branches laryngées (Schiff) et le cordon cervical du sympathique.

5° Quelle que soit leur provenance cervico-dorsale ou bulbo-médullaire, les filets accélérateurs du cœur convergent vers la base du cœur, où ils forment, réunis à des nerfs d'un autre ordre, les branches modératrices du pneumogastrique, les plexus cardiaques ; de ces plexus partent les fibres qui vont se mettre en rapport avec les ganglions des parois cardiaques.

Le schéma ci-joint représente l'ensemble des notions qui viennent d'être développées sur la provenance et le trajet des nerfs accélérateurs du cœur.

I. La région *bulbo-médullaire* (B.M.) fournirait par les racines du spinal (*Sp.*) un certain nombre de filets accélérateurs passant dans le tronc du pneumogastrique (*Pn.*) par la branche interne, et se rendant au plexus cardiaque (*Pl.C.*) en suivant soit le tronc même du pneumogastrique, soit ses branches, laryngé supérieur (L.S.), l'anastomose de Galien (*An.*G.) et le récurrent (R) (d'après Schiff).

D'autres fibres accélératrices partant de la même région (B.M.) se rendraient dans le ganglion cervical supérieur (G.S.) en passant soit par les trois premières racines cervicales (1, 2, 3),

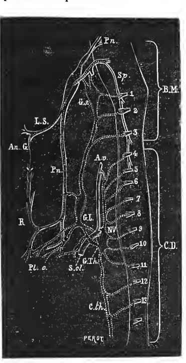


Fig. 4.

soit par le spinal (*Sp.*), et descendraient vers le ganglion cervical inférieur (G. J.) en suivant le cordon cervical du sympathique.

II. La région *cervico-dorsale* (C. D.) enverrait un grand nombre de filets accélérateurs aux ganglions cervical inférieur (G. J.) et premier thoracique (G. Th.) par la série des rameaux communiquants émanant des quatre ou cinq dernières paires cervicales et des cinq ou six premières paires dorsales (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). — De ces rameaux communiquants, les uns (4, 5, 6, 7) se réuniraient en un tronc commun (N), qui constitue le nerf vertébral (N. V.) ; d'autres (8, 9, 10, 11) se rendraient au ganglion premier thoracique (G. Th.) en suivant un trajet plus ou moins indépendant ; les derniers enfin (12, 13) remonteraient vers le même ganglion en suivant le cordon thoracique (C. Th.). — Au delà du ganglion premier thoracique, ces nombreux rameaux se retrouveraient groupés dans les deux branches de l'anneau de Vieussens qui entoure la sous-clavière (S. *cl.*) et arriveraient enfin aux plexus cardiaques (*Pl. c.*), soit après avoir traversé le ganglion cervical inférieur (G. J.), soit en se détachant isolément de l'une ou l'autre branche de l'anneau.

On voit en dernière analyse que, d'après les nombreux documents publiés sur cette question de l'innervation du cœur, *la moelle cervicale tout entière et la moitié supérieure de la moelle dorsale fourniraient, par toutes les voies qui les unissent aux plexus cardiaques, des filets accélérateurs répartis en proportion variable entre les différents nerfs qu'ils accompagnent*. Telle est la conclusion générale de tout ce qui précède. Cette formule s'écarte peu de celle de Legallois, qui disait, dès 1811, que « le cœur tire le principe de ses

mouvements de tous les points de la moelle épinière ». Si nous éliminons la partie inférieure de la moelle qui n'intervient qu'indirectement dans l'innervation du cœur, nous voyons que les travaux modernes n'ont fait que justifier en la développant la conclusion de Legallois. L'avenir dira si tous les détails indiqués plus haut sont d'une rigoureuse exactitude; si, par exemple, comme nous avons quelques raisons pour le croire, l'accélération du cœur, considérée comme la conséquence directe de l'excitation de certains nerfs, ne s'est pas produite par voie réflexe : pour le moment, une critique qui viserait à l'élimination serait à notre avis prématurée. Nous devons nous contenter de grouper les idées qui ont cours dans la science et, sans chercher à simplifier au delà d'une certaine mesure, nous efforcer de les rendre accessibles à tous ceux qui veulent connaître l'ensemble de la question.

François-Franck.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Contribution a l'histoire de la lymphorrhagie et des lymphatocèles, par M. le docteur Omer Marquez, médecin en chef à l'hôpital d'Hyères (Var), ancien médecin cantonal à Colmar et à Belfort (Haut-Rhin).

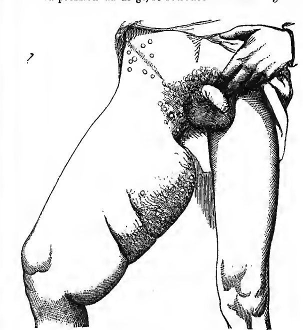
Les observations de lymphorrhagie, ayant pour cause la dilatation variqueuse d'une partie du réseau des capillaires lymphatiques de la peau, ne sont pas encore assez communes pour qu'il n'y ait pas utilité à faire connaître un cas de tumeur éléphantiasique et lymphorrhagique que nous avons eu l'occasion de rencontrer, il y a plusieurs années déjà, en Alsace, et dont la publication a été retardée jusqu'à ce jour par des circonstances indépendantes de notre volonté. Nous publions l'observation telle qu'elle a été rédigée à cette date.

Obs. — Jean Spiesser, de Metzeral (vallée de Munster, Haut-Rhin), se présente à notre consultation le 28 mai 1871. C'est un garçon de dix-neuf ans, grand, de constitution moyenne, avec prédominance de l'élément lymphatique et dont le teint a le hâle des campagnards; il a les traits fatigués et amaigris; il a de la peine à marcher... « Cela vient, me dit son père, d'une grosseur qui s'est formée à la jambe, s'irrite facilement et laisse souvent couler une espèce d'humeur. »

En effet, une vaste tumeur s'étale à la face antéro-interne de la cuisse droite, de deux ou trois travers de doigt au-dessous du pli de l'aine, jusqu'à la tubérosité interne du tibia, mesurant dans ce sens 38 centimètres; elle occupe, en largeur, plus du tiers de la circonférence du membre, à sa partie supérieure (16 à 17 centimètres), moins dans sa partie inférieure; elle fait, au-devant de la cuisse, un relief irrégulier de 3, 4, et même 5 centimètres, et dont le maximum d'épaisseur se trouve le long de ses bords supérieur et externe; elle n'est point douloureuse au toucher; mobile à pleine main sur le plan aponévrotique, elle suit tout d'une masse la direction de la pesanteur, que le sujet se tienne debout ou qu'il imprime à la jambe un déplacement quelconque. En dehors des limites de la tumeur, la peau paraît saine.

La figure (une photographie) qui accompagne ce travail peut donner une idée de l'ensemble de la tumeur, de son volume et de son étendue, de sa situation et de son aspect, même de sa mobilité et de son indépendance apparente des parties profondes. A l'aide d'une loupe, il sera facile de distinguer quelques lymphatocèles éparpillées sur cette tumeur et sur la peau de la région inguinale.

Vers le tiers inférieur de la tumenr, on remarque un sillon à peu près transversal, assez vigoureusement creusé. Au-dessous de ce sillon, la main palpe une masse empâtée, comme lipomateuse, sous une peau médiocrement colorée, d'apparence grenue, peut-être un peu épaissie, mais ne semblant pas autrement modifiée dans sa texture. Au-dessus, et surtout vers les contours supérieur et externe de la tumeur, même masse empâtée, mais bien plus épaisse; dans cette épaisseur, des bosselures et des indurations sous une peau elle-même bosselée, inégalement chagrinée et rugueuse, raviuée, et à la surface de laquelle sont éparpillées de petites excroissances de couleur plus ou moins brunâtre, selon qu'elles correspondent à des parties plus ou moins foncées du plan si accidenté sur lequel elles se sont élevées, et qui est, lui, d'une teinte inégalement bronzée. On dirait un semis de petites verrues de 1 à 2 millimètres de diamètre, et atteignant jusqu'à 3 millimètres de hauteur... Semblables excroissances, mais d'une nuance quelque peu moins foncée que les précédentes, élastiques comme elles sous la pression du doigt, se retrouvent dans la région ilio-



(D'après une épreuve photographique communiquée par l'auteur.)

pubienne, en deux groupes principaux : l'un vers l'angle pubien du triangle inguinal; l'autre, au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure; là, de grosseur variable et plus ou moins saillantes, ainsi que cela s'est produit sur la tumeur crurale, elles font relief sur une peau qui ne paraît être le siége d'aucune altération sérieuse, mais où le doigt constate aisément qu'il y a dilatation variqueuse d'une certaine étendue du réseau lymphatique superficiel. — Relevons qu'il n'y a pas une seule de ces petites excroissances, taches ou élevures, sur la peau un peu chagrinée, mais sans modification importante de couleur, de toute cette portion de notre tumeur, qui est située au-dessous du sillon transversal dont il a été question tout à l'heure.

C'est du sommet de ces petites excroissances de la tumeur de la cuisse que s'échappe, lorsque celle-ci est irritée par la fatigue ou par le frottement des vêtements, et quelquefois spontanément, sans cause appréciable, une humeur ayant l'aspect du lait, et que l'on prit d'abord pour le produit d'une suppuration profonde.

A l'âge de sept ans (en 1859), Jean a eu la fièvre typhoïde; il a été malade dix semaines. Depuis cette époque, sa santé n'avait rien offert de particulier lorsque, en 1863, quelques boutons du genre de ceux que nous voyons aujourd'hui, mais très-petits encore, presque des taches, des élevures comme de petites lentilles, se sont fait voir sur le bas-ventre, dans le voisinage de l'aine, cela sans gêne ni douleur, et sans altération autrement apparente de la peau.

Cinq ans plus tard (1868), après quatre semaines de troubles digestifs, peut-être liés à un peu de fièvre, le haut de la cuisse droite, à sa partie interne, s'est enflé. Cette enflure a grossi assez rapidement et formé une saillie inégalement dure et empâtée. En même temps, les ganglions de l'aisselle, à droite, se sont entrepris; ils sont devenus assez gros et assez douloureux pour que l'on ait appréhendé de les voir abcéder... Mais, peu à peu, cela s'est calmé, et l'engorgement axillaire a fini par disparaître complétement. Il ne paraît pas qu'il y ait eu, à cette époque, ni plus tard,

le moindre engorgement des ganglions de l'aine; il ne paraît pas davantage que, à cette première période de la maladie, il y ait eu sur la cuisse quelque traînée rougeâtre et noueuse accusant un état inflammatoire des vaisseaux de cette région.

L'intumescence que l'on a vue se produire ainsi vers le haut de la cuisse, et qui avait, dès le début, rapidement acquis un certain volume, est demeurée quelque temps stationnaire. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'elle s'est mise à faire de nouveaux progrès, tout en demeurant indolore, gagnant d'abord plutôt en profondeur qu'en surface, en même temps que la peau y prenait une teinte plus foncée.

On vit alors pousser sur cette masse envahissante du haut de la cuisse et se multiplier dans la région de l'aine, ces taches et ces boutons dont une première et encore assez discrète apparition avait eu lieu quelques années auparavant (1863) sur le bas-ventre. Les taches, de couleur brunâtre plus ou moins foncée, sont bientôt devenues de petits boutons. Ceux-ci ont grossi et grandi, et ils ont fini par prendre l'aspect verruqueux que nous leur voyons aujourd'hui; ils s'irritent volontiers sous l'influence de la fatigue, ou quand on y touche trop, et laissent quelquefois fluer de leur sommet l'humeur dont il a été déjà parlé.

On s'est d'abord peu préoccupé de cet état de choses; il n'avait ou ne paraissait rien avoir de bien incompatible avec les occupations de l'enfant et ne point contrarier son développement... Mais, il y a deux ans (Jean avait alors dix-sept ans), le mal a pris tout à coup des allures plus offensives. En même temps que la peau était devenue plus rugueuse, et qu'elle avait pris une teinte brunâtre plus accentuée en certaines places de la tumeur crurale, celle-ci était devenue plus épaisse et plus saillante; elle s'étendait aussi en surface, gagnait un peu dans le sens de la largeur, davantage dans celui de la longueur, s'allongeait vers le côté interne du genou qu'elle a fini par atteindre et qu'elle menace de dépasser... Et l'invasion des petites excroissances lenticulaires ou verruqueuses de suivre ce progrès, en affectant une prédilection marquée pour les parties supérieures de la tumeur et pour les zones iliaque et pubienne de la région inguinale.

Aujourd'hui, la tumeur crurale, avec les proportions que nous lui voyons, est devenue gênante à l'excès; par son poids aussi bien que par son volume, elle rend la marche difficile et douloureuse à soutenir. Le sujet a maigri; il a notablement perdu de ses forces. A bout de patience, il vient nous demander de le débarrasser de ce fardeau chaque jour plus lourd et plus incommode, et de cet écoulement « d'humeurs » qui l'épuise.

Curieux de compléter l'enquête à laquelle nous venons de nous livrer, nous piquons légèrement, d'un coup d'épingle, le sommet de l'un des tubercules qui pointent sur la tumeur. De cette ouverture s'échappe, ruisselant, à flots pressés, un liquide épais et blanc, comme le serait un lait de très-bonne qualité, un lait très-crémeux. Pour arrêter l'écoulement, il faut une compression un peu soutenue, à l'aide du doigt et de quelques morceaux d'agaric.

Le mal est complexe. Un premier élément est constitué par ces boutons apparus d'abord dans le champ sus-inguinal, sur le trajet de varices lymphatiques, par ces petits tubercules sessiles, plus ou moins saillants, d'une teinte brunâtre, quelquefois à peine plus foncée que la teinte naturellement bistrée de la peau ambiante. Cela vous a un faux air de molluscum. Mais cela en diffère essentiellement par la nature du produit qu'ils laissent échapper, soit spontanément, soit par provocation.

Ce produit est à lui seul un élément capital du diagnostic. Ce n'est point une matière athéromateuse, comme celle qui remplit le molluscum par hypertrophie des follicules sébacés et qui ressemble plus ou moins à du lait. C'est, croyons-nous, de la lymphe; et bientôt l'analyse chimique, dont deux pharmaciens distingués de Colmar, M. Giorgino et M. Kampmann (présentement à Genève), ont bien voulu se charger, est venue nous affirmer que c'est bien de la lymphe, ce liquide blanc, épais, crémeux, légèrement alcalin et de saveur un peu salée, pris, par le repos à l'air, en un caillot mou, opaque, graisseux, et d'une odeur qui rappelle assez celle du beurre frais; de la lymphe qui coule ici belle, rapide et abondante, comme dans l'observation de Filzer (1), comme dans celle que M. Demarquay (1) a fait connaître, en 1852, à la Société de chirurgie, et surtout comme dans cette belle observation du docteur Camille Desjardins (2), qui a fourni, en 1854, à MM. Gubler et Quevenne l'occasion de produire devant la Société de biologie une magistrale étude de ce précieux liquide.

En troisième lieu, sur notre jeune malade, il s'est produit, postérieurement à l'apparition des premiers boutons mollusciformes dont nous venons de parler, et que l'expérience nous montre être autant de petites *lymphatocèles*, une intumescence de la cuisse qui s'est transformée en une vaste tumeur où nous trouvons : 1° bosselures, nodosités, indurations qui pourraient bien être de nature fibreuse, dans l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent hypertrophiés, coloration bronzée de cette peau épaissie, chagrinée, rugueuse et bientôt semée de tubercules mollusciformes semblables à ceux du début de la maladie; 2° tendance à un envahissement progressif, de haut en bas, paraissant débuter par l'épaississement des couches sous-cutanées pour gagner peu à peu la peau et aboutir, en fin de compte, à l'altération plus complète que l'on remarque sur les parties supérieures de la tumeur. Il y a là de l'éléphantiasis, peut-être du fibrome.

En résumé, nous avons sous les yeux un cas de lymphorrhagie due à la rupture accidentelle ou provoquée de petites excroissances brunâtres, opaques, mollusciformes, développées : 1° dans le plan ilio-pubien, sur le trajet de varices lymphatiques; 2° à la cuisse, dans les fissures et sur les reliefs d'une production éléphantiasique. Nous avons donc affaire à une *lymphatocèle éléphantiasique* et *mollusciforme*, ou plus simplement à un *molluscum éléphantiasique* et *lymphorrhagique*.

Une circonstance fâcheuse, c'est l'énorme développement de la tumeur de la cuisse. Son poids, son volume, la place qu'elle occupe, la rendent de plus en plus incommode; la facilité avec laquelle, depuis quelque temps, elle s'irrite et s'enflamme, devient un sujet d'inquiétudes croissantes et que justifie l'altération de la santé du jeune homme.

Obs. — Jean Sp... entre à la Maison de santé de Colmar, le 5 juin 1871, et voici ce que nous notons : La fatigue de ces derniers jours a provoqué un mouvement de fièvre. La tumeur est comme enflammée et turgescente; sa surface, d'un rouge bizarre, a un aspect érysipélateux qui nous donne à songer. — Un des boutons verruqueux a donné; mais cela s'était fait en notre absence, et nous n'avons pu savoir si le liquide écoulé avait subi quelque modification dans sa couleur et dans sa consistance, sous l'influence de l'état de souffrance dans lequel se trouvait notre malade. Une lymphatocèle est piquée, et nous recueillons, pour la faire analyser, de la lymphe qui ne nous semble pas différer de celle que nous avons vue couler précédemment.

Le mouvement pyrétique que nous venons de signaler n'a pas duré. Après trois ou quatre jours de repos, Jean, très-calme, nous paraît être dans des conditions réellement encourageantes. En conséquence, le 10 juin, assisté de nos excellents confrères MM. Faudel, Lévy, Macker et Molk, nous procédons à l'opération projetée.

La tumeur, nous l'avons déjà dit, mais nous devons le faire con-

(1) Filzer, *Archiv. f. phys. Heilk.*, 1849.— Jeune fille de seize ans, non réglée. Sur le milieu d'une raie brunâtre de trois doigts de large, allant du voisinage de l'ombilic aux vertèbres dorsales, en passant entre les fausses côtes et l'os iliaque (à gauche), plusieurs granulations; l'une d'elles se rompit accidentellement et donna lieu à une lymphorrhagie qui dura trois jours.

(1) Demarquay, *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1853. — Jeune homme de dix-sept ans, bien constitué. Petites vésicules assez semblables à des follicules hypertrophiés, reposant sur un relief de vaisseaux lymphatiques dilatés. Rupture fortuite et spontanée de l'une de ces vésicules. Lymphorrhagie abondante.

(2) Camille Desjardins (obs.); Gubler et Quevenne (anal.), *Mémoires de la Société de biologie*, 1854, et *Gazette médicale de Paris*, 1854. — Femme de trente ans, d'une bonne constitution. Groupes de petites phlyctènes ou vésicules translucides à la partie antérieure et supérieure da la cuisse, et correspondant à une dilatation variqueuse du réseau lymphatique sus-dermique. Boursouflure de la peau et des tissus sous-cutanés, sur toute la face antéro-interne de la cuisse, jusqu'au quart inférieur de cette face, pour de là remonter en dehors, rejoindre la face externe et postérieure et se perdre sur la fesse. Sous cette boursouflure, vésicules translucides et dilatations variqueuses des lymphatiques sus-dermiques et sous-dermiques. Dans le pli de l'aine ampoules sous-cutanés, peut-être même sous-aponévrotiques, paraissant former réservoir et communiquer avec les vésicules. Lymphorrhagie provoquée à volonté par la rupture d'une de ces petites vésicules.

stater encore, ne paraît pas avoir contracté des adhérences sérieuses avec le plan aponévrotique; développée sur la face antéro-interne de la cuisse, elle est comme divisée en deux masses d'étendue et d'importance inégales par un sillon transversal que nous avons fait connaître, et au-dessus duquel on trouve envahis par une dégénérescence spéciale la peau et le tissu cellulaire sous-jacent; au-dessous de ce sillon, il y a hypertrophie, empâtement comme lipomateux du tissu cellulaire, mais sans altération sérieuse du derme : ici, du moins, pourra-t-on quelque peu ménager la peau.

Notre jeune homme bien chloroformisé, le bistouri comprend dans un vaste ovale toute cette partie de la tumeur où la peau, sérieusement altérée, est à sacrifier et ouvre une incision en droite ligne, juste sur le dos de la masse moins malade, qui est située au-dessous du sillon transversal. Il en résulte une incision en raquette très-allongée dont le manche est au genou. — Ce qui est cerné par cette incision ovalaire, comme ce qui est mis à découvert par l'incision droite qui la continue en bas, est enlevé par une dissection plus difficile que nous n'avions prévu, et que rend laborieuse l'obligation de détacher du plan aponévrotique et de poursuivre avec soin nombre de prolongements fibreux très-résistants, souvent assez épais, et quelquefois séparés les uns des autres par des vides inattendus (1).

Peu de sang, pas d'artère à lier.

Il nous reste une plaie qui mesure 18 centimètres dans sa plus grande largeur, vers le haut de la raquette, sur 34 centimètres de longueur. Cette étendue, dans le sens de la longueur, est réduite à 29 centimètres par le placement de quelques points de suture sur la partie la plus déclive de la plaie, où la peau, peu ou point altérée, a pu être ménagée. — Pour pansement, un linge fenêtré imbibé de glycérine bien pure et recouvert de charpie que l'on arrosera de temps à autre avec du vin un peu chaud.

Afin de mieux nous opposer à l'affaissement latéral des parties molles, dont la conséquence serait d'accroître l'élargissement de la plaie que nous venons d'ouvrir, nous fixons à la face postérieure du membre, avec du collodion et en ayant soin de laisser entre elles un écart de 2 ou 3 centimètres, deux compresses dont le bord antérieur, libre, tendu par une baleine, avait été percé de quelques œillets; des lacs en caoutchouc, d'une résistance moyenne, tirent sur cette espèce de cuissart par-dessus les pièces de pansement et servent à rapprocher les lèvres de la plaie, ou tout au moins à diminuer leur tendance à l'écartement. En outre, des compresses graduées, longues et épaisses, calent soigneusement le membre opéré et le moulent dans une gouttière commode. Bouillon, infusion, tilleul orangé, potion calmante.

11 juin, la nuit a été assez bonne; il y a eu un peu de fièvre; il n'y en a pas au moment de notre visite. Même pansement à suivre et même prescription que la veille.

14 juin, la plaie commence à suppurer; il y a de la constipation. Cependant l'état général est satisfaisant et l'appétit revient.

A partir de ce jour, la cicatrisation de la plaie marcha sans accidents bien notables, et l'opéré put quitter la Maison de santé, le 6 août, dans des conditions très-satisfaisantes au double point de vue de son état de santé général et du résultat de l'opération qu'il venait de subir. La plaie pourtant n'était pas entièrement cicatrisée.

Tout en surveillant les suites de l'opération que nous avions pratiquée le 10 juin, nous n'avons pas perdu de vue les petites excroissances qui s'étaient élevées, dans la région de l'aine, sur le trajet de varices lymphatiques superficielles et sans autre altération de la peau. Nous n'avions pas constaté sans inquiétude leur tendance à grossir et à se multiplier, non plus que la facilité avec laquelle, à la moindre sollicitation, quelquefois spontanément, elles ouvraient la voie à une lymphorrhagie dont l'abondance nous a permis de recueillir jusqu'à plus d'une demi-livre de lymphe en une seule séance.

Sans doute il a suffi de quatre mois d'une médication tonique associée à un bon régime diététique pour relever la santé de la femme qui fait le sujet de l'observation de M. C. Desjardins et voir tout rentrer dans l'ordre. Mais, pour arrêter une perte de lymphe par rupture spontanée d'une vésicule développée sur le trajet de varices lymphatiques, Fitzer avait dû, en présence de l'insuffisance de la compression, recourir au crayon de nitrate d'argent : et M. Demarquay, sur un jeune homme de dix-sept ans, avait porté le caustique de Vienne sur toute l'épaisseur de la varice lymphatique d'où provenait un écoulement de lymphe copieux et inquiétant; il avait pleinement réussi. Peu de mois après l'opération, il ne restait plus trace des varices.

Sur notre malade, le repos auquel il est assujetti, le régime réconfortant qu'il suit, la suppression, sans aucune espèce d'accident de la tumeur lymphorrhagique qui s'étalait sur sa cuisse sont sans influence sur ses varicosités de la région inguinale. Les boutons verruqueux du groupe iliaque et du groupe pubien sont ce qu'ils étaient. Au frottement d'un linge un peu rude, ces lymphatocèles coulent. Il nous semble rationnel de ne point demeurer dans l'expectative. Nous imiterons la pratique de M. Demarquay.

Toutefois, au caustique potentiel nous avons préféré le cautère actuel dont l'action est plus rapide et l'eschare plus sèche. — Du 11 au 23 juillet, nous avons détruit par le fer rouge (de très-petit calibre), et en quatre séances, les plus grosses et les plus saillantes de ces petites tumeurs lymphatiques, portant le fer assez profondément pour cautériser tout le calibre du vaisseau dilaté. Contre les autres, nous avons employé le perchlorure de fer et la teinture d'iode.

Sorti de la Maison de santé le 6 août, Jean Sp... est venu le 10 septembre suivant, juste trois mois après l'opération, nous montrer sa plaie bien cicatrisée et réduite environ au quart de ses dimensions premières. La santé générale de ce jeune homme était réellement satisfaisante. Néanmoins, il lui fut conseillé de suivre longtemps encore le régime fortifiant qui semblait lui réussir, de ne point discontinuer hâtivement l'usage de l'iodure de fer, du quinquina, de l'huile de foie de morue pendant la saison froide, et de ne point négliger de soutenir, par l'application bien faite d'un bandage roulé, le membre qui venait d'être opéré avec apparence de succès.

Cette guérison ne s'était point démentie encore lorsque, un an plus tard, en septembre 1872, sous la pression des événements qui ont pesé si douloureusement sur notre pays, nous avons dû quitter notre vieux foyer. A la cuisse, la cicatrice était belle et solide; dans la région de l'aine, il ne restait plus trace de l'altération première des lymphatiques.

Au moment d'écrire cette observation, nous avons voulu savoir ce qu'il était advenu du jeune Sp... et faire prendre une nouvelle photographie du sujet, dans le cas où il y aurait eu quelque constatation pathologique à relever. Nous ne pouvons mieux faire que de transcrire ici la réponse que nous avons tenue, sous date du 4 mai 1875, de l'obligeance de notre confrère M. Dietz (de Munster) : « Je suis enfin parvenu » à découvrir votre Jean Sp... La guérison de votre opéré est » parfaite; j'ai vu la cicatrice qui témoigne d'une énorme in» cision; votre client la tient soigneusement bandée et n'en » souffre aucunement; sa santé ne laisse rien à désirer; il » est marié et père d'un magnifique garçon... Vous me de» mandez de voir s'il serait utile de faire prendre une épreuve » photographique de la cuisse. Je répondrai à cela que je puis » affirmer une cicatrisation parfaite, sans aucune crainte » de récidive. Nous ne ferons la dépense de la photographie » que lorsque vous m'aurez de nouveau demandé de le » faire. »

On permettra que nous nous en tenions à la déclaration que nous fait M. Dietz; elle vient d'un homme sérieux et d'un médecin instruit : elle vaut bien un dessin, même photographique.

La science, sans doute, n'est pas riche de faits analogues à ceux que nous ont fait connaître Fitzer, Demarquay et C. Desjardins, et que nous avons rappelés plus haut. Il n'est pas à dire cependant que ce soient là les seuls exemples de tumeurs lymphorrhagiques par dilatation du réseau des lymphatiques superficiels qu'il y aurait à citer et à rapprocher du fait dont nous venons de présenter la relation. Dans le nombre de ces quelques observations dont un Anglais, le docteur B. Hill (*Transact. of the clin. Society*, 1870), a entrepris,

(1) La pièce ainsi enlevée était énorme, lourde (près d'un kilogramme), épaisse, lardacée, semée d'indurations plus ou moins volumineuses, très-dures, qu'isolait les unes des autres un tissu cellulaire généralement dense, parfois mou et raréfié, formant alors comme des vacuoles. L'examen microscopique, confié à l'obligeance de notre confrère, M. Belin (aujourd'hui professeur suppléant à l'École de médecine de Dijon), a fait constater que nous avions affaire à un développement hypertrophique de tous les éléments anatomiques de la peau et du tissu conjonctif sus-aponévrotique; que les nodosités éparses dans cette masse hypertrophiée, aussi bien que les prolongements si résistants auxquels le bistouri avait dû s'attaquer, étaient formés par les éléments histologiques des altérations dites de nature fibreuse.

il y a quelques années, de dresser l'inventaire, nous avons distingué celles de W. Day (*Transact. of the clin. Society*, 1870) et de Hill (*Transact. of the clin. Society*, 1870). Dans l'une et l'autre, il s'agit de pertes de lymphe par la rupture de petites tumeurs papuleuses ou vésiculeuses, quelquefois du volume d'un pois, les unes d'un blanc jaunâtre, les autres rougeâtres et développées en plus ou moins grand nombre sur une intumescence de la partie interne de la cuisse, consécutivement à une contusion (Hill), ou sur la peau, en certaines places brun foncé, ailleurs de couleur peu modifiée d'une jambe éléphantiasique (W. Day).

Nous voyons bien que, dans l'une et l'autre de ces observations, le soulèvement des lymphatiques, s'est effectué sur une peau frappée de l'altération éléphantiasique à un degré plus ou moins prononcé. Mais là, non plus que dans les autres cas de ce genre dont nous avons eu connaissance, nous n'avons rencontré en même temps que la dilatation ampullaire de lymphatiques superficiels, au milieu d'une peau en apparence saine, une tumeur d'aspect éléphantiasique, et dans la constitution de laquelle soient entrées la formation de tissus pathologiques qui rappellent le fibrome molluscum, et cette déviation vasculaire dont M. le professeur Michel (de Strasbourg et Nancy) (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1853; note sur la lymphorrhagie... et sur la dilatation, sous forme de granulation, des réseaux lymphatiques sous-épidermiques) a, le premier, que nous sachions, mis à découvert le mécanisme.

Ce double fait, c'est précisément une des caractéristiques de notre observation. Nous y trouvons encore cette particularité que les ganglions inguinaux sont demeurés complétement à l'écart du travail qui s'accomplissait dans leur voisinage, au-dessus et au-dessous du pli de l'aine.

On sait que M. le professeur Sappey (*Union médicale*, décembre 1854. *Leçons sur le système lymphatique*), à la recherche des origines des vaisseaux lymphatiques et des rapports de ce système vasculaire avec les capillaires sanguins, est arrivé à préciser qu'il y a communication directe entre les vaisseaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins, au point où les uns naissent et où les autres finissent; qu'il y a passage d'un courant sanguin des capillaires dans les capillicules lymphatiques; qu'il y a entre le système sanguin et le système lymphatique solidarité, à tel point que le premier s'engorgeant, le second en ferait autant, etc. Nous n'entreprendrons pas de rechercher ici comment se formeraient, par encombrement des capillicules et des capillaires, les varices lymphatiques, les dilatations ampullaires, translucides ou opaques, des lymphorrhagiques, et quels seraient leurs rapports avec l'altération éléphantiasique. Notre prétention est bien moindre. Nous n'oublions pas que, depuis Alard, malgré l'importance de bien des travaux sur le système lymphatique et sur ses maladies, la lumière n'est pas encore faite sur la relation qui existe entre l'éléphantiasis et la dilatation des vaisseaux lymphatiques. On voudra bien nous permettre de nous en tenir ici, modestement, à la constatation d'un fait, de nous borner à dire ce que nous avons vu, le parti que nous avons pris, le résultat que nous avons obtenu, et nous passer de n'avoir abordé notre sujet que par l'une de ses faces, le côté clinique.

A la question clinique appartient l'analyse chimique du liquide dont l'écoulement, accidentel ou provoqué, a été un des éléments caractéristiques de notre observation. Nous avions demandé à deux chimistes de nous fixer et de voir si nous avions réellement affaire à de la lymphe. Les conclusions de chacun d'eux, nous l'avons dit plus haut, furent affirmatives.

C'était de la lymphe, ce liquide blanc, laiteux, opaque, légèrement alcalin, de saveur un peu salée, de 1,021 à 1,032 de densité que perdait notre jeune malade, et qui se prenait au bout de peu de temps en une gelée assez ferme pour que l'on pût, sans qu'il s'en écoulât une goutte, retourner le flacon qui la contenait. Ajoutons que de petites secousses provoquaient l'échappement d'un sérum abondant à travers les mailles, rompues sous cet effort, du réseau qui emprisonnait ce liquide; que ce réseau, tout fibrineux, se resserrait sur lui-même à mesure que le sérum s'en échappait, et que, dans ce sérum, le microscope (M. Kampmann) a constaté quantité de corpuscules graisseux, des globules de la lymphe et quelques fragments de globules semblables aux globules blancs du sang.

Nous ne croyons pas qu'il soit utile de reproduire ici le détail des opérations de laboratoire que M. Giorgino a bien voulu nous faire parvenir. Il nous suffira d'indiquer que, dans la substance examinée et qui était formée par un corps gras émulsionné et tenu en suspension par des matières albumino-fibrineuses, dans un liquide aqueux et très-abondant, les éléments fibrine, albumine et graisse se trouvaient dans les proportions suivantes :

Fibrine pesée fraîche, après expression aussi complète que possible dans du papier à filtrer, 1/2 à 1 pour 100.

Matière albumineuse, 4 pour 100.

Graisse, 1 à 2 pour 100.

Eau contenant quelques sels inorganiques qui n'ont pas été déterminés, 93 à 94 pour 100.

Dans leur analyse de 1854, MM. Gubler et Quevenne avaient eu le soin de dessécher la fibrine jusqu'à poids constant. Il en est résulté pour leurs opérations une garantie de précision telle qu'il convient d'admettre leurs chiffres (0,056 à 0,063 pour 100) comme l'expression d'une normale.

Nous sommes, nous, bien loin de cette normale. Nous avons opéré sur de la fibrine fraîche et qui ne pouvait nous donner un poids vrai, bien qu'elle eût été soumise à une pression méthodique dans du papier à filtrer. Il n'en est pas moins vrai que M. Giorgino, procédant toujours de la même manière et en prenant les mêmes précautions, a obtenu des résultats variables et trouvé de 1/2 à 1 pour 100 de fibrine. Or, M. Giorgino a expérimenté sur des échantillons de notre lymphe qui ont été recueillis, l'un avant l'opération de la tumeur crurale, à un moment où celle-ci était le siége d'un mouvement inflammatoire, érysipélateux, et le malade en proie à de la fièvre ; d'autres, le 17 et le 30 juin, et au commencement de juillet. A cette dernière époque, l'état général de notre jeune homme était très-satisfaisant. Ne se pourrait-il pas que dans la lymphe la quantité de fibrine variât comme elle varie dans le sang, suivant l'état pathologique, et qu'elle se soit élevée au-dessus de la normale dans notre cas, comme fait la fibrine du sang dans l'érysipèle?

Dans notre cas encore, la proportion de la graisse dépasse celle de la normale de MM. Gubler et Quevenne qui, donnant 0,920, avoisine 1 pour 100. De là, une émulsion plus épaisse et cet aspect si crémeux de notre lymphe.

Quant aux matières albumineuses, le chiffre moyen de 4 pour 100, trouvé par M. Giorgino, s'écarte peu du chiffre de MM. Gubler et Quevenne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Analyse de l'action physiologique des sulfates de magnésie et de soude, par M. *Arm. Moreau*. — Ce travail est identique à celui que nous avons déjà signalé (*Gaz. hebd.*, p. 239).

De quelques conditions de la fermentation lactique, par M. *Ch. Richet*. — L'auteur, dans ce mémoire, pense avoir démontré les propositions suivantes :

1° L'oxygène rend plus rapide la fermentation lactique du lait,

2° L'ébullition, en coagulant une matière albuminoïde primitivement soluble, diminue de moitié l'activité de la fermentation.

3° Les sucs digestifs qui rendent l'albumine soluble et les peptones (ou albumines solubles) augmentent la rapidité de la fermentation lactique.

SUR LES GRANULES AMYLACÉS ET AMYLOÏDES DE L'ŒUF, par M. *Dastre*. — La présence, annoncée il y a quelques années, de corpuscules d'amidon dans certains organes, par exemple dans les capsules surrénales et dans les testicules, venait contredire les notions reçues à propos de la glycogénie, notions d'après lesquelles la formation d'amidon chez l'animal adulte serait localisée dans le foie. L'auteur, dans des recherches faites avec le docteur Morat, s'assura que ces granulations, au lieu d'être formées d'amidon, étaient des concrétions cristallines de corps gras, particulièrement des corps gras phosphorés nommés *lécithines*.

Pour ce qui concerne l'œuf, il est arrivé au même résultat.

Dans la séance du 17 mars 1879, M. Dareste, revenant sur cette question, signale l'existence de nouveaux granules qu'il appelle *amyloïdes*. Ceux qui étaient indiqués dans les premières notes et caractérisés surtout par la croix de polarisation sont manifestement de la lécithine; les nouveaux, qui ne possèdent plus ce caractère optique, ne sont pas davantage formés d'amidon. Le principal caractère invoqué pour rapprocher ces corps de l'amidon serait le bleuissement par l'iode. Or, il est à remarquer que l'amidon animal ne bleuit point par l'iode : il rougit. C'est ce qui arrive pour les quelques granulations véritablement glycogéniques que l'on trouve dans la cicatricule de l'œuf. Les prétendus granules amyloïdes seraient donc de l'amidon végétal; ce serait de l'amidon végétal qui existerait dans l'ovaire de la poule et des reptiles et passerait dans le vitellus.

MM. Dastre et Morat se sont assurés une fois de plus qu'il n'y a point d'amidon animal ou végétal dans le jaune de l'œuf. On délaye une grande quantité de vitellus dans de l'eau distillée que l'on porte à 95 degrés au bain-marie pendant une heure; puis on soumet le mélange à l'action de la diastase salivaire, on filtre : on ne trouve pas trace de sucre. Comme contre-épreuve, on opère sur un lot identique au premier, en ayant soin d'ajouter une quantité très-petite d'amidon végétal : on a cette fois la preuve de l'existence du sucre.

Il n'y a donc aucune utilité à appeler *amyloïdes* des corps qui ne sont certainement pas de l'amidon, et nous ajouterons, qui n'en ont même pas l'apparence. Les réactions microchimiques sont très-infidèles lorsqu'il s'agit de substances imprégnées d'albumine et de corps gras capables de s'opposer à la pénétration des réactifs.

DOSAGE DU SUCRE DANS LE SANG, par M. *d'Arsonval*.

J'ai eu l'honneur, dit l'auteur, d'assister Claude Bernard dans ses derniers travaux de technique et de critique physiologiques. Mon maître m'ayant surtout confié la partie physico-chimique des recherches, je crois devoir présenter quelques observations au sujet d'une Note récemment publiée par M. Cazeneuve dans les *Comptes rendus*. L'auteur prétend démontrer que la méthode employée par Claude Bernard pour le dosage du sucre dans le sang est loin d'être exacte. Les objections que M. Cazeneuve fait valoir ont déjà été réfutées, tant par Claude Bernard que par moi-même, dans des publications qui me paraissent lui être restées étrangères. Je ne ferai donc que passer sur les premières objections.

1° L'épuisement du caillot n'a rien qui se rapporte au débat.

2° La dilatation due à la chaleur : c'est une objection purement théorique.

3° Les variations d'hydratation du sulfate de soude et du sang sont réfutées par ce fait que la densité de la liqueur filtrée est sensiblement constante. D'ailleurs, nous avons toujours rejeté l'emploi du sulfate de soude effleuri, et nous conservons notre sel dans un bocal soigneusement fermé.

4° Les réductions verdâtres décèlent ou de mauvais réactifs ou un procédé opératoire vicieux : *on ne doit jamais en avoir*. J'ai d'ailleurs eu l'honneur de faire une analyse complète devant l'Académie, qui a pu voir avec quelle netteté on saisit, *dans de bonnes conditions*, la fin de la réaction. Nombre d'expériences nous permettent d'affirmer ces deux faits : 1° le procédé ne décèle du sucre que là où il y en a; 2° il permet de retrouver les quantités qu'on ajoute.

L'auteur réfute l'objection de M. Cazeneuve ayant trait à la manière de calculer le chiffre absolu de la quantité de sucre trouvée dans le sang, puis il ajoute :

M. Cazeneuve fait une dernière objection qui serait plus grave si elle était fondée. Il rapporte deux expériences qui lui paraissent démontrer qu'il existe dans le sang une matière étrangère qui réduit le liquide bleu. Le fait, débarrassé de toute interprétation, est le suivant : le dosage au saccharimètre ne correspond pas au dosage par la liqueur bleue. Nous sommes d'accord sur le fait, mais nullement sur l'interprétation. Dans les quelques centaines d'expériences que j'ai dû analyser, j'ai rencontré ce fait à plusieurs reprises; *il n'est pas constant*. Il prouve seulement qu'il existe dans le sang une substance, autre que la glycose, susceptible d'agir sur la lumière polarisée, ce qui n'a rien de surprenant.

Il croit d'ailleurs pouvoir affirmer que, *dans certaines conditions*, la matière réductrice du sang, *loin d'être de la glycose pure*, est constituée par un mélange soit de *glycose* et de *lévulose*, soit de *glycose* et de *dextrine*, et il conclut en affirmant que la méthode de Claude Bernard, très-simple et rapide, est d'une exactitude plus que suffisante pour la physiologie.

SUR LA MÉTHODE EMPLOYÉE PAR CL. BERNARD POUR LE DOSAGE DES SUCRES RÉDUCTEURS DANS LE SANG, par M. *P. Picard*.

On sait que la glycose n'est pas la seule substance des organismes animaux qui réduise les liqueurs de Fehling, Barreswil, etc. Mais, s'il est vrai qu'il y a dans l'organisme, à côté du sucre réducteur, des substances pouvant précipiter de l'oxydule rouge à chaud aux dépens des liqueurs de Fehling, est-il vrai que ces substances existent dans la liqueur obtenue par le traitement préalable dans la méthode de Cl. Bernard? Est-il vrai que ces substances soient là contenues dans une proportion telle, qu'elles auraient une part à la réduction du sel de cuivre? Je ne le pense pas, et voici l'expérience sur laquelle je fonde mon opinion.

On prend une quantité de sang indéterminée qu'on défibrine et qu'on traite par le procédé de Bernard. La liqueur filtrée incolore est examinée avec la liqueur de Fehling. On constate la réduction type : décoloration et précipité d'oxydule rouge.

On abandonne alors le reste du sang pendant quelques heures à une température de 30 degrés centigrades environ, en évitant l'évaporation (le sang étant additionné de levûre de bière ou même seul). Après ce temps, on répète avec ce sang qui a fermenté le même traitement qu'on lui avait fait subir avant cette opération, et l'on constate que le liquide incolore obtenu ne *précipite* plus d'oxydule quand on le chauffe à + 100 degrés avec la liqueur de Fehling. L'acide urique, qui réduit moins bien et moins facilement que la glycose, n'était donc pas contenu dans le liquide en quantité susceptible de nuire à la recherche du sucre par la méthode des liqueurs bleues. Ce que j'ai dit pour l'acide urique, je le répéterai pour les autres substances qui pourraient exister dans le sang à côté de la glycose : elles ne sont pas, dans le sang normal, en quantité suffisante pour exercer leur action réductrice sur les solutions de Fehling. L'expérience que je viens d'indiquer me paraît décisive.

L'examen saccharimétrique ne peut fournir des résultats susceptibles d'infirmer les assertions que je viens d'émettre, car ce procédé d'analyse des sucres chez l'animal est très-inférieur à la méthode des liqueurs cupriques. En effet, s'il y a quelques substances animales susceptibles d'exercer sur les liqueurs cupriques la même action que les solutions glycosiques, il y en a un très-grand nombre qui jouissent du pouvoir rotatoire.

SUR LA DISTRIBUTION DES PHOSPHATES DANS LES DIFFÉRENTS ÉLÉMENTS DU SANG, par M. *L. Jolly*. — L'auteur conclut de ses expériences : 1° que les phosphates alcalins dominent dans la partie aqueuse du sang; 2° que tous les éléments contiennent une quantité variable de phosphate de fer, mais accumulé surtout dans les globules.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° Un travail manuscrit de M. le docteur *Lamarch*, intitulé : *Atômucénosie ou maladie des batteurs en grange*. — 2° Une lettre de M. le docteur de *Masquart*, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Congrès séricicole international* de Montpellier. — 3° Divers plis cachetés.

M. *le Président* annonce que MM. *Filhol* (de Toulouse), *Lecadre* (du Havre), et *Seux* (de Marseille), assistent à la séance.

M. *Tarnier* présente, au nom de M. le docteur *Siredey*, l'article PÉRITONITE extrait du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*.

M. *Gavarret* présente, au nom de M. *Badal*, un ouvrage de *Clinique ophthalmologique*.

M. *Bouley* présente, au nom de M. *Paul Bouley*, une thèse sur l'*Ostéomalacie*.

OSTÉOCLASTIE. — En présentant la thèse de M. le docteur Paul Bouley, M. *Bouley* rappelle que les analyses contenues dans ce travail démontrent que les assertions émises dans la dernière séance par M. Colin, sur la prédominance des sels calcaires dans les os des ruminants atteints d'ostéoclastie, sont inexactes.

M. *Colin* répond que le travail de M. Paul Bouley ne contient qu'un nombre limité d'analyses, et que celles-ci ont trait à l'*ostéomalacie* et non à l'*ostéoclastie*.

MELANEA PARAGUARIENSIS. — M. *Planchon* communique un court rapport sur un mémoire envoyé à l'Académie par la famille d'Aimé Bonpland.

Il résulte de ce rapport que l'illustre médecin voyageur avait eu l'occasion d'apprécier les propriétés thérapeutiques du *Melanea paraguariensis* dans certaines affections virulentes. Mais, comme ces propriétés n'ont pu être constatées en France, le rapporteur se borne à proposer à l'Académie de déposer le mémoire de Bonpland dans ses archives.

ACTION DES SELS PURGATIFS. — M. *A. Moreau* répond à quelques-unes des critiques qui lui ont été adressées dans la dernière séance par M. Colin.

Après avoir rappelé les résultats depuis longtemps acquis à la science, au sujet de l'action des sels purgatifs, M. Moreau décrivait dans son mémoire une expérience nouvelle qui consiste à ingérer un sel purgatif dans une anse intestinale, et à attendre, quelque temps après cette ingestion, pour placer dans cette anse un sel, le cyanure jaune de potassium et de fer, qui sert de témoin de l'absorption. L'expérience montre qu'alors il n'y a pas d'absorption, tandis que les liquides fournis par la sécrétion et l'exhalation de la membrane muqueuse continuent à affluer.

Ce résultat est contraire à l'idée qu'il se fait un double échange entre la solution saline d'une part, et, d'autre part, la partie aqueuse du sang; ce résultat est contraire, par conséquent, à la théorie de l'endosmose conçue comme supposant un double échange. Tout le mémoire de M. Moreau se réduit à ce point, et le fait nouveau peut être ainsi défini : La présence de sels tels que le sulfate de soude et de magnésie donne lieu à une absorption qui cesse bientôt, tandis que la formation des liquides par sécrétion et exhalation continue. M. Colin objecte que la membrane muqueuse n'est plus dans de bonnes conditions pour absorber et que les lésions survenues sont la cause de l'absence d'absorption.

Pour combattre cette affirmation sans preuve, M. Moreau se borne à dire que si la muqueuse n'absorbe pas, elle est cependant toujours capable d'absorber; il le démontre par une expérience dans laquelle, après avoir successivement injecté dans une anse intestinale d'un chien une solution de sulfate de magnésie ordinaire, puis une solution de cyanure de potassium, il retrouve ce dernier sel dans les urines de l'animal. D'où il conclut que l'absorption peut avoir lieu, même dans les conditions où M. Colin prétend que cette absorption ne pourrait se faire.

M. *Colin* répond que M. Moreau est aujourd'hui de son avis, puisque la note nouvelle que son collègue vient de lire a pour but de montrer que l'absorption peut se faire dans la muqueuse intestinale en même temps que la sécrétion et l'exhalation provoquées par le contact d'une solution saline injectée dans l'intestin. C'est précisément ce que M. Colin soutenait dans la dernière séance, contre M. Moreau, dont la première note, différente de celle d'aujourd'hui, avait pour but de montrer qu'il ne peut y avoir en même temps, dans l'intestin, un double courant d'absorption et d'exhalation.

INFLUENCE DES SOLANÉES VIREUSES. — Au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Béclard et Hérard, M. *Chatin* donne lecture d'un mémoire de M. le docteur Heckel, de Marseille, sur l'action des solanées vireuses en général et de la belladone en particulier.

M. Heckel, dans ce mémoire, a voulu élucider, par l'expérimentation, les conditions dans lesquelles se réalise l'immunité constatée, mais jusqu'ici inexpliquée, dont jouissent certains vertébrés à l'égard des poisons de ces plantes, ainsi que les phénomènes qui l'accompagnent. Le fait, pour ce qui concerne les rongeurs en général, et surtout le lapin et le cobaye, est connu depuis longtemps relativement à la belladone. M. Heckel a étendu l'expérimentation à plusieurs variétés du rat commun, et l'a fait porter non-seulement sur l'*atropa belladona*, mais encore sur les *hyoscyamus niger* et *albus*, ainsi que sur les *datura stramonium* et *tatula*.

Fort des résultats qu'il a obtenus, il se croit autorisé à affirmer que le lapin et le cobaye peuvent facilement être alimentés avec les feuilles et même avec les racines des solanées toxiques précitées sans en souffrir, et cela pendant un temps très-prolongé; que le rat supporte fort bien l'introduction des mêmes végétaux dans son régime ordinaire.

Pour ce qui est du lapin et du cobaye, l'immunité est telle, que M. Heckel a pu élever plusieurs générations et les faire reproduire en ne les nourrissant absolument, durant toute la belle saison, que de jusquiame, de belladone et de datura frais, et, durant l'hiver, de son mêlé par moitié avec de la poudre de feuilles ou de racines.

M. Heckel adopte la conclusion émise par M. Bouchardat dans son *Traité de matière médicale*, savoir : que les *solanées vireuses* agissent avec d'autant moins d'énergie sur les animaux que ceux-ci s'éloignent davantage de l'homme, conclusion à laquelle arrivait M. Chatin lui-même, il y a bientôt quarante ans, dans ses recherches physiologiques sur les animaux et les végétaux au moyen de l'acide arsénieux.

M. *Chatin* propose de déposer honorablement le mémoire de M. Heckel dans les archives et d'inscrire son nom parmi les candidats au titre de membre correspondant.

M. *Colin* dit qu'il a eu occasion de faire des expériences analogues sur des lapins qu'il a nourris avec un mélange de luzerne et de morelle. Il n'a pas vu se manifester le moindre accident chez ces animaux, même chez les individus les plus jeunes.

M. Colin inclinerait à expliquer le privilége d'immunité que possèdent les rongeurs relativement à l'influence toxique des solanées vireuses, par ce fait que les alcaloïdes végétaux sont généralement peu solubles et ont besoin, pour être transformés en substances solubles, de l'action des acides du suc gastrique. Or, chez les rongeurs, les aliments séjournent à peine dans l'estomac et passent très-rapidement dans l'intestin, d'où suit que les principes toxiques végétaux contenus dans ces aliments ne sont pas absorbés ou le sont avec une lenteur extrême et sont éliminés au fur et à mesure de leur absorption.

M. *Chatin* répond que les alcaloïdes végétaux se trouvent généralement, dans la nature, combinés avec des acides qui favorisent leur dissolution. Il ne pense pas que l'immunité dont jouissent les rongeurs à l'égard des solanées vireuses soit due à la rapidité avec laquelle ces substances sont entraînées dans le tube digestif sans être absorbées, car alors

on devrait les retrouver dans les résidus de l'alimentation, ce qui n'est pas, ainsi que le démontrent les résultats négatifs des recherches de M. Heckel. M. Chatin continue donc à considérer les rongeurs comme étant, par la nature de leur organisation, réfractaires à l'empoisonnement par les substances atropiques.

— La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Des érosions tuberculeuses du col et du vagin : MM. Cornil et Alfred Fournier. — Du goître constricteur : M. Gouguenheim.

M. *Cornil*, examinant une malade de son service atteinte de phthisie au troisième degré, qui se plaignait de douleurs très-vives dans le bas-ventre, constata au spéculum que le col était le siége d'une érosion superficielle peu étendue au niveau du méat : de plus, sur la partie latérale du col, sur la paroi vaginale existait une petite ulcération de un demi-centimètre de diamètre, à bords taillés à pic, à fond jaunâtre, sur laquelle se trouvaient trois petits points jaunâtres. Comme la malade présentait de plus les signes d'une pelvi-péritonite tuberculeuse, M. Cornil pensa que les érosions étaient de la même nature : ces érosions furent touchées avec de la teinture d'iode et guérirent assez rapidement.

Tout dernièrement M. Rigal, faisant une autopsie d'une tuberculeuse, trouva sur le col de l'utérus une série de points blanchâtres, très-rapprochés les uns des autres : les uns faisaient saillie, tandis que d'autres, au contraire, présentaient des ulcérations. Il s'agissait de granulations tuberculeuses, miliaires, tout à fait typiques, de la surface du col. Étudiant ces lésions histologiques, M. Cornil constata que le col, au lieu de présenter un revêtement de cellules pavimenteuses et aplaties ainsi que les autres caractères de la muqueuse normale, était couvert de petites saillies formées par des papilles libres à leur surface, et recouvertes d'une seule couche de cellules cubiques. Au point de la saillie de la granulation tuberculeuse, le relief papillaire avait disparu, il y avait un simple boursouflement formé par des cellules embryonnaires, lymphatiques, ainsi que sur les parties voisines légèrement enflammées. Sur toute cette région, le tissu était réticulé. Sur quelques points, au centre des érosions, on trouvait des cellules un peu plus grosses, de forme régulière et arrondie, analogues à de petites cellules géantes. En résumé, on trouvait une infiltration de toute la surface vaginale du col par des cellules ayant une forme sphérique et présentant ce qu'il y a de plus caractéristique dans la granulation tuberculeuse, c'est-à-dire de petites et de grandes cellules géantes.

M. Cornil a cité ces deux observations de granulations tuberculeuses du col à cause de la rareté de ces faits. M. Cornil a examiné un grand nombre de cols de tuberculeuses, principalement depuis le moment où son attention a été attirée sur ce point : il n'a jamais constaté de granulations semblables en dehors des deux cas qu'il vient de citer. On trouve fréquemment des ulcérations, mais non des granulations tuberculeuses présentant les caractères qu'il vient de décrire.

M. *Alfred Fournier* ne partage pas l'opinion de M. Cornil sur la rareté des granulations tuberculeuses du col chez les phthisiques. Souvent, en effet, examinant les malades de Lourcine, M. Fournier a trouvé des ulcérations indéterminées qui n'étaient ni des manifestations syphilitiques ni des chancres mous ; or, comme ces ulcérations se présentaient chez des phthisiques, M. Fournier s'était rattaché à cette idée que ces érosions étaient des ulcérations tuberculeuses. Il pense que chez les tuberculeuses il peut se produire des ulcérations tuberculeuses même au début de la phthisie. Si ces cas n'ont pas encore été signalés, c'est qu'ils échappent le plus souvent à l'observation, car ces érosions ne s'accompagnent pas toujours de douleurs. Ne peut-on pas comparer ces lésions du col avec celles qu'on observe sur la langue et que M. le professeur Trélat a décrites si justement sous le nom de points jaunes ?

— M. *Gouguenheim* présente un jeune homme de dix-neuf ans, atteint d'une tumeur du corps thyroïde provoquant un bruit de cornage très-accentué. Le malade, souffrant depuis longtemps d'une dyspnée progressive, ne s'était aperçu de son bruit de cornage que depuis un an. Ce bruit anormal croissait en intensité quand le malade faisait des efforts en montant des escaliers. La tumeur du cou n'était pas même soupçonnée par ce jeune homme qui n'en était pas incommodé et personne dans son entourage ne s'en était aperçu. L'examen des poumons, du cœur, du médiastin, du larynx (à l'aide du laryngoscope) ne révèle rien d'anormal dans ces organes. La voix est intacte.

La tumeur du cou, malgré son petit volume, est donc la seule cause de ce bruit de cornage. C'est cette dernière circonstance qui pour M. Gouguenheim rend le cas intéressant. Il faut en effet supposer qu'on est ici en présence d'un *goître constricteur*.

Dr Joseph Michel.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Du goître rétro-pharyngien et de son extirpation. — Variations de la température chez le nouveau-né. — Emploi de la bande d'Esmark pour remédier aux hémorrhagies après l'accouchement. — Des pansements antiseptiques.

M. *Trélat* donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Du goître rétro-pharyngien et de son extirpation*, par M. *Eugène Boeckel* (de Strasbourg), membre correspondant de la Société de chirurgie.

La malade, âgée de vingt-cinq ans, était atteinte d'une tumeur volumineuse de la partie droite du cou, en même temps qu'une autre tumeur rétro-pharyngienne gênait la déglutition. Le mal remontait à trois ans. En novembre 1878, la déglutition était difficile, mais la respiration restait libre. La tumeur du cou avait le volume d'une pomme, celle du pharynx le volume d'une noix ; la muqueuse pharyngienne conservait sa mobilité. Les deux lobes étaient fluctuants, sans battements ni expansion. Pas de douleur. Pas de fièvre. La tête est gênée dans ses mouvements. M. E. Boeckel diagnostiqua des kystes de la thyroïde. Une ponction exploratrice faite le 7 décembre donna issue à un liquide brunâtre ; la tumeur pharyngienne ne se vida point.

L'extirpation fut pratiquée le 9 décembre, en mettant en pratique la méthode de Lister. La malade fut endormie. Incision le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien droit ; les vaisseaux sont divisés entre deux ligatures au catgut. La poche est peu à peu attirée au dehors ; le kyste rétro-pharyngien est vidé et séparé facilement des parties voisines ; on applique un drain, et la plaie est suturée dans les quatre cinquièmes de son étendue.

Le kyste cervical avait l'aspect d'un morceau de placenta ; les parois du kyste pharyngien étaient plus minces. Recklinghausen a étudié la pièce et s'est assuré que les kystes sont constitués par du tissu thyroïdien. La malade était guérie le 6 janvier 1879.

— M. *Poinsot* (de Bordeaux) adresse une note sur la méthode antiseptique ; il est partisan du pansement de Lister, qui permet de tenter avec grandes chances de succès la réunion par première intention.

— M. *Prouff*, de Plouescat (Finistère), envoie une note sur les variations de la température chez le nouveau-né. Pen-

dant les deux ou trois premières heures de la vie, la température descend d'un degré par quart d'heure environ, depuis 37 degrés jusqu'à 34 degrés, et même 33 degrés; au bout de quelques heures, la température remonte graduellement. M. Prouff croit que cette donnée pourrait être utilisée pour le diagnostic de la mort réelle.

M. Prouff étudie dans un autre travail l'emploi de la bande d'Esmark pour remédier aux grandes hémorrhagies après l'accouchement. La bande élastique, appliquée sur un ou plusieurs membres, remplirait le rôle de la transfusion. Les quatre membres peuvent fournir aux viscères 400 à 500 grammes de sang. M. Prouff donne un exemple confirmatif de ces données.

M. *Berger* fait observer que ce moyen a été mis en usage en Allemagne sous le nom d'*auto-transfusion.*

— M. *Perrin*, en faisant sa communication, se proposait d'établir comparativement la valeur des deux pansements : le Lister et le pansement à l'alcool. Il avait laissé de côté, avec intention, le pansement de M. Alphonse Guérin.

Ce qui paraît le plus problématique dans la méthode de Lister, c'est l'action de la pulvérisation destinée à produire autour du blessé une atmosphère aseptique. Et comme M. Lister a été conduit à faire ces pulvérisations en vertu d'expériences qui lui ont paru concluantes, M. Perrin a voulu savoir si ces pulvérisations étaient réellement efficaces, et il a fait des expériences à son tour. M. Verneuil n'attache pas grande importance à ces pulvérisations; d'autres chirurgiens y ont également renoncé. Si vous ne voulez pas être des empiriques, il est indispensable de savoir ce que vous faites avec votre pulvérisateur. Eh bien! vos pulvérisations n'empêchent pas les fermentations et le développement des vibrions. Enfin, après quelques années, on en est encore à chercher un bon pulvérisateur.

Après avoir suivi la discussion, M. Perrin ne voit pas que le progrès réalisé soit aussi considérable qu'on l'a dit. En effet, sur 27 grandes amputations, M. Verneuil n'a fait que quatre fois le pansement de Lister; puis il l'a abandonné, et, chose extraordinaire, il n'y est pas revenu. M. Lucas-Championnière n'a pas encore publié sa statistique. M. Le Dentu a une statistique qui n'est guère encourageante : 19 opérations, 5 morts; il est vrai qu'il n'a point toujours pratiqué les pulvérisations. M. Guyon a été très-heureux; il n'a pas perdu un opéré. Tout cela réuni ne donne point un total brillant. On fait aussi bien avec les pansements à l'alcool. On ne peut pas dire qu'en dehors du pansement ouaté l'avenir des opérés est entre les mains des Listériens. La formule compliquée de Lister n'est point meilleure qu'une autre; M. Perrin est prêt à reconnaître que le Lister transformé en un simple pansement phéniqué est un excellent pansement, réunissant les deux qualités : antisepsie et simplicité d'exécution.

Le mode de réunion de la plaie n'est point dû à M. Lister. Ce chirurgien a apporté son cachet d'originalité dans le mode d'application du drain. Il met le drain perpendiculairement au membre et le coupe au ras de la plaie. M. Le Fort le met latéralement, non contre l'os, pour ne pas empêcher la réunion primitive de l'os avec les parties profondes.

L'alcool à 45 degrés ne cause pas de douleur; l'alcool pur est douloureux. L'acide phénique en solution au vingtième ou au quarantième est très-douloureux. M. Perrin n'emploie l'alcool pur qu'après l'opération, alors que le malade est encore endormi. M. Guyon admet que ces deux agents se valent pendant les premiers jours; mais il fait des réserves pour les plaies profondes et anfractueuses. C'est à cause de cela que M. Perrin a substitué les irrigations aux pansements alcoolisés, afin d'atteindre les parties profondes (toujours avec de l'alcool à 45 degrés). M. Guyon dit que les plaies sont macérées par l'alcool : c'est parce qu'il a employé de l'alcool à 90 degrés. Avec l'alcool à 45 degrés, le bourgeonnement est régulier et la plaie marche bien. Même à 25 degrés, l'alcool conserve ses propriétés antiseptiques. En employant l'alcool à 45 degrés et la réunion immédiate, comme la fait M. Lister, M. Guyon obtiendra des réunions par première intention.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

Recherches historiques sur les sensations : M. Pouchet. — Thromboses des vaisseaux rétiniens : M. Galezowsky. — Suppression de l'absorption intestinale pendant l'action des purgatifs : M. Armand Moreau. — Développement de l'oreille moyenne du cobaye : M. Gellé. — Anesthésie par le protoxyde d'azote sous pression : M. Bert.

M. *Pouchet* a recherché quelles étaient les idées des anciens sur les sensations déterminées par le contact des poissons électriques, tels que la torpille et le silure du Nil. Ces sensations, comme Adanson l'a nettement indiqué le premier, sont aujourd'hui assimilées à des commotions électriques. Mais les anciens les avaient comparées à des sensations toutes différentes. Excepté Averroès, qui avait avancé, d'ailleurs sans preuves, que leur cause est analogue à celle qui produit l'aimantation des barreaux de fer, tous les auteurs qui ont étudié ces poissons, qu'ils soient poètes ou médecins, Grecs ou Arabes, ne voient dans les effets produits sur l'organisme par l'attouchement de ces animaux qu'une sorte de refroidissement (Appien, Claudien), et Galien même range très-explicitement le silure parmi les agents réfrigérants. Cette interprétation si différente d'une sensation toujours identique à elle-même constitue un point intéressant de l'histoire de la sensibilité.

— M. *Galezowsky* a constaté la thrombose des vaisseaux rétiniens. Dans un premier cas, il s'agissait d'une oblitération de la veine à la suite de l'implantation d'un fragment d'acier dans la choroïde; dans le second, l'artère centrale s'était thrombosée à la suite d'une brûlure des paupières et du front par un jet de vapeur. Les lésions et les symptômes concomitants étaient identiques à ceux que l'on rencontre dans les cas d'embolie rétinienne. Mais la cause absolument locale, l'intégrité du cœur, doivent écarter l'idée de cette dernière lésion. Peut-être même, en dehors de circonstances étiologiques analogues, est-ce un tort de rapporter absolument à l'embolie certains cas d'oblitération de l'artère, alors que rien ne peut expliquer la formation et la migration d'un caillot. Des endartérites goutteuses, rhumatismales ou syphilitiques déterminant la thrombose rendraient mieux compte des phénomènes observés.

— M. *A. Moreau* a répété un grand nombre de fois et toujours avec un résultat identique l'expérience suivante : dans une portion d'intestin limitée par deux ligatures, il injecte chez un chien une solution de sulfate de soude et une heure après du cyanure de potassium. Dans ces conditions, ce dernier sel, qui est habituellement absorbé avec une extrême facilité, ne l'est pas même partiellement. Bien qu'il n'ait pas été recherché dans le sang et qu'un dosage précis n'ait pas permis de constater qu'il existait encore en quantité intégrale dans l'anse d'intestin où il avait été injecté, cette absence d'absorption peut être affirmée; car l'urine, où les plus faibles doses de cyanure de potassium sont si simples à déceler, n'en contient pas trace. A un moment donné de l'action des purgatifs, l'absorption cesse donc de se produire.

M. *Mathias Duval* émet l'avis que cette expérience a une portée considérable au point de vue de la physiologie générale. L'absorption, en effet, a été assimilée à l'osmose; mais l'osmose se compose toujours d'un double courant, l'un endosmotique, l'autre exosmotique. Dans le fait signalé par M. Moreau, un de ces courants fait absolument défaut. L'absorption

n'est donc pas un phénomène d'osmose; c'est une fonction en rapport avec la vitalité anatomique des éléments cellulaires.

— M. *Gellé* a étudié l'oreille moyenne de fœtus de cobaye sur des coupes faites par M. Mathias Duval. Le magma gélatiniforme que l'on y rencontre n'est, comme on l'a avancé, ni un produit pathologique, ni un produit de sécrétion normale. C'est un tissu contigu à la membrane tympanique, mais revêtu d'un épithélium pavimenteux qui laisse entre elle et lui une cavité virtuelle. Ce magma, au milieu duquel on distingue des vaisseaux et des nerfs, se rétracte peu à peu, laissant ainsi par sa disparition un espace qui n'est autre que celui de la caisse.

— M. *Regnard* expose, au nom de M. Bert, les résultats de la troisième opération faite avec l'anesthésie par le protoxyde d'azote sous pression. Il s'agissait d'une résection du nerf maxillaire supérieur; elle a été pratiquée par M. Péan en vingt minutes, sans que le malade ait souffert ou ait eu le moindre accident. Il s'est pourtant réveillé un instant au cours de l'opération; mais la cause de cet incident est des plus simples. En raison des points où portaient les incisions, on n'avait pu appliquer le masque dont on se sert habituellement pour les inhalations. L'outillage était imparfait, un simple tube portait dans la bouche le mélange gazeux, et un aide devait fermer les narines pour empêcher le malade d'aspirer de l'air pur. Le court réveil signalé s'est produit alors que l'aide distrait venait de laisser les narines ouvertes. Dès qu'elles ont été de nouveau oblitérées, l'anesthésie a été de nouveau parfaite. Il n'y a donc là qu'un défaut d'appareil auquel le temps seul a empêché de remédier, mais qu'il est facile de corriger. A une question de M. Budin, M. Regnard répond que la pupille lui a paru conserver des dimensions moyennes; il ne l'a pas assez observée pour affirmer qu'elle était contractée, mais il n'a vu à aucun moment de dilatation, comme on en voit dans l'asphyxie.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Nouveaux faits prouvant l'existence d'une albuminurie physiologique (*Nuovi fatti in prova della esistenza di una albuminuria fisiologica*), par M. le docteur Giorgio Marcacci.

La présence de l'albuminurie dans l'urine est considérée par la plupart des médecins comme l'indice d'un état pathologique, et cependant Bernard, Vogel, Holmann ont démontré que l'albuminurie peut se rencontrer chez des hommes dont la santé est parfaite et dans certaines conditions d'alimentation. L'usage exagéré de blancs d'œufs n'est qu'une des conditions de cette sorte d'albuminurie physiologique. Il est assez difficile de démontrer que la présence de l'albumine n'est liée ni à un état morbide, ni à un régime spécial; en outre, il existe un certain nombre de causes d'erreur : dans les recherches, il ne s'agit, en effet, que de traces d'albumine; or, le sang, le pus, le mucus provenant de l'urèthre, de la vessie, du vagin, de la prostate ou des vésicules séminales, le sperme ou le liquide prostatique peuvent eux-mêmes constituer une cause d'erreur lorsqu'ils se mélangent à de l'urine. Cependant, suivant M. G. Marcacci, une série d'observations faites sur lui-même lui a prouvé que l'on peut retrouver l'albumine dans une urine physiologique. L'albumine, dit-il, manque constamment dans l'urine de la nuit; au contraire, elle est très-rarement absente dans l'urine du jour; il est possible de faire apparaître l'albumine dans l'urine du jour en exécutant des mouvements de rotation du bras pendant dix à quinze minutes, de façon que le pouls s'élève de 75 à 115 pulsations par minute.

Ces résultats sont, en quelque sorte, confirmatifs des recherches faites par Leube à Erlangen, en 1877; et celles-ci sont assez peu connues pour qu'il y ait intérêt à les résumer. Leube a entrepris ses études sur des soldats de la garnison d'Erlangen, et s'est entouré des précautions nécessaires pour ne pas faire d'observations sur des soldats atteints de blennorrhagie. La méthode de recherches fut la suivante : l'urine fraîche était filtrée, et une certaine quantité était portée à l'ébullition, l'autre traitée par l'acide nitrique; toutes deux étaient comparées à l'urine intacte, sur une plaque noire. Dans l'urine troublée on ajoutait un peu d'acide acétique pour précipiter le dépôt. Ce précipité était lavé et traité par le réactif de Millon, et un autre essai était fait avec la solution de potasse et ensuite le sulfate de cuivre à chaud; lorsque l'on obtenait la couleur rouge pourpre ou violette avec le réactif de Millon, ou bien la couleur violette avec la potasse, l'urine était considérée comme albumineuse.

Leube a examiné l'urine de la nuit sur 119 soldats; le nombre d'observations est de 154, qui se divisent ainsi qu'il suit : sur 90 soldats on examina une fois, sur 23 on fit deux recherches en deux jours différents, et 6 furent examinés trois fois à trois jours d'intervalle; bref, sur 154 urines de la nuit, on en trouva seulement une petite quantité dans 5 cas et dans 1 cas une proportion notable.

Les recherches pratiquées sur l'urine sécrétée pendant la journée, après l'exercice militaire, et dans les mois de juin, juillet, août, ont donné des résultats très-différents. En effet, chez les 5 soldats qui avaient présenté de l'albumine dans l'urine de la nuit, on en retrouva en quantité plus grande, et de plus on retrouva de l'albumine chez 18 soldats qui n'en avaient pas présenté dans la nuit.

En rapportant à 100 la fréquence de l'albumine dans ces observations, on trouve que l'urine du matin était albumineuse chez 5 soldats sur 119, soit chez 4,2 pour 100; celle du milieu de la journée était albumineuse chez 19 soldats sur 119, soit chez 16 pour 100; l'urine du jour était seule albumineuse chez 14 soldats sur 119, soit 11,8 pour 100; enfin l'urine du matin et celle du milieu du jour étaient également albumineuses chez 5 soldats sur 119, c'est-à-dire chez 4,2 pour 100.

Ajoutons que la quantité de l'albumine dans les urines les plus chargées de cette substance était de 37 à 38 milligrammes pour 100. Tels sont les faits qui semblent prouver la possibilité de l'albuminurie dans l'état physiologique. (*Littura alla Societa m. f. Fiorentina*, 12 maggio 1878, in l'*Imparziale*.)

De l'absorption de quelques médicaments par le placenta et de leur élimination par l'urine des enfants nouveau-nés, par M. le docteur Porak.

L'étude des échanges inter-utéro-placentaires, si obscure encore et cependant si importante sous le rapport de la pathogénie fœtale et de la thérapeutique, a fourni à M. Porak le sujet d'un mémoire intéressant et dont nous croyons utile de résumer les faits les plus saillants, surtout ceux qui ont directement trait à la pathologie de la femme pendant la grossesse.

1° *Absorption des médicaments par le placenta.* — L'iodure de potassium, le chloroforme, l'acide salicylique, le salicylate de soude, le prussiate jaune de potasse, le chlorate de potasse, le bromure de potassium, le sulfate de quinine, la santonine, l'essence de térébenthine, le sel de nitre, passent tous par le placenta. Il a été impossible de retrouver les substances ci-dessous, sans cependant ajouter trop d'importance à ce résultat négatif: asperges, rhubarbe, mercure, iodure de fer, acide chrysophanique; l'auteur croit devoir incriminer et la dose trop faible et le peu de précision de la recherche. Il conclut: « Tout médicament prescrit à une dose assez forte à une parturiente a été retrouvé dans l'urine du nouveau-né.

Rien ne démontre donc que le placenta soit un filtre imperméable à certaines substances.

» La quantité de substance qu'on doit administrer à la mère pour qu'il y ait passage à travers le placenta est variable. En conséquence la loi d'absorption par le placenta n'est pas la même pour tous les médicaments. La durée du passage des agents thérapeutiques à travers le placenta est variable. La loi d'absorption placentaire quant à la quantité de médicament absorbée, quant à la rapidité de l'absorption, est cependant toujours la même pour un même médicament. »

Mais quelle proportion de la substance administrée à la mère passe par le placenta? Pour M. Porak elle est extrêmement variable, mais, on peut le dire, en général très-faible. M. Porak n'a pas pu établir d'une manière exacte comment se fait l'absorption par le placenta.

2° *Elimination des médicaments par l'urine du nouveau-né.* — La réaction obtenue dans l'urine rendue quelque temps après la naissance est toujours plus intense que dans celle rendue tout d'abord. Il paraît résulter de là, dit M. Porak, que pendant la vie intra-utérine le placenta sert d'organe d'élimination.

Dans la grande majorité des cas l'élimination se fait plus lentement par l'urine du nouveau-né que par l'urine de la mère; cet état est d'autant plus prononcé que l'enfant est plus rapproché de sa naissance, et ce fait paraît être en rapport avec les modifications rapides que subit le rein dans les premiers instants de la vie extra-utérine.

3° *Conséquences thérapeutiques.* — Comme la première conclusion, les médicaments administrés à la mère au moment du travail sont plus dangereux pour le produit qu'aux autres époques de la grossesse.

Les recherches de M. Porak, quoique bien dirigées, quoique prouvant bien que le placenta absorbe, et que par conséquent il peut y avoir une thérapeutique fœtale, ne nous éclairent pas encore sur les moyens à employer pour constater l'action des médicaments administrés à la mère dans le but d'agir sur les fonctions du fœtus. M. Porak a auscullé le cœur du fœtus après l'absorption de l'acide salicylique et du sulfate de quinine, et il n'a pu constater aucune modification. (*Archives de tocologie*, décembre 1878, p. 705, et in *Journal de thérapeutique*, novembre.)

De l'emploi de l'huile de Gabian (pétrole brut) comme usage interne dans les affections des voies respiratoires, par M. le docteur René Blache.

M. René Blache conseille l'emploi du pétrole brut à l'intérieur dans différentes affections de poitrine; il a été conduit à cette opinion par divers cas dont nous allons donner le résumé :

Un raffineur de pétrole distribuait gratuitement ce corps à l'état brut aux malades du voisinage atteints d'affections des voies respiratoires et ceux-ci étaient soulagés. En même temps on constatait que des jeunes gens arrivés à une période avancée de la tuberculose pulmonaire éprouvaient une amélioration notable au bout de très-peu de jours de séjour dans l'usine, même en faisant un travail pénible.

Le pétrole brut est facilement toléré par l'estomac; pendant les premiers jours il y a quelques nausées, parfois des vomissements, mais ces accidents disparaissent toujours facilement au bout de peu de jours. Cependant nous pensons avec M. Blache qu'il vaut mieux masquer l'odeur qui est fort désagréable. Il a institué des expériences, surtout dans les affections à forme catarrhale avec sécrétion abondante, dans le service de M. Millard; nous donnons le sommaire des effets déjà constatés:

Dans la bronchite chronique, diminution de la toux et de l'expectoration. Amélioration de la dyspnée habituelle dans l'asthme, cependant M. Blache n'a pas encore eu l'occasion de donner le pétrole au moment d'un accès. Dans la bronchite aiguë l'huile de Gabian a toujours amené une guérison beaucoup plus rapide de la maladie. Il lui a semblé avoir de bons résultats dans la tuberculose pulmonaire, où il y avait diminution de la sécrétion; mais sous ce rapport l'enquête lui paraît beaucoup trop incomplète pour pouvoir signaler les résultats.

La dose ordinaire d'huile de Gabian à prescrire à un adulte est de deux ou trois cuillerées à café chaque jour, peu de temps avant les repas. (*Bull. génér. de thérapeutique*, 18e année, 11e livraison, 15 décembre 1878, p. 489.)

Méningite aiguë traitée par l'iodure de potassium à haute dose, guérison; par M. le docteur Rodet.

Le fait suivant de méningite guérie nous a paru digne de fixer l'attention.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans qui contracta une méningite très-aiguë (fièvre, vomissements, délire, insomnie, cris, pupilles dilatées). Traitement par les antispasmodiques et les calmants. Au bout de deux jours l'état s'est aggravé: perte de connaissance, la constipation est opiniâtre, monoplégie du membre supérieur droit. La mort semblait imminente; on continua l'usage des antispasmodiques et on prescrivit: 1° un cautère volant à la nuque; 2° 3 grammes d'iodure de potassium à faire prendre en vingt-quatre heures. Le lendemain il y eut une amélioration légère, surtout dans les phénomènes intellectuels; même état de la paralysie; un lavement purgatif a amené une évacuation abondante. L'amélioration fit des progrès sensibles, la paralysie commença à diminuer le troisième jour de l'emploi de l'iodure de potassium; le huitième elle avait complétement disparu et la malade était en convalescence. Le traitement fut continué, l'iodure porté le deuxième jour à 4 grammes, le troisième à 5 grammes, et continué à cette dose jusqu'au huitième, puis progressivement diminué.

Nous avons voulu mentionner ce fait parce que tout ce qui se rapporte au traitement d'une affection aussi terrible que la méningite mérite d'attirer l'attention du médecin. M. Rodet fait suivre son observation d'un certain nombre de cas guéris par l'iodure de potassium et cite l'opinion de Fonssagrives qui vient corroborer la sienne. Mais il nous paraît qu'avant de compter sans restriction sur l'efficacité de l'iodure de potassium, il est bon de faire quelques remarques : 1° Dans le cas de M. Rodet s'agissait-il d'une méningite tuberculeuse? La soudaineté des accidents, leur acuité même permet jusqu'à un certain point de croire qu'on a peut-être eu affaire à une méningite franche d'un pronostic plus favorable; 2° Dans cette observation, en *même temps* qu'on a employé l'iodure de potassium, on a appliqué un cautère à la nuque et dans toutes les observations, qu'il analyse ou mentionne d'après Fonssagrives, Bourrousse de Laforre, Coldstream, Le Roy de Méricourt, Rob Turner, nous voyons toujours le traitement révulsif mis en usage simultanément avec l'administration de l'iodure de potassium. Dès lors, quelle est la part qui revient à l'iodure de potassium, quelle est celle qu'il faut attribuer aux révulsifs? Cependant le nombre considérable de cas de guérison mentionnés par M. Rodet mérite une attention sérieuse, et dans une affection aussi souvent désespérée, dès le début nous n'hésiterions pas à conseiller de l'essayer au moins pour juger la question. Ajoutons que l'iodure de potassium doit être employé à haute dose. (*Lyon médical*, 10e année, 1878, n° 52, p. 611.)

BIBLIOGRAPHIE

Fragments de philosophie médicale, leçons d'introduction aux études cliniques; discours et notices, par M. le docteur Ch. Schutzenberger, professeur de clinique à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. in-8. — Paris, G. Masson. Prix : 10 francs.

Fragments d'études pathologiques et cliniques, 1 vol. in-8 avec planches chromolithographiées, par le même. — Paris, G. Masson. Prix : 15 francs.

(Fin. — Voyez le numéro 15.)

Le second volume publié par M. Schützenberger reproduit quelques fragments d'études pathologiques et cliniques sur divers sujets spéciaux, neufs, intéressants ou à l'ordre du jour à l'époque de leur publication. « La science, dit l'auteur, a marché depuis. Plus d'un point de vue théorique acceptable alors ne le serait plus aujourd'hui. Si néanmoins j'ai cru devoir réunir et réimprimer ces produits de mon passé, c'est qu'il m'a semblé que des faits consciencieusement observés avaient une valeur propre qu'ils conservent en dehors de toute interprétation théorique. » Une publication de ce genre a un autre intérêt. Elle permet de juger les mérites d'un enseignement clinique; elle établit les droits de priorité d'un professeur dont les titres à l'estime du monde savant n'ont été, sinon connus, du moins appréciés avec justice que par ses anciens élèves. M. Schützenberger a, en effet, le droit de le proclamer avec un légitime orgueil. C'est à sa clinique et sous sa direction qu'ont été entreprises les premières recherches sérieuses sur la thermométrie clinique, sur la spirométrie, sur la syphilis cérébrale, sur les rapports qui peuvent exister entre les maladies du cœur et les processus emboliques. C'est lui qui, le premier en France, conseilla et fit pratiquer sous ses yeux une opération d'ovariotomie et encouragea son élève Kœberté à entreprendre les recherches qui devaient lui donner bientôt de si brillants succès; c'est à lui que l'on doit d'intéressantes études sur l'urémie, sur la périostite phlegmoneuse, sur le traitement de la syphilis constitutionnelle, etc., etc. Quand un professeur a inspiré ou écrit lui-même de semblables travaux, il fait bien de les réunir, de les éditer de nouveau, et lorsqu'il dédie cette nouvelle édition à ses anciens élèves, il leur donne un témoignage d'affectueuse estime, dont, à leur tour, ils sont en droit de se montrer fiers. Quelques-uns de ces travaux sont reproduits dans ce second volume. Ceux que M. Schützenberger n'a pu faire imprimer remplissent les colonnes de la *Gazette médicale de Strasbourg*, où ses comptes rendus cliniques sont et seront toujours utiles à consulter.

Il eût été certainement intéressant, à propos de chacun des chapitres de cet ouvrage, d'établir, dans un appendice, quels ont été, depuis l'époque où ils ont été publiés, les progrès accomplis, de faire voir comment des faits bien observés résistent à l'épreuve du temps et méritent toujours l'attention. Une œuvre de ce genre eût été longue et difficile. Aujourd'hui, d'ailleurs, ce que l'on recherche surtout, ce que demandent les élèves, ce qui intéresse les maîtres, ce sont ou bien des résumés tout à la fois complets, courts et précis, bien au courant des recherches modernes, ou bien des faits nouveaux, plus souvent encore histologiques que cliniques. On ne croit plus avoir assez de temps pour étudier, en se plaçant au point de vue historique, comment s'est peu à peu fondée une doctrine, et ce qu'il a fallu d'observations sérieuses pour arriver à une conclusion à peu près définitive. Et cependant nous sommes persuadé que ce livre, tel qu'il est, bien qu'il ne reproduise que des travaux déjà anciens, ne saurait être lu sans un grand profit.

Il débute par une étude historique, critique et clinique sur l'hystérie. M. Schützenberger a été l'un des premiers à prouver que les accès convulsifs pouvaient être provoqués par l'excitation ovarique déterminée par une compression profonde exercée au niveau des régions iliaques. Il a démontré que ces excitations locales, qui deviennent la cause organique des accidents hystériformes, peuvent partir de divers foyers, et que la compression exercée au niveau des apophyses épineuses dorsales ou même au point d'émergence de certains nerfs hyperesthésiés est parfois aussi efficace pour provoquer les crises hystériques que la compression pratiquée dans la région ovarique. Il n'est point jusqu'aux accidents hystériques observés chez l'homme qui ne se trouvent mentionnés dans cet article écrit en 1846.

Quelques années plus tard (1850) paraissait une étude sur la syphilis cérébrale. A cette époque, c'est-à-dire plusieurs années avant l'ouvrage classique de MM. Gros et Lancereaux, M. Schützenberger affirmait l'existence des localisations syphilitiques du côté du système nerveux. Non-seulement il la démontrait cliniquement, mais encore il en prouvait la curabilité. Nous recommandons à tous ceux qui nient l'efficacité du traitement de la syphilis par la méthode des frictions mercurielles une lecture attentive des deux mémoires que M. Schützenberger a consacrés à cette étude. « Toutes les fois, dit-il, que j'ai pu faire accepter, dès le début de la syphilis constitutionnelle, la médication proposée, je n'ai eu qu'à m'en féliciter. La guérison, en général, était rapide, et les récidives se comptent facilement, car elles représentent l'exception. J'ai suivi un grand nombre de mes anciens malades pendant dix, vingt et trente ans; beaucoup d'entre eux sont aujourd'hui presque des vieillards, des pères et des grands-pères; leur santé et celle de leurs enfants est restée excellente. Je m'inscris donc absolument en faux contre l'assertion désolante de l'incurabilité de la syphilis constitutionnelle. » Nous avons pu suivre, pendant notre internat à l'hôpital de Strasbourg, quelques-uns des malades, qui furent traités rationnellement et méthodiquement par les procédés que préconise notre savant maître. Depuis cette époque nous avons eu deux fois déjà l'occasion de voir un succès *définitif* couronner des efforts tentés dans le même sens. Nous sommes persuadé que tous ceux qui suivront *rigoureusement* les préceptes indiqués par M. Schützenberger arriveront aux mêmes résultats. Il n'est pas inutile de l'affirmer, alors que l'on voit encore un si grand nombre de médecins nier l'efficacité du traitement méthodique de la syphilis, et plus de malades encore hésiter à s'y soumettre.

M. Schützenberger a cité à la fin de ce volume une liste de thèses qui lui ont été dédiées, et dont les sujets ont été empruntés à la clinique médicale de la Faculté de médecine de Strasbourg. Nous pensons ne pas nous tromper en considérant cette liste comme très-incomplète. Il ne nous est point aisé de la vérifier; mais nous conservons le souvenir de thèses consacrées à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, et nous savons d'ailleurs que cette médication, employée par notre maître en 1868 et 1869, alors que, répétiteur à l'École militaire de Strasbourg, nous pouvions de temps à autre assister à ses cliniques, a été pour lui l'occasion de leçons des plus intéressantes. On trouvera dans le livre que nous analysons un compte rendu clinique écrit en 1855, qui contient à bien des égards un grand nombre de documents importants. Au point de vue du traitement de la fièvre typhoïde, M. Schützenberger résume dans les termes suivants l'opinion qu'il s'est faite après de nombreuses tentatives : « La médication réfrigérante directe est à la fois la plus sûre et la plus efficace des méthodes employées contre la *fièvre* dans le traitement de la maladie typhoïde dothiénentérique. Les lotions fraîches répétées peuvent suffire quand la température ne dépasse pas 38°,5. Quand la température arrive à 39 degrés, les enveloppements froids ou les bains sont indiqués. Les bains sont préférables aux enveloppements quand on peut les employer avec suite et facilité. Les bains froids ne sont pas indispensables; ils ne sont même pas sans inconvénients; ils effrayent et sont mal accueillis par la plu-

part des malades. Je les ai vus produire des inflammations graves des organes respiratoires. Un cas de mort consécutive à une pleurite contractée à la suite de l'emploi d'un bain froid chez un typhoïde m'a fait expérimenter de préférence les bains tièdes. Les bains tièdes de 27 à 30 degrés, avec une température de 10 degrés au-dessous de celle du corps malade, sont parfaitement suffisants pour produire un abaissement régulier de la température fébrile et pour la maintenir aux environs de 39 degrés. » M. Schützenberger résume ensuite les préceptes qu'il a donnés pour le traitement des typhoïdiques, et il affirme que ces préceptes ont produit un abaissement remarquable du chiffre de la mortalité des malades atteints de fièvre typhoïde, et qu'ils ont presque complétement arrêté, dans ses salles, les manifestations cérébro-spinales graves de la maladie. Nous n'avons pas hésité à reproduire presque textuellement ce résumé d'une longue expérience. On pourra le discuter, opposer à ces observations si consciencieuses cependant des observations qui pourraient conduire à d'autres conclusions. On ne pourra s'empêcher de reconnaître qu'à la clinique de Strasbourg les méthodes thérapeutiques que l'on prône souvent comme nouvelles et peu connues avaient été sérieusement étudiées.

Les planches chromolithographiées qui ornent ces ouvrages, et qui sont dues à MM. Villemin et Kœberlé, autrefois élèves de M. Schützenberger, aujourd'hui maîtres éminents et incontestés, attestent le soin avec lequel les observations intéressantes étaient recueillies à la Faculté de Strasbourg. Elles éclairent les résultats de diverses autopsies qui suffiraient à établir l'intérêt des cliniques où elles ont été faites, si tant d'autres mémoires importants n'en avaient pas affirmé la valeur. Ces planches représentent des infarctus viscéraux consécutifs à des embolies artérielles et plusieurs lésions cardiaques ou vasculaires. Est-il encore nécessaire de rappeler à ce sujet que le mémoire de M. Schützenberger sur « l'oblitération subite des artères par des corps solides ou des concrétions fibrineuses détachés du cœur ou des gros vaisseaux à sang rouge » est le premier travail complet qui ait fait connaître en France la pathogénie du processus embolique? Ce mémoire avait été, dès l'année 1857, présenté à l'Académie de médecine. Mais dix années auparavant (*Gazette médicale de Paris*, 1847), dans une observation de gangrène dite spontanée, le clinicien de Strasbourg avait fait remarquer les rapports qui peuvent exister entre l'arrêt de la circulation dans les artères des membres et les lésions de l'orifice mitral.

Nous pensons en avoir dit assez pour motiver la conclusion que déduiront de la lecture des deux ouvrages tous ceux qui s'intéressent aux études cliniques. Notre cher et savant maître a hésité quelque temps avant de reproduire, tels qu'ils avaient été publiés jadis, les mémoires et les leçons cliniques écrits pour ses élèves. C'est après avoir pris l'avis de plusieurs d'entre eux qu'il s'est décidé à imprimer ces deux volumes. Nous espérons qu'il ne le regrettera point. Nous lui gardons, depuis bien des années, le souvenir le plus reconnaissant et le plus respectueux; tous ses anciens internes partagent ce sentiment, et nous sommes convaincu que tous ceux qui liront sérieusement ces deux volumes ne nous accuseront point de partialité envers un maître que plusieurs générations d médecins ont appris à vénérer comme l'un des premiers cliniciens, comme l'un des professeurs les plus consciencieux de notre siècle. Un mot encore. Ces deux volumes seront vendus au profit de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin. En publiant un ouvrage aussi savant qu'il est et restera toujours utile, M. Schützenberger a voulu faire une bonne œuvre; les anciens élèves de l'Ecole de Strasbourg et tous ceux qui savent honorer le talent, le patriotisme et la charité professionnelle, lui prouveront que sa généreuse pensée a été bien comprise.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Il résulte d'un arrêt rendu par la Cour de Paris que le médecin qui se trompe sur la nature de la substance employée comme médicament commet une imprudence non couverte par l'erreur originaire du pharmacien ayant livré une substance pour une autre. En conséquence, le médecin est, comme le pharmacien, coupable d'homicide par imprudence si le malade a succombé à l'ingestion de la substance administrée.

Cette question intéressante vient d'être tranchée dans des circonstances de fait que relève un arrêt de la Cour de Paris dont nous résumons les principaux considérants :

La Cour... considérant qu'à la date du 30 mai 1878, B..., jardinier à Avallon, est décédé dans cette ville à la suite d'un traitement que lui avait prescrit le docteur L...;

Qu'il résulte de l'instruction et des débats que cette mort doit être attribuée à l'action toxique d'une infusion d'écorce de fausse angusture vendue pour de l'écorce de racine de grenadier, par le pharmacien R... au docteur L... qui avait prescrit cette infusion comme remède à B... après l'avoir préparée lui-même;

Considérant que le fait d'avoir vendu pour de la racine de grenadier une substance qui, suivant les constatations de l'expertise, recèle de la brucine, constitue à la charge de R... une faute qui engage sa responsabilité d'une manière d'autant plus grave qu'elle a eu pour résultat d'induire en erreur le docteur L..., et a ainsi été la première cause du malheur qui leur est justement reproché;

Que, de son côté, le docteur L..., usant des immunités de la loi du 21 germinal an XI, assume dès lors les responsabilités qui en dérivent sans pouvoir en rejeter la charge sur le pharmacien, son vendeur, dont la faute ne peut le dégager complétement des conséquences de sa propre imprudence; *que cette imprudence a consisté à ne pas s'assurer de la nature du médicament dont il est devenu détenteur, et qu'il a préparé lui-même pour en faire l'objet de son ordonnance ;*

. . . .

A la suite de ces considérants, la Cour ayant acquis la conviction que si la fausse angusture présente, il est vrai, d'assez grandes analogies avec l'écorce de racine de grenadier, cependant le docteur L... aurait dû constater lui-même les différences qui existent entre ces deux substances, d'autant plus qu'il s'était aperçu de l'odeur inaccoutumée que présentait l'infusion qu'il avait préparée;...

... Par ces motifs, élève à 200 francs l'amende prononcée contre le docteur L..., condamne R..., pharmacien, à quinze jours d'emprisonnement et maintient contre lui la peine de 200 francs d'amende.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — PROGRAMME DES QUESTIONS MISES AU CONCOURS.

1878-1880. — « Faire l'histoire des rétrécissements du canal de l'urèthre chez l'homme, au triple point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la valeur relative des différents traitements préconisés. » — Prix : une médaille de 800 francs. Clôture du concours : 1er janvier 1880.

« Elucider l'histoire des maladies des centres nerveux, et principalement de l'épilepsie. » — Prix : 5000 francs. Clôture du concours : 1er avril 1880.

1879-1880-1881. — « Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. » — Prix : une médaille de 1000 francs. Clôture du concours : 15 juillet 1880.

« Faire une étude comparative du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la cachexie ossifrage — étiologie, symptomatologie, nature et traitement — chez les animaux domestiques, et joindre autant que possible à la réponse des pièces d'anatomie pathologique, à l'appui des opinions qui seront établies (question reprise du précédent programme) ». — Prix : une médaille de 800 francs. Clôture du concours : 1er mai 1881.

1879-1882. — « Déterminer la nature de l'influence de l'innervation sur la nutrition des tissus. » — Prix : une médaille de 1000 francs. Clôture du concours : 1er janvier 1882.

Conditions des concours. — Les mémoires inédits et anonymes

doivent être lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, et adressés, *francs de port*, dans les formes académiques, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Prix de 300 *francs*. — L'Académie se réserve de décerner chaque année, *en dehors de ses concours*, deux prix de 300 francs chacun aux auteurs de deux des mémoires manuscrits, relatifs aux sciences médicales, qui lui auront été soumis.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret du 12 avril 1879, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Brouardel, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de médecine légale à ladite Faculté.

— Par décret du 12 avril 1879, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Laboulbène, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Grégory (Walter), né le 15 février 1854, à Caudéran (Gironde), est nommé prosecteur à cette Faculté.

— Sont chargés des fonctions de maître des conférences à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie : M. Périer, chargé des fonctions d'agrégé à ladite Faculté (conférences de toxicologie) : M. Carles, chargé des fonctions d'agrégé à ladite Faculté (conférences de chimie et de pharmacie).

— M. Négrié, docteur en médecine, est chargé d'un cours annexe de clinique médicale des maladies des enfants, et M. le docteur Bitot, d'un cours annexe de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. Audrain (Armand-Maurice) est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Barbin, démissionnaire.

— M. Bellouard (Victor) est nommé second aide d'anatomie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes (emploi nouveau).

ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de sciences naturelles s'ouvrira, le 3 novembre 1879, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS. — La chaire de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers prend le titre de *chaire de chimie et de toxicologie*. La chaire d'histoire naturelle et de matière médicale de la même Ecole prend le titre de *chaire d'histoire naturelle*. La chaire de pharmacie et toxicologie prend le titre de *chaire de pharmacie et matière médicale*. La chaire de thérapeutique prend le titre de *chaire d'hygiène et thérapeutique*.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Un concours s'ouvrira le 15 octobre 1879, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour un emploi de chef des travaux anatomiques. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ARRAS. — La chaire d'histoire naturelle et matière médicale de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras prend le titre de *chaire de pharmacie et matière médicale*. La chaire de chimie et pharmacie de la même Ecole prend le titre de *chaire de chimie et toxicologie*.

Il est créé à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras : 1° une chaire d'*hygiène et thérapeutique;* 2° une chaire *d'histoire naturelle.*

— Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras : Professeur d'anatomie : M. Leprieur, suppléant et chef des travaux anatomiques. Professeur de physiologie : M. Leclercq, professeur adjoint. Professeur de pharmacie et matière médicale : M. Ségard, professeur adjoint. Professeur d'histoire naturelle : M. Lobert, suppléant. Professeur de chimie et toxicologie : M. Gossart, professeur.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — La chaire d'histoire naturelle et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes prend le titre de *chaire d'histoire naturelle*. La chaire de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie prend le titre de *chaire de chimie et toxicologie*. La chaire de pharmacie prend le titre de *chaire de pharmacie et matière médicale*. La chaire de thérapeutique prend le titre de *chaire d'hygiène et thérapeutique*.

EAUX MINÉRALES. — Par décision du ministre de l'agriculture et du commerce en date du 25 mars 1879, le docteur Regnault (Paul), médecin-consultant aux eaux de Bourbon-l'Archambault (Allier), vient d'être nommé médecin-inspecteur de ces eaux à la place du docteur Périer, démissionnaire.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Conférences cliniques sur les maladies de la peau.* M. le docteur Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, commencera ces conférences le jeudi 24 avril 1879, à 8 heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. (Salles Henry IV et Saint-Louis.)

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES. — M. le docteur Dareste, directeur du laboratoire de toxicologie à l'Ecole des hautes études, commencera ses conférences d'embryogénie normale et tératologique le mardi 22 avril, à quatre heures; il les continuera les mardi, jeudi et samedi à la même heure, dans son laboratoire.

MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE. — M. le docteur H. Picard commencera le mardi 22 avril, à cinq heures, à son dispensaire, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera de l'affection calculeuse, de la lithotritie et des rétrécissements de l'urèthre.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 3 au 10 avril 1879, on a constaté 1185 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 29. — Rougeole, 42. — Scarlatine, 3. Variole, 27. — Croup, 15. — Angine couenneuse, 24. — Bronchite, 65. — Pneumonie, 98. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 11. — Erysipèle, 11. — Autres affections aiguës, 255. — Affections chroniques, 524 (dont 220 dus à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 48. — Causes accidentelles, 26.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 24 avril 1879

Académie de médecine: DES SELS PURGATIFS : M. MOREAU.

Le mode d'action des purgatifs devrait être l'un des phénomènes de physiologie pathologique les mieux connus, si l'usage thérapeutique pouvait suffire à nous renseigner à cet égard, mais il n'est point de sujet plus propre à nous montrer combien il est difficile de se rendre compte des effets médicamenteux qui semblent les plus simples et qui, observés depuis l'origine de la médecine, sont en quelque sorte des phénomènes soumis à l'expérience quotidienne.

L'action des purgatifs en général a été expliquée par trois théories différentes : suivant l'une, le purgatif agirait comme excitant direct des mouvements de l'intestin ; suivant une autre, il agirait comme liquide osmotique et par conséquent en vertu de lois physiques ; enfin, suivant une troisième théorie, les purgatifs agissent sur la sécrétion de la muqueuse en provoquant l'exsudation, l'hypercrinie.

Quel que soit le médicament purgatif employé, il y a lieu de rapporter son action à l'une des trois théories précédentes, et de nombreuses recherches ont tour à tour mis en relief des arguments en faveur de l'une ou l'autre d'entre elles.

A les examiner rapidement, on s'aperçoit tout de suite que chacune d'elles repose sur des faits indéniables, et que, dans l'étude de l'action des purgatifs, il faut tenir compte de l'action musculaire péristaltique, des phénomènes de l'osmose, et de l'hypersécrétion, ou hypercrinie, de la muqueuse et de ses glandes.

La théorie de la contraction musculaire est née d'une observation superficielle; suivant elle, le purgatif excite les contractions de la tunique musculaire. Cette théorie a été remise en honneur par Thiry, et plus tard par Radjenski, qui ont invoqué l'action des muscles lisses de l'intestin, celle des vaisseaux, pour expliquer l'hypersécrétion, qui devenait alors une accumulation de sérosité par défaut d'absorption. Malgré certains faits expérimentaux qui semblent l'appuyer, rien n'est moins démontré que l'existence constante et prédominante de ces contractions intestinales. Legros et Onimus, en effet, ont constaté que lorsqu'on purge un chien, avec les sels de magnésie, les mouvements péristaltiques seraient plutôt diminués.

Il ne reste, en définitive, comme argument en faveur de cette doctrine que les sensations de contractions intestinales éprouvées par quiconque subit l'effet d'un purgatif ; mais cette observation si facile est la simple constatation d'un épiphénomène de l'action purgative; elle est en quelque sorte l'expression même du fait, c'est-à-dire de l'évacuation qui ne se produit que par des contractions; mais on ne saurait l'admettre comme suffisante à produire l'afflux de liquides. Ajoutons que la plupart des physiologistes ont abandonné cette théorie. Celle de l'osmose, née des recherches de Dutrochet, a été développée par Poiseuille; elle n'est pas applicable à tous les purgatifs, mais elle prétend expliquer l'action des sels neutres purgatifs, par un trouble apporté dans les phénomènes d'osmose, à la surface de l'intestin : le sérum sanguin étant moins dense que la solution du sel purgatif, il se produit une exosmose entre le sérum et le contenu intestinal, c'est-à-dire une exhalation à la surface de l'intestin. Claude Bernard a montré la fragilité des bases sur lesquelles repose cette explication, mais c'est bien ici que l'on peut apprécier la difficulté de l'interprétation des faits d'expérimentation, sur lesquels M. Colin a longuement insisté dans l'espoir, sans doute, d'inspirer aux physiologistes une sage réserve, et non pour vouloir critiquer l'accueil fait par l'Académie des sciences à ces présentations qu'il signale à notre défiance. En effet, Claude Bernard a donné comme l'un des arguments principaux contre la théorie de l'osmose, ce fait que le sulfate de soude injecté dans les veines

---

FEUILLETON

Les détracteurs de la médecine.

(Troisième article.)

MOLIÈRE. — J.-J. ROUSSEAU. — LES MÉDECINS.

Bien que notre grand comique soit resté, non-seulement par son génie, mais encore par le succès assuré aux satiriques qui s'adressent de la scène aux foules, le plus populaire de nos détracteurs, il n'en est pas le plus sérieux ; ses critiques n'atteignent le plus souvent que des ridicules disparus avec la génération de médecins en qui ils se personnifient.

C'est en 1665, huit ans seulement avant sa mort, que Molière ouvre une campagne en règle contre eux, dans l'*Amour médecin;* dans les ébauches qui précédèrent, il leur attribuait simplement le rôle qu'on leur faisait jouer dans les farces populaires du temps, à l'imitation de ce Guillot-Gorju qui avait pour spécialité de représenter les grotesques de notre profession. Un biographe contemporain raconte que l'idée de battre en brèche la docte Faculté vint à notre auteur d'une querelle survenue entre *la Molière,* comme on disait alors, et la femme d'un médecin chez lequel il logeait. Invité à vider les lieux, Molière aurait, pour se venger, composé *ab irato,* en cinq jours, la susdite comédie ; point de départ un peu mesquin pour d'aussi inimitables créations. Quoi qu'il en soit, une fois engagé dans cette voie, l'auteur du *Malade imaginaire* allait bientôt voir s'élargir devant lui le nouvel horizon ouvert à son génie. Quelle mine féconde d'observations, quelles figures curieuses à observer que celles de ces pédants parlant un jargon suranné, se querellant avec rage entre eux, et ne détonnant pas moins par leurs dehors, par leurs longues robes à rabats et leurs prodigieuses perruques, que par leur haine du progrès en opposition avec l'esprit nouveau et l'ardeur des découvertes éveillés naguère au

purge les animaux; or les expériences de M. Rabuteau, celles de MM. Jolyet et Cahours, de M. Moreau, de M. Vulpian, prouvent que le sulfate de soude en particulier n'amène pas la purgation lorsqu'on pratique les injections avec les précautions nécessaires; bien plus, M. Rabuteau a renversé l'argument et l'a invoqué en faveur de la théorie de l'osmose, en s'appuyant sur des expériences qui prouvent que le sulfate de soude injecté dans les veines amène la constipation et la diminution de la soif. Hâtons-nous d'ajouter que les conclusions de M. Rabuteau ont été critiquées par M. Vulpian en ce qui concerne leurs déductions, et que pour l'éminent physiologiste elles démontrent seulement que le sulfate de soude injecté dans le sang est simplement innocif.

Il faut évidemment accueillir avec prudence les conclusions que l'on peut déduire des expériences et nous allons en donner une nouvelle preuve ; le professeur Gubler, dont nous avons aujourd'hui à regretter la mort prématurée, a cité, dans ses leçons, des expériences de M. Moreau qui démontreraient que, lorsque l'anse intestinale étant isolée, on applique du laudanum à la surface de la muqueuse, on obtient l'insensibilité et par suite le défaut d'action purgative, tout comme lorsqu'on coupe tous les nerfs qui se rendent à l'intestin. Suivant Gubler, si le phénomène était purement physique, l'action du laudanum ne devrait pas le modifier; malheureusement les partisans de l'osmose objectent ce fait, que Poiseuille avait déjà signalé, à savoir que les solutions de morphine retardent ou modifient les phénomènes d'osmose.

En définitive la théorie de l'osmose dans l'action des sels purgatifs ne paraît pas reposer sur des bases physiques elles-mêmes bien assurées et, en tenant compte des lois de l'osmose, il semblerait qu'on dût arriver à des conclusions tout à fait contraires à celles de Poiseuille ; Gubler a fait à cet égard des objections aussi importantes que concises dans leur forme, et nous n'hésitons pas à les reproduire, parce que nous ne les croyons pas suffisamment connues. Nous emprunterons la citation suivante aux : *Leçons de thérapeutique* du professeur A. Gubler, recueillies par le docteur F. Le Blanc, p. 403 (V. A. Delahaye et Cie, Paris, 1877.) :

« Nous ferons remarquer que les conditions de densité » nécessaires pour la validité de cette opinion, « l'*exosmose* » des vaisseaux vers l'intestin », si elles sont quelquefois » réalisées, ne le sont point toujours. Il n'y a pas moins de » 12 grammes de sel, par litre, dans le sérum sanguin et » cependant des eaux minérales, telles que Châtel-Guyon » dans le Puy-de-Dôme, Carlsbad en Bohême, qui ne renfer» ment que 6 à 7 grammes de sel par litre, purgent néan» moins, à condition qu'on en prenne une certaine quantité. » Dans ce cas cependant, la physique nous apprend qu'au » lieu de l'exosmose il devrait y avoir endosmose de l'intestin » vers les vaisseaux. En outre, des expériences ont démontré » que les solutions des matières dites colloïdes, c'est-à-dire » qui ne cristallisent point, ne s'exosmosent qu'avec la plus » grande difficulté ; ainsi, une solution albumineuse s'exos» mose huit cent soixante fois moins qu'une simple solution » de chlorure de sodium. Le sérum sanguin n'est-il donc » point albumineux ? »

Cette osmose ou cette absorption du purgatif est un fait réel ; il était démontré par la coloration de l'urine à la suite de l'injection de gomme-gutte et de rhubarbe ; il est facile à constater. Gubler a de même démontré qu'à la suite de l'emploi du séné comme purgatif, on retrouve dans l'urine une teinte ictérique due à la présence de l'acide chrysophanique, l'un des principes du séné. M. Vulpian et d'autres observateurs, M. Colin lui-même, ont retrouvé dans les urines la magnésie, soit sous forme de sulfate de magnésie ou de phosphate ammoniaco-magnésien. Cette absorption n'existe cependant pas pour tous les purgatifs, ainsi qu'il résulte d'expériences récentes du docteur Briger, qui confirment d'autre part les expériences de M. Moreau et dont nous donnerons l'analyse à la Revue des journaux dans le prochain numéro ; suivant cet auteur, on peut démontrer que l'huile de ricin n'est pas absorbée, par ce fait que, si elle est mélangée avec du cinabre et portée dans l'anse intestinale, l'effet purgatif est produit; mais on retrouve l'huile de ricin, et le cinabre n'apparaît pas dans les lymphatiques ou les ganglions mésentériques, ce qui serait le cas si l'huile de ricin pénétrait par absorption. Il y a, du reste, un autre moyen de démontrer l'absorption au début de l'action du purgatif, c'est celui que M. Moreau lui-même a employé dans des expériences déjà anciennes et qui consiste à mélanger au sel purgatif mis dans l'anse intestinale isolée une solution de cyanure jaune, dont l'absorption peut être constatée très-facilement et très-rapidement, en traitant l'urine par le perchlorure de fer et le sulfate de cuivre.

On ne peut donc nier qu'il ne se passe des phénomènes d'osmose dans l'anse intestinale contenant un purgatif; mais ce qui est absolument discutable, c'est le rôle prépondérant donné à l'osmose dans l'action purgative et surtout le sens de l'exosmose. En se plaçant à ce point de vue, il est facile d'apercevoir la portée des nouvelles expériences de M. Mo-

---

souffle de la Renaissance ! Quel bon type que ce confrère se refusant à admettre que tel malade ait succombé au sixième jour de sa maladie « parce qu'Hippocrate enseigne qu'on n'en meurt que le quatorzième »! Et cet autre, ne se mettant pas en peine que son homme soit mort, « ce qui n'est pas de conséquence », pourvu qu'on n'ait manqué à aucune formalité ; car « il n'est pas convenable qu'un malade meure que la Faculté n'y consente », et qu'après tout « il vaut mieux mourir selon les règles que d'échapper selon les règles »! (*Malade imag.*) Quelle bonne plaisanterie que celle de ce médicastre n'entendant pas que le patient pour lequel on vient le consulter se plaigne de la tête, parce que « dans la maladie dont il est attaqué, ce n'est pas la tête, mais la rate qui, selon Galien, lui doit faire mal »; et qui, s'apercevant, après la quinzième saignée, que la maladie n'est pas dans le sang, « se propose de purger pour voir si elle n'est pas dans les humeurs, puis de l'envoyer aux eaux si rien ne réussit... ce qui est la fin de la médecine ! » (*Pourceaugnac*). Quelle excellente reproduction, sous sa forme bouffonne, du jargon scolastique que cette scène où Pourceaugnac assiste, entre ses deux Esculapes, à la consultation dans laquelle ils délibèrent, sans lui laisser ouvrir la bouche, sur les moyens de guérir de sa prétendue folie le *sujet* livré à leurs expériences ! Quelle piquante satire de ces partisans obstinés de la routine que ce Diafoirus faisant un titre d'honneur à son fils Thomas « de ce qu'à son exemple il s'attache aveuglément aux opinions des anciens, et que jamais il n'a voulu comprendre ni écouter les raisons et les expériences des prétendues découvertes touchant la circulation du sang et autres opinions de même farine »! (*Malade imag.*) Rappelons, en passant, que déjà Boileau avait publié son « *arrêt burlesque* contre cette inconnue qu'on nomme la raison, avec défense au sang de circuler à l'avenir. » Molière n'offre-t-il là que la caricature des médecins de son temps? Qu'on se reporte à l'état de la pratique et des institutions médicales de cette époque, et l'on reconnaîtra qu'il n'a pas beaucoup exagéré.

reau, car elles nous indiquent les conditions importantes de l'osmose : l'anse intestinale absorbe le sel purgatif et le prussiate de potasse au début de l'expérience, elle n'absorbe plus le cyanure jaune quelques moments plus tard. Ce défaut d'absorption aurait-il pour cause des désordres organiques résultant des lésions expérimentales, ainsi que les critiques de M. Colin auraient pu le faire supposer? Non, répond M. Moreau en apportant de nouvelles preuves, parce que cette faculté d'absorption par l'anse intestinale se retrouve précisément sept heures après l'expérience, alors que la muqueuse présente ces altérations liées au procédé d'opération qui, suivant M. Colin, rendraient l'absorption impossible.

M. Moreau a bien raison de considérer les résultats obtenus par lui comme contradictoires de la théorie de l'osmose telle qu'on l'expose habituellement; et la communication qu'il en a faite méritait toute notre attention; elle complète cette démonstration rapide que nous venons de poursuivre, à savoir que les deux premières théories de l'action purgative sont insuffisantes.

Reste la théorie de l'hypersécrétion; nous n'entrerons pas à son sujet dans de grands détails. Les leçons et les travaux de Gubler, de M. Vulpian, de Jolyet et Cahours, de Carville, etc., l'ont mise en lumière; nous savons tous maintenant que l'hypercrinie, l'hypersécrétion produite par les purgatifs est un phénomène de production locale, ainsi que l'a dit M. Vulpian (*Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, t. Ier, p. 516).

« Les purgatifs introduits dans les voies digestives agissent en irritant la membrane muqueuse de ces voies. » Cette irritation détermine une excitation des extrémités périphériques des nerfs intestinaux centripètes, qui est transmise aux ganglions nerveux thoraciques inférieurs et intra-abdominaux, se réfléchit par les nerfs vaso-moteurs et sécréteurs sur les vaisseaux, les glandes, les parois intestinales; d'où des phénomènes de congestion, pouvant varier dans leur intensité suivant les doses, suivant les propriétés spéciales des purgatifs employés, mais constituant « ce qu'il y a d'essentiel dans le mécanisme de l'action des substances purgatives, quelles que soient ces substances ».

Dans l'état actuel de la science, nous croyons que cette théorie est assez large pour comprendre les actions secondaires qui ont servi de base aux théories de l'osmose et des mouvements péristaltiques.

A. Hénocque.

La dernière séance de l'Académie de médecine a été presque tout entière remplie par une communication verbale de M. le professeur Jaccoud, relative aux signes diagnostiques et au traitement de certaines pleurésies adhésives. Croyant savoir que plusieurs membres de l'Académie ont l'intention de prendre la parole à ce sujet, nous remettons notre appréciation à une époque ultérieure.

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphiliographie.

Double fongus syphilitique des testicules. Guérison par le traitement interne. Réflexions; par M. le docteur Marc Sée.

Obs. — M. C..., officier retraité, entra le 15 avril 1878 dans mon service de la Maison municipale de santé, dans l'idée de se faire enlever deux tumeurs des bourses qu'il portait depuis plusieurs mois. C'est un homme d'une taille assez élevée, d'une bonne constitution, un peu amaigri, d'un teint mat.

Dans son enfance, d'après son dire, il aurait eu le carreau. Pendant la campagne du Mexique, il fut atteint de la fièvre jaune, qui le laissa profondément anémié.

En 1845, chancre induré, traité par le mercure à l'intérieur.

En 1848, blennorrhagie, suivie d'orchite.

En 1850, bubon suppuré, qui fut ouvert au moyen de la pâte de Vienne.

Le malade a pris de l'iodure de potassium à plusieurs reprises.

En 1867, douleurs névralgiques dans diverses régions et taches sur les membres inférieurs.

En 1870, tuméfaction des bourses, qui disparut au bout d'un certain temps.

En janvier 1875, à la suite d'un coup (ou d'un accident de cheval, le malade ne sait au juste), C... s'aperçut que son testicule gauche grossissait de plus en plus. Les bourses prirent en peu de temps le volume des deux poings; on reconnut l'existence d'une hydrocèle à gauche.

Vers le milieu de la même année, le testicule droit fut pris de la même façon. Il y eut alors une hydrocèle double.

Deux ponctions furent pratiquées à droite et à gauche, le 4 et le 6 novembre 1875. Elles fournirent chacune un verre environ de liquide jaunâtre. Le malade ne peut me dire dans quel état furent trouvés les testicules après cette évacuation.

Trois ou quatre mois après les ponctions, les piqûres faites par le trocart se rouvrirent et donnèrent issue à de la sérosité mêlée de pus. Restées fistuleuses, elles ne tardèrent pas à livrer passage à des masses charnues volumineuses. Un médecin consulté ne jugea pas à propos d'intervenir activement.

En septembre 1877, un chirurgien appelé en consultation diagnostiqua des tubercules des testicules et prescrivit de l'huile

---

Si le peintre immortel de nos travers et de nos vices s'en était tenu là, on ne pourrait que rire de ces médecins ridicules, sous le masque desquels on reconnaissait des praticiens fort connus à la cour et dans l'école; c'est ce que faisaient les mieux avisés, Gui Patin, entre autres, qui s'en émeut si peu qu'à peine en parle-t-il dans ses lettres, ne prenant pas même la peine d'en vérifier par lui-même le bien fondé. Mais Molière va plus loin : dans le *Malade imaginaire*, son testament littéraire, ce ne sont pas les médecins, c'est le médecin qu'il attaque; ce n'est pas contre les membres d'une corporation, c'est contre l'art de guérir lui-même qu'il dirige ses batteries : « A regarder les choses en philosophe, il n'est point de plus plaisante momerie, il n'est rien de plus ridicule qu'un homme qui en veut guérir un autre... les ressorts de notre machine sont jusqu'ici des mystères où les hommes ne voyent goutte; la nature a mis au-devant de nos yeux des voiles trop épais pour y connaître quelque chose. » — Voilà Molière pris en flagrant délit de complicité avec les ennemis du progrès. — « Le médecin est un homme qu'on a pris pour conter des fariboles dans la chambre d'un malade, jusqu'à ce que la nature l'ait guéri ou que les remèdes l'aient tué... » (*L'Amour médecin*). L'universelle confiance qu'ils inspirent tient à la peur que nous avons de mourir... tout leur art consiste en un pompeux galimatias qui vous donne des mots pour des raisons et des promesses pour des effets. Ce qu'ils savent, c'est parler en beau latin, nommer en grec toutes les maladies, les définir et les diviser, ce qui ne guérit pas grand' chose. Pour ce qui est de les guérir, c'est ce qu'ils ne savent pas du tout. »

Argan objecte-t-il la foi que les médecins ont eux-mêmes dans leur art? Il y en a, lui répond Béralde, qui profitent de l'erreur populaire sans y être, d'autres qui y sont, et dont il montre le type dans ce bon M. Purgon « médecin, lui, des pieds jusqu'à la tête : croyant à ses règles plus qu'à toutes les démonstrations mathématiques, ne voyant rien d'obscur ni de douteux dans la médecine; qui expédierait toute sa fa-

de foie de morue et de l'iodure de potassium à l'intérieur, des onctions avec une pommade iodurée sur le scrotum.

En mars 1878, les masses charnues herniées avaient augmenté beaucoup de volume, celles du côté gauche surtout. Comme elles étaient à peu près indolentes, le malade imagina d'étreindre la base de cette dernière avec une ficelle. Mais la constriction qu'il opéra fut insuffisante pour produire la chute de la tumeur.

Etat du malade à son entrée à la Maison de santé (15 mars). — Aucun signe de tuberculose dans les poumons, non plus que dans le cordon, la prostate, les vésicules séminales. Santé générale satisfaisante.

Deux tumeurs fongueuses émergent de la partie antérieure du scrotum, de chaque côté de la verge; celle de gauche, du volume d'une grosse noix, mesure 4 centimètres en diamètre et 3 centimètres en hauteur; sa surface, régulièrement arrondie, est granuleuse, avec des parties grisâtres, et fournit une petite quantité de pus. La ligature enlevée, on reconnaît que la peau du scrotum, percée d'une large ouverture qui laisse passer la tumeur, se termine autour du pédicule de cette dernière par un bord aminci et décollé. Le fongus, assez ferme au toucher, indolent à la pression, repose par une base un peu rétrécie sur une masse de consistance analogue et d'un volume un peu moindre, contenue dans le scrotum et représentant le testicule et l'épididyme confondus. A droite, la tumeur, à part ses dimensions un peu inférieures, présente exactement les mêmes caractères; son diamètre est de 23 millimètres, sa hauteur de 2 centimètres; la base sur laquelle elle repose est un peu moins dure qu'à gauche. Les cordons testiculaires sont sains. Aucune tuméfaction dans les aines ni dans les fosses iliaques.

Toute la partie antérieure du scrotum est rouge, tuméfiée, infiltrée de lymphe plastique.

On ne découvre aucune autre lésion syphilitique sur le reste du corps.

Traitement : Cataplasmes de farine de graine de lin sur le scrotum; frictions sur la face interne des cuisses avec 4 grammes d'onguent napolitain par jour. A l'intérieur, 3 grammes d'iodure de potassium.

Le 23 avril, amélioration notable; la peau des bourses est moins rouge et tend à reprendre sa souplesse. La suppuration est presque nulle. Le sillon qui marque le pédicule des tumeurs est moins profond, l'induration de la base moins accentuée.

Le 30, les fongus ont manifestement diminué de volume, celui du côté gauche a perdu 1 centimètre en diamètre et un demi-centimètre en hauteur. A droite, la diminution, bien qu'appréciable, est relativement moindre qu'à gauche.

Le 4 mai, l'état général est très-satisfaisant. Le malade, dont le moral s'est relevé, a bon appétit; il se lève et se promène sans la moindre gêne. Les cataplasmes sont remplacés par de la charpie trempée dans une solution de chloral (1 pour 100).

Le 7, le scrotum a repris son aspect normal. Le retrait des fongus s'accentue de plus en plus; l'induration des testicules est bien moindre.

Le 14, les tumeurs sont réduites aux dimensions d'une cerise; l'induration des testicules a disparu; la surface ulcérée est d'un beau rouge, la suppuration presque nulle. Le malade quitte la Maison de santé pour continuer le même traitement chez lui.

Le 1er juin, il s'est présenté de nouveau chez M. Sée : les deux tumeurs avaient complétement disparu, et il ne restait plus à leur place que deux ulcérations déprimées, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, autour desquelles le scrotum est froncé légèrement.

M. Sée a revu plusieurs fois encore ce malade, et il a pu constater que la guérison s'est complétée régulièrement et ne laisse plus rien à désirer. Aux points qu'avaient occupés les deux fongus, on observe deux cicatrices rétractées et froncées, adhérentes aux testicules. Ceux-ci sont revenus à des dimensions un peu inférieures à celles d'un testicule sain; l'épididyme est peu distinct à leur partie postérieure, et ne se reconnaît qu'au cordon qui s'en détache. Le tout est peu sensible à la pression.

Plusieurs points, dans cette observation, me paraissent mériter d'être mis en relief.

Je ferai remarquer d'abord que les observations de fongus double des testicules sont extrêmement rares dans la science Curling (*Maladies du testicule*, trad. Gosselin, 1857, p. 330) s'exprime ainsi : « Bien que l'orchite chronique affecte assez » souvent les deux testicules, on a rarement observé le fon- » gus bénin des deux côtés en même temps. *Je n'ai, pour » ma part, rencontré qu'un seul exemple de ce genre.* » Il est regrettable que Curling se soit contenté de cette simple mention et qu'il ait négligé de nous donner cette observation, puisqu'elle eût été sans doute la première qu'on ait publiée, et depuis lors je ne sache pas qu'on en ait cité une autre.

Plus souvent les deux testicules ont été affectés de fongus *successivement*. « Le fongus bénin du testicule, dit Jarjavay » dans son *Mémoire sur le fongus du testicule* (*Arch. génér. » de médecine*, 1849, t. XX, p. 138), paraît avoir toujours été » unique; les deux glandes peuvent cependant devenir *suc- » cessivement* le siége de cette végétation. Lawrence rapporte » qu'un certain William Matheus, d'abord atteint de douleurs » très-vives dans le testicule droit, qui présentait d'ailleurs » une dureté considérable, vit, quatre mois après le début de » sa maladie, le scrotum s'entr'ouvrir et donner passage à une » tumeur fongueuse. Celle-ci ayant été graduellement coupée » par le malade lui-même, la cicatrisation se fit sans acci- » dents. Un mois après, le testicule gauche devint le siége » des mêmes phénomènes; un fongus s'y développa, qui fut » détruit par le chirurgien de Londres à l'aide du caustique. »

« La septième observation du même auteur est relative à un homme de cinquante ans, dont les bourses avaient été violemment contuses sur le pommeau d'une selle. Immédiatement après l'accident, les deux testicules se tuméfièrent, un fongus s'éleva d'abord sur le gauche. La guérison de celui-ci fut suivie de l'apparition d'un fongus sur le testicule droit (*Ibid.*, p. 139). »

Chez notre malade, il s'agit évidemment de fongus développés sur des testicules syphilitiques. Trente ans, il est vrai, se sont écoulés entre l'infection primitive (chancre induré) et le développement du sarcocèle. Mais nous constatons que,

---

mille de la meilleure foi du monde, et ne ferait en vous tuant que ce qu'il ferait au besoin à lui-même. » (*Ibid.*)

Enfin, Sganarelle célèbre les avantages d'une profession « où l'on est toujours payé de même, quoi qu'on fasse, les malades mourant toujours par leur faute, et n'étant plus là pour se plaindre du médecin qui les a tués » (*Le Médecin malgré lui*).

Si l'on ajoute aux citations que je viens de faire les idées empruntées à Montaigne (voyez précédemment), voilà ce que l'incomparable auteur du *Misanthrope* a trouvé de plus fort à dire contre notre art. On voit, par ce simple aperçu, combien ses traits satiriques s'émoussent quand il passe du terrain des personnalités à celui des idées générales.

Personne, assurément, ne songerait à rompre des lances en faveur des personnages ridicules dont ce grand homme a raillé l'esprit étroit et rétrograde. Mais envelopper toute une génération de médecins dans ces diatribes serait-il juste? Les honnêtes gens, les vrais savants, les bons médecins même faisaient-ils donc alors complétement défaut? Non, sans doute, puisque Molière lui-même compta plus d'un ami parmi eux, et qu'il reçut, à l'occasion, leurs avis comme malade, comme auteur même. Rappelons qu'à cette même époque on fondait au Jardin des plantes une chaire pour *la propagation des nouvelles découvertes*; qu'Harvey découvrait la circulation du sang, que le quinquina et d'autres médicaments importants prenaient place dans la matière médicale. N'oublions pas non plus qu'il est des ridicules de tous les temps, et ne nous croyons pas à l'abri de toute critique. Tel traité moderne de pathologie qui consacre plusieurs centaines de pages à l'anatomie pathologique et quelques-unes à peine à la thérapeutique ne rappelle-t-il pas un peu ces médecins de Molière qui s'assemblent pour délibérer « de quelle maladie le malade est mort »? Lorsque à la kyrielle de maux dont se plaint Argan, il ne reçoit qu'une réponse : « C'est votre poumon », ne songez-vous pas involontairement à tel broussaisien répondant naguère : « C'est votre gastrite »;

cinq ans avant l'apparition de ce dernier, le testicule s'était tuméfié une première fois, puis paraît avoir repris ses dimensions primitives. Ces alternatives ont été notées par plusieurs auteurs comme un des caractères du testicule syphilitique. Le traumatisme, assez vague, du reste, que le malade assigne pour cause à son mal ne doit pas nous arrêter longtemps. S'il peut avoir été pour quelque chose dans le développement du sarcocèle du côté gauche, on ne saurait certainement l'invoquer pour se rendre compte de l'affection du testicule droit, développée six mois plus tard. D'ailleurs, la guérison rapide obtenue par le seul traitement interne ne peut laisser aucun doute à cet égard.

L'histoire du testicule syphilitique, et particulièrement son anatomie pathologique, a fait d'importants progrès dans ces dernières années. Nous savons aujourd'hui que cette affection se présente sous deux formes, distinctes en apparence, mais qui, en réalité, ne sont que deux degrés d'un même processus morbide, et qui, d'ailleurs, coexistent fréquemment dans le même testicule. Dans l'une de ces formes, l'albuginée, les cloisons qui s'en détachent, ainsi que le tissu conjonctif qui sépare les lobules, subissent une sorte d'hyperplasie, suivie ensuite d'une rétraction déterminant la compression et l'atrophie progressive de la substance glandulaire du testicule, qui finit par se réduire à un petit noyau fibreux : c'est la *forme cirrhotique* (*albuginite syphilitique*, Ricord). Dans l'autre, il se dépose dans toutes les portions conjonctives de l'organe des masses jaunâtres, plus ou moins volumineuses, ayant tous les caractères des gommes : *c'est la forme gommeuse*. Toutes deux résultent de la multiplication plus ou moins rapide des éléments celluleux du tissu conjonctif. Mais, dans la première, ces éléments, moins nombreux, se transforment en faisceaux de fibres conjonctives embryonnaires, tandis que dans la seconde, ces éléments se multiplient avec une rapidité extrême, forment des amas serrés de noyaux ou petites cellules qui ne tardent pas à subir la dégénérescence granulo-graisseuse.

Les gommes peuvent se produire, soit à la surface ou dans l'épaisseur de l'albuginée (*gommes superficielles*), soit dans le corps du testicule (*gommes profondes*). Dans ce dernier cas, la substance glandulaire est détruite partiellement ou en totalité, et l'albuginée elle-même disparaît dans une étendue plus ou moins considérable.

Une pièce déposée dans le musée de Heidelberg, et dont nous empruntons la description à Kocher (in *Handb. der Chirurgie*, de Pitha et Billroth, t. III, 2e div., 7e livr., p. 295), donne une idée très-nette du testicule syphilitique gommeux. « Tumeur du volume d'un œuf d'oie, ayant la forme habituelle du testicule, celle d'un ovoïde aplati. Surface couverte de bosselures du volume d'une noisette, dures ou molles. Le testicule et l'épididyme sont pris; mais le premier forme la masse principale de la tumeur. Vaginale adhérente, ainsi qu'une portion de la peau. Celle-ci présente en bas une ouverture fistuleuse rétractée. Sur la coupe, *larges tractus conjonctifs homogènes* (blancs à l'état frais), *traversant les portions supérieure et moyenne*, se continuant avec une couche conjonctive périphérique de structure analogue et confondue avec l'albuginée. Entre les tractus conjonctifs, tissu parenchymateux normal, en quantité notable. *Dans ce tissu* et *dans l'épaisseur des tractus* sont déposées des *masses jaunes, denses, homogènes* à la coupe, sans membrane d'enveloppe (*gommes* ou *syphilomes*). En deux points, la peau est perforée dans une étendue de 3 à 4 centimètres de diamètre, et par cette ouverture sort un *fongus* ferme et plat : c'est un *dépôt d'un demi-centimètre d'épaisseur et plus, formé sur l'albuginée* et intimement confondu avec elle; *il a la même structure que les gommes.* »

Cette pièce réunit donc toutes les altérations que peut présenter le testicule syphilitique, puisqu'on y voit à la fois l'hyperplasie des éléments conjonctifs, qui constitue la cirrhose quand elle existe seule, une gomme superficielle et des gommes profondes.

Quand les gommes profondes prennent un grand développement, elles font parfois disparaître *complétement* la substance tubuleuse du testicule, et aussi la tunique albuginée. C'est ce que nous voyons dans l'observation de M. Lancereaux (*Traité de la syphilis*, 1866, p. 274). « Le feuillet viscéral, » y est-il dit, « la tunique fibreuse ou albuginée et la substance testiculaire sont confondus entre eux et forment une masse jaune élastique, peu friable et d'une consistance uniforme. Cette masse, qui a le volume d'un gros œuf de poule et présente quelques bosselures à sa face antérieure, est uniquement formée par un produit nouveau; *on n'y trouve plus de canalicules spermatiques.* Toutefois, *au voisinage de l'épididyme, la tunique albuginée se distingue encore de la substance sous-jacente.* »

Les gommes du testicule peuvent-elles se ramollir, ou, comme on disait autrefois, peuvent-elles suppurer et s'ouvrir consécutivement à l'extérieur? Pendant longtemps la chose a été niée. « Les gommes du testicule, dit Ricord, ne s'ulcèrent pas... On peut affirmer que toutes les fois que la syphilis agit sur le testicule, il ne survient jamais de suppuration. » Virchow professe la même opinion : « Il n'est pas certain, dit-il (*Die krankhaften Geschwülste*, t. II, p. 436, 1863), que la tumeur gommeuse du testicule puisse, *comme telle*, s'ulcérer et s'ouvrir. Cependant il survient parfois des ulcérations dans le cours des sarcocèles et, dans certains cas, le fongus bénin du testicule a été considéré comme un état consécutif du sarcocèle. » C'est aussi dans ce sens que s'expriment Cornil et Ranvier. « On n'a pas d'observation positive de suppuration et d'ouverture à l'extérieur de gommes du testicule : ce qui établit une différence essentielle entre ces productions

---

comme on dirait aujourd'hui : « C'est votre anémie » ? Quant à la langue pédantesque que raillait Molière, n'en pourrait-on trouver une image dans le néologisme outré de quelques-uns de nos contemporains qui semblent, en vérité, n'avoir d'autre but que de ne pas parler comme tout le monde?

Enfin, on se demande si tout était à sacrifier dans ces vieilles corporations, grandes familles auxquelles restaient affiliés pour toute leur vie les médecins qui en étaient sortis, et qui, communiquant à leurs membres la force et la dignité qui résidaient en elles, avaient le droit d'obtenir, en échange du haut patronage dont elles les couvraient, le respect des devoirs professionnels. Nous avons dépouillé les préjugés de cette époque, en avons-nous conservé les austères vertus (1)?

J.-J. Rousseau. — Il faut tout le prestige attaché au nom de ce grand écrivain pour se croire obligé de réfuter les attaques qu'il dirige contre la médecine, tout en se défendant de répéter à ce propos « les vaines et fausses déclamations des gens qui se portent bien ». C'est lui, le plus éloquent des déclamateurs, qui dit cela... ce qui ne l'empêche pas d'ailleurs d'envelopper l'art de guérir dans l'anathème qu'il lance contre les sciences, les lettres et les arts, dans ce paradoxal discours de Dijon, d'où date sa célébrité. Ne voyant, en effet, de bonheur pour l'homme que dans la vie sauvage, Rousseau repousse comme antinaturels et corrupteurs tous les efforts tentés pour en sortir. On sait aujourd'hui ce qu'il faut penser de ce roman d'un état de nature, grâce auquel l'homme pri-

(1) Si je ne suis pas remonté au delà de Molière, c'est qu'inscrire le nom de quelques écrivains d'une autorité contestable à côté de celui du grand comique, c'eût été leur faire trop d'honneur. On trouve cependant dans la correspondance de Cyrano de Bergerac un portrait du *médecin optimiste* qu'eût pu signer La Bruyère : « Admirez l'effronterie de mon bourreau; plus je sens empirer le mal qu'il me cause par ses remèdes, plus il tesmoigne s'en réjouir, et ne me panse d'autre chose que d'un *tant mieux*. Quand je luy raconte que je suis tombé dans une syncope qui m'a duré près d'une heure, il répond que c'est bon signe; quand il me voit un flux de sang : « Bon, dit-il, cela vaudra une saignée. » Voilà comme ce traître me berce, et cependant, s'écrie-t-il en terminant, à force de me bien porter je me meurs. » Ce dernier trait n'est-il pas du meilleur comique?

et les tubercules » (*Man. d'histologie pathologique*, p. 1110). Dans le court chapitre qu'il consacre à l'orchite syphilitique, Curling (*loc. cit.*, p. 362) est moins absolu. « La tuméfaction du testicule... débute par le corps de la glande, n'affecte presque jamais l'épididyme, et se *termine rarement par suppuration ou par la production d'un fongus.* » En traitant de l'orchite chronique, il dit (*loc. cit.*, p. 329) : « Au bout de quelques semaines ou de quelques mois, la peau du scrotum s'amincit, ordinairement en avant, et se soulève en même temps qu'elle rougit et s'enflamme. Elle s'ulcère, etc... » Or, on ne peut s'empêcher de reconnaître, avec MM. Gosselin et Rollet, que l'orchite chronique décrite par Curling n'est autre chose, dans la majorité des cas, au moins, que l'orchite syphilitique. La suppuration du testicule atteint d'inflammation chronique (traduisez orchite syphilitique) (1), admise déjà par A. Cooper (Voy. *Œuvres chirurg. compt.*, traduit par Chassaignac et Richelot, p. 436), qui en rapporte plusieurs exemples, ne peut plus être révoquée en doute après les nombreuses observations qui ont été publiées depuis lors (2) : elle est d'ailleurs trop bien en rapport avec l'évolution générale des gommes, quel que soit leur siége, pour avoir lieu de nous surprendre.

Quand le ramollissement d'une gomme du testicule a donné lieu à l'inflammation et à l'ulcération du scrotum, la surface suppurante du testicule qui se montre au dehors peut devenir plus ou moins saillante et prendre l'aspect d'un fongus. Si la gomme était appliquée sur l'albuginée, celle-ci étant demeurée intacte, le fongus est dit superficiel ; rarement il prendra un développement considérable. Tel était le fongus dont nous avons reproduit plus haut la description, d'après Kocher. Mais le plus souvent la surface bourgeonnante ne dépassera guère le niveau du scrotum, comme dans les observations rapportées par M. Reynier (*Arch. génér. de médecine*, avril 1879, p. 396).

Si, au contraire, la gomme était située dans le parenchyme du testicule, son apparition au dehors ne sera possible qu'après la destruction d'une portion notable de l'albuginée du testicule. Dans ces cas, il *peut* se produire ce qu'on a appelé un *fongus parenchymateux*, par un mécanisme dont nous trouvons la première idée dans les œuvres d'A. Cooper, sur lequel Jarjavay a surtout appelé l'attention, et que Curling expose dans les lignes suivantes : « L'obstacle apporté par la résistance de la tunique albuginée n'existant plus, le produit accidentel pousse peu à peu au dehors la substance tubuleuse, qui forme alors une tumeur saillante, constituée par un mélange de tubes séminifères, de matière jaune et de bourgeons charnus. La hernie de la substance tubuleuse est parfois tellement considérable qu'il en reste à peine dans l'intérieur de la tunique albuginée (Curling, *loc. cit.*, p. 321). »

La figure 23 de Curling, représentant la coupe d'un fongus bénin déposé au Collége de l'hôpital de Londres, ne laisse subsister aucun doute sur l'existence de l'espèce parenchymateuse de ces fongus. La tumeur mesure 4 centimètres en diamètre et 2 centimètres en hauteur ; elle renferme « *presque toute la substance tubuleuse du testicule* ».

La pièce présentée à la Société de chirurgie par Guersant, qui l'avait enlevée sur un enfant manifestement *syphilitique*, auquel M. Gosselin avait d'abord donné des soins, n'est pas moins démonstrative. « Voici, dit Jarjavay dans la discussion qui suivit cette présentation, une pièce qui ne laisse à personne aucun doute sur la nature de cette lésion. On remarque la solution de continuité du scrotum qui étrangle le fongus, la *rupture de la tunique albuginée*, qui se renverse en dehors sur elle-même, la *continuité de la tumeur avec le parenchyme du testicule*, celui-ci étant considérablement réduit de volume par suite de l'issue de la pulpe séminale ; la face externe de la tunique albuginée, lisse et libre de toute granulation (*Bullet. de la Soc. de chir.*, t. IX, 1859, p. 421). » Ces paroles ne soulevèrent aucune contradiction de la part des membres, tous compétents, de la Société de chirurgie.

L'existence du fongus parenchymateux n'est donc pas moins incontestable que celle du fongus superficiel. Il n'est pas besoin, dès lors, d'autres preuves pour démontrer combien était exagérée, pour ne pas dire erronée, l'opinion de Deville, reproduite dans la thèse de M. Hennequin (Paris, 1865), d'après laquelle le fongus bénin profond n'existerait pas, la lésion décrite sous ce nom par les auteurs étant constituée simplement par le testicule intact, couvert de granulations à sa surface.

(1) Toute l'histoire de l'inflammation chronique simple du testicule tracée par A. Cooper se rapporte, on ne peut mieux, au testicule syphilitique. Je me contenterai de reproduire ce qui, dans son mémoire, est relatif à l'anatomie pathologique : « Lorsque le testicule a été enlevé dans la période qui précède la suppuration, il est, ainsi que l'épididyme, *d'un blanc jaunâtre* et d'une dureté considérable. Si l'on fait une section sur un testicule atteint d'engorgement chronique, et si on l'agite dans l'eau, on voit s'échapper *un fluide blanc jaunâtre*... Cependant le volume du testicule reste le même à *cause de la fibrine jaune* ou *lymphe coagulable dont le tissu cellulaire de cet organe est infiltré.* » Après avoir parlé des abcès du testicule et des trajets fistuleux que peut laisser leur ouverture au dehors, A. Cooper ajoute : « Dans les cas où il existe une *tumeur granuleuse* (c'est évidemment un fongus), on observe que les granulations prennent leur *origine dans la substance séminifère. Elles sont projetées à travers l'enveloppe ulcérée du testicule ou de l'épididyme*, mais *plus fréquemment à travers l'enveloppe du premier* ; c'est cette hernie des bourgeons charnus qui produit la tumeur qu'on observe si souvent à la suite de l'abcès chronique du testicule. »

(2) Chez un malade dont l'histoire a été racontée par M. Terrillon (*Progrès médical*, 1878), une gomme du testicule était sur le point de s'ouvrir spontanément lorsque le chirurgien l'incisa. Chez les malades de M. Duplay et de M. Gosselin dont les observations sont rapportées par M. Reynier (*Arch. générales de médecine*, avril 1879, p. 400), les gommes suppurèrent et s'ouvrirent au dehors, mais sans donner naissance à un fongus, bien qu'aucun traitement n'intervînt. Il en a été de même dans les faits de Huber (*Deutsches Arch. f. klinische Med.*) et de West (*Dubl. quarterly journ. of med. sciences*, novembre 1859), reproduits également par M. Reynier. Il est vrai que Huber, pour ne pas contredire la doctrine de Virchow, explique l'ulcération qui s'est produite chez son malade *par le frottement des vêtements*.

---

mitif était affranchi d'une foule de maux « que nous n'eussions jamais connus en conservant une manière de vivre simple, uniforme et *solitaire*... Si le sauvage malade abandonné à lui-même n'a rien à espérer que de la nature, en revanche il n'a rien à craindre que de son mal, ce qui rend souvent sa situation préférable à la nôtre, » et (j'achève la pensée de l'auteur) l'empêche du moins de mourir *de ses médecins*, comme dit Molière. D'où il suit encore que la condition des animaux est bien préférable à la nôtre : « Exempts des maux qu'entraînent chez nous l'extrême misère et l'extrême opulence, ils guérissent leurs blessures sans autre chirurgien que le temps, sans autre régime que la vie ordinaire, et sans avoir été empoisonnés de drogues ni exténués de jeûnes. » (*Disc. cit.*) — « Si les dangers viennent plus de l'artiste que de l'art, que le médecin vienne sans le médecin. La science qui instruit et la médecine qui guérit sont fort bonnes sans doute, mais la science qui trompe et la médecine qui tue sont mauvaises. » (*Emile*, liv. I.)

On peut dire, en définitive, selon Rousseau, que « si la médecine est utile à quelques-uns, elle est funeste au genre humain, car une guérison opérée par le médecin ne compense pas cent malades qu'il a tués... Enfin, si elle guérit le corps, elle avilit l'âme en nous inspirant la terreur de la mort. Voulez-vous trouver des hommes d'un vrai courage, cherchez-les dans les lieux où il n'y a point de médecins. » (*Ibid.*) Le philosophe se demande aussi « *s'il est prouvé* (lui qui s'embarrasse si peu de fournir la preuve de ses paradoxes) que la vie soit plus courte dans les contrées où l'art de guérir est le plus négligé que dans celles où il est le plus usité ? » (*Disc.*) Question très-complexe, puisque le perfectionnement de la médecine se lie à un état avancé de civilisation et aux maux qu'il entraîne nécessairement à sa suite. Il eût fallu prouver, pour ne pas tomber dans le sophisme du *post hoc, ergo propter hoc*, que ces maux tiennent précisément à l'art qui a pour but, tout au contraire, de les prévenir ou de les diminuer. Or, les progrès de la vie moyenne, ceux de l'hygiène et de la

C'est à la catégorie des fongus parenchymateux que me paraissent appartenir les deux tumeurs que portait mon malade. A moins de supposer que l'ulcération du scrotum ait été occasionnée par une gomme superficielle, en même temps qu'il existait dans le corps du testicule des gommes profondes assez volumineuses pour expliquer le grand développement que présentait l'ensemble de l'organe, mais qui auraient laissé l'albuginée parfaitement intacte, hypothèse qui ne me paraît pas admissible, on ne peut se refuser, il me semble, à reconnaître que les fongus étaient produits par le contenu de la tunique albuginée, hernié à travers une perte de substance de cette membrane.

Ce contenu était-il formé exclusivement par de la matière gommeuse, ou bien renfermait-il, en outre, une portion de la substance testiculaire normale? J'admettrais plus volontiers la première alternative, attendu que rien, dans les fongus, ne m'a fait soupçonner la présence de canalicules séminifères. D'ailleurs, voulant rendre aussi évidente que possible l'influence du traitement, je me suis abstenu rigoureusement de toute intervention mécanique ou chimique locale. Je dois ajouter que pendant tout le temps que le malade est resté soumis à mon observation, il ne s'est produit à la surface des fongus aucun travail de mortification ni d'élimination; la suppuration a toujours été très-peu abondante, et la diminution de volume m'a paru résulter d'un travail de résorption intime plutôt que d'une destruction superficielle. J'ai négligé, à mon grand regret, de rechercher, si dans les produits éliminés, il y avait des spermatozoïdes, comme Curling paraît l'avoir observé quelquefois.

Quand on jette un coup d'œil sur l'histoire du fongus syphilitique du testicule, on est frappé de voir avec quelle difficulté cette affection, certainement la mieux connue aujourd'hui parmi les fongus testiculaires, est parvenue à prendre rang dans la science. Il semble presque que les observateurs les plus distingués aient, de gaieté de cœur, fermé les yeux à l'évidence et torturé les faits pour leur faire dire le contraire de la vérité. Cela tient sans doute, d'une part, à ce que le fongus syphilitique est le plus souvent un accident très-tardif, qui n'apparaît qu'alors que toute trace et même tout souvenir d'accidents syphilitiques antérieurs ont complètement disparu; d'autre part, à ce que les lésions anatomiques par lesquelles se traduit la syphilis du testicule étaient fort mal connues.

C'est ce qui explique comment les chirurgiens anglais, A. Cowper, Lawrence, Curling, ont pu décrire le testicule syphilitique sous le nom d'orchite chronique (voy. Kocher, *loc. cit.*, p. 306), malgré les résultats si rapides et si constants que leur donnait le traitement mercuriel. Pendant ce temps, en France, la tendance générale semblait être de rattacher tous les fongus testiculaires à la tuberculose.

On peut voir, dans les lignes suivantes, extraites du *Mémoire* de Jarjavay, combien on était antipathique à l'idée d'un fongus syphilitique : « Si le malade atteint d'un fongus bénin du testicule présentait en même temps des symptômes de syphilis, serait-on autorisé à ne diriger contre la tumeur que le traitement antivénérien? Je n'hésite pas à répondre à cette question d'une manière négative. »

Cependant il est obligé de convenir que, chez un malade du service de Laugier, la guérison avait eu lieu sous la seule influence de l'iodure de potassium administré à l'intérieur : « Nul doute, dit-il, que l'iodure de potassium n'ait puissamment contribué à ce résultat; mais, d'après les notions de physiologie pathologique que nous possédons relativement à la marche de ces fongus, n'est-il pas permis de se demander si le résultat définitif n'aurait pas été le même, la maladie ayant été abandonnée à son cours naturel? »

Un enfant de dix mois offrant un fongus bénin du testicule, en même temps que des plaques muqueuses caractéristiques à l'anus, est présenté à la Société de chirurgie par M. Gosselin, qui y voit « *un fongus compliqué d'un état syphilitique* » (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, t. IX, 1859, p. 131).

Quelque temps après, le testicule de cet enfant, enlevé par M. Guersant, ayant été présenté à la Société de chirurgie, M. Broca, à l'occasion de la discussion qui suivit cette présentation, montra le moule en cire d'une pièce qu'il avait examinée précédemment dans le service du professeur Chaumet, de Bordeaux. L'observation du malade qui la fournit est intitulée : *Fongus du testicule consécutif à une affection tuberculeuse de cet organe*. La tumeur, incisée dans le sens de sa longueur, depuis la surface du champignon jusqu'à l'épididyme, présente d'abord, de dehors en dedans, une couche corticale rouge, fongueuse, très-vasculaire, épaisse de 3 ou 4 millimètres. Au-dessous de cette couche, on trouve une substance dense, d'un blanc grisâtre, *très-peu vasculaire, semblable à certaines tumeurs fibro-plastiques* (*Bull., loc. cit.*, p. 425). M. Broca, ayant été autorisé à pratiquer de nouvelles incisions, découvrit, à quelque distance de la première coupe, une *collection de matière jaunâtre concrète* (*ibid.*, p. 427). Ne peut-on pas voir là une gomme? Il est vrai que M. Broca ajoute que la nature tuberculeuse de cette matière put, séance tenante, être constatée au microscope. Mais j'estime qu'à cette époque la distinction entre les deux espèces de produits ne devait pas être facile. Cette impuissance du microscope, même sous l'œil de M. Robin, est du reste constatée un peu plus loin par M. Gosselin (p. 429). En résumé, M. Broca pense que le fongus parenchymateux du testicule est fort rare et qu'il est *presque constamment le résultat d'une affection tuberculeuse* (*ibid.*, p. 428).

S'il est permis de rester dans le doute au sujet de la pièce présentée par M. Broca, je crois qu'il ne peut subsister au-

---

médecine elle-même, depuis cent ans, fournissent une réponse péremptoire à ces sophismes.

Où donc Rousseau a-t-il puisé les preuves de tant de vaines et téméraires assertions? Demandons-nous plutôt à quel état physique et psychologique correspondaient de telles aberrations de jugement. C'est d'abord, au début de sa carrière littéraire, au tour chimérique et déclamatoire de son esprit; plus tard c'est à une affection mentale et à son état de santé, comme cela arrive chez la plupart des hypochondriaques ou des incurables qui médisent de la médecine. Il souffre d'une maladie de la prostate, et les célébrités chirurgicales auxquelles il s'est adressé « lui ont fait, à son dire, autant de mal que la maladie elle-même. Ils ont épuisé ses forces et détruit son tempérament ». (*Confess.*, liv. VIII.) Il leur dit donc *adieu pour jamais*, recourant simplement à une sonde à demeure qu'il conservera pendant plusieurs années.

Au reste, Rousseau se chargera lui-même par la suite de réfuter Rousseau : « Si je faisais une nouvelle édition de mes œuvres, disait-il à Bernardin de Saint-Pierre, j'adoucirais ce que j'ai dit des médecins; il n'y a aucun état qui demande autant d'études que le leur; ce sont les hommes les plus véritablement savants. » Et dans une lettre à Madame d'Houdetot, on le voit, revenu également de ses préventions pour la vie sauvage, rendre hommage à la société « et à ce que nous lui devons de bienfaits ».

Si je ne suis pas remonté dans cette étude au delà du seizième siècle, c'est d'abord, en ce qui concerne l'antiquité, qu'à l'exception du vieux Caton et de ses coups de boutoir, de Pline (partout ailleurs si crédule), on n'y trouve pas de critiques sérieuses d'un art d'origine sacro-sainte, dit Cicéron (*Tuscul.*), et auquel le nom d'Hippocrate imprimait un impérissable prestige. C'est ensuite que, dans les temps modernes, nous ne rencontrons, avant Montaigne, aucun antagoniste de quelque autorité, car les invectives de Pétrarque ne méritent

cune incertitude relativement au fait cité par Cullerier dans la même séance de la Société de chirurgie. « Il est mort, dit-il, dans mon service un individu présentant *tous les symptômes de la syphilis constitutionnelle* : exostoses, ulcérations du larynx, etc.; il avait, en outre, un double sarcocèle, que je considérais comme de nature syphilitique. A l'autopsie, je reconnus qu'il existait *des tubercules* dans les deux testicules (*ibid.*, p. 430). »

M'est avis que plus d'une fois le sarcocèle syphilitique a dû passer pour des testicules tuberculeux, au grand dommage des malades.

L'opinion de M. Broca, il faut le reconnaître, était celle de la majorité des chirurgiens français. M. Gosselin seul, à ma connaissance, s'y montra opposé. « Je ne puis admettre, dit-il, d'excroissance de ce genre (il s'agit des fongus) dans l'affection tuberculeuse (Curling, *loc. cit.*, p. 324). » Le premier aussi, il avança timidement que le fongus pourrait bien dépendre quelquefois de la syphilis. « Le fongus bénin n'est *probablement*, dans beaucoup de cas, qu'une phase éloignée de l'orchite syphilitique et ne se montre pas quand les malades n'arrivent point à la cachexie ou quand l'engorgement précurseur est traité convenablement et à temps (*ibid.*, p. 355). »

Mais c'est à M. Rollet que nous devons d'avoir nettement établi que le fongus du testicule est souvent d'origine syphilitique. Sa démonstration est basée sur trois faits, celui de Jarjavay, observé dans le service de Laugier, un fait de Curling et un fait qui lui appartient en propre. « Voilà donc, dit-il, trois observations de sarcocèle fongueux syphilitique. Je n'en connais pas d'autre (Rollet, *Rech. sur la syphilis*, nouv. tir., 1869, p. 494). »

Dans son *Traité des maladies vénériennes*, publié quelques années plus tard, M. Rollet s'exprime ainsi : « J'ai fait dessiner plusieurs de ces fongus; l'un d'eux figure dans mon *Mémoire* de 1858. Depuis lors, j'ai rencontré beaucoup d'autres cas semblables, que j'ai tous guéris avec le traitement antisyphilitique. Il ne se passe pas d'année qu'il ne se présente quelques-uns de ces fongus à Lyon, et dernièrement encore (mai 1865), il y en avait un à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Ollier, traité et guéri avec l'iodure de potassium (*loc. cit.*, p. 885). »

Ces observations se sont multipliées depuis lors (voy. les observations de Simonet, in *Gaz. des hôpit.*, 1867, p. 230; de Lücke, in Kocher, *loc. cit.*, p. 307).

M. Rollet ne nie pas pour cela l'existence du fongus bénin non syphilitique. Il a « lui-même observé, chez un enfant, un fongus bénin qu'il était impossible de rattacher à autre chose qu'à l'orchite chronique, en dehors de toute spécificité syphilitique, cancéreuse ou tuberculeuse » (*Rech.*, p. 483); et en parlant de l'orchite parenchymateuse, pouvant amener la mortification du tissu du testicule, il ajoute : « Habituellement la maladie guérit peu de temps après cette exfoliation; ou bien il se forme une de ces tumeurs qu'on a décrites sous le nom de *fongus bénin du testicule*. Cependant telle n'est pas l'origine habituelle de cette lésion, qu'on observe le plus souvent dans les cas de testicule syphilitique suppuré (*Traité des mal. vén.*, p. 328). »

Il ne m'appartient pas d'être plus absolu que l'éminent syphiliographe de Lyon. Je suis cependant convaincu, après avoir pris connaissance de la plupart des observations de fongus consignées dans la science, que le fongus syphilitique est plus fréquent qu'on ne l'a cru. En face d'un fongus véritable du testicule, la première idée qui doit se présenter au chirurgien me paraît donc être celle d'une affection spécifique, alors même que tous les renseignements seraient en contradiction avec cette opinion. Conséquemment, je voudrais qu'une médication antisyphilitique énergique et prolongée fût appliquée dans tous les cas avant tout traitement local actif. A cet égard, un traitement mixte par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à l'intérieur (2 à 3 grammes par jour) donnera, je crois, les résultats les plus constants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Loi de propagation des affections et des phénomènes nerveux. Note de M. *J. Rambosson*. — En passant en revue les affections et les phénomènes nerveux qui se propagent par une transmission et une transformation de mouvement, depuis le simple bâillement jusqu'à l'épilepsie, certaines folies, la fascination, la terreur panique, etc., l'auteur arrive à formuler le principe suivant, dont la généralité lui paraît manifeste : « Un mouvement purement physique peut se transformer en mouvement physiologique et en mouvement psychique ou cérébral, en se transmettant à ces divers milieux, et, réciproquement, un mouvement psychique peut se transformer en mouvement physiologique et en mouvement physique, en se transmettant d'un milieu à un autre; et cela, sans se dénaturer, c'est-à-dire qu'il reproduit les *mêmes phénomènes*, après toutes ces transmissions et ces transformations, en repassant dans un même milieu. »

Sur une altération des cellules de l'épithélium rénal, au début de la maladie de Bright. Note de M. *V. Cornil*.

« ... Dans une autopsie d'un malade albuminurique mort le 26 mars 1879 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Mesnet, j'ai trouvé dans toute la substance corticale des altérations

---

pas, malgré sa renommée poétique, de nous arrêter; et je ne range pas Rabelais, quoi qu'en aient dit certains critiques, parmi nos détracteurs.

Ce grand moqueur est trop ami du progrès pour mépriser la science : il croit donc à la médecine. On le voit citer avec vénération à chaque page de son livre Hippocrate qu'il a traduit et enseigné. Faisant de l'art de guérir (qu'il avait obtenu, par faveur spéciale, d'exercer gratuitement) une sorte de sacerdoce, il ne se montre jamais, de parti pris, hostile à ses confrères. Son médecin *Rondibilis* n'y fait pas trop mauvaise figure, et l'on y chercherait en vain un pendant aux *Moines ocieux*, aux *Chats fourrez*, aux *Grippeminaud*, aux *Bridoie* qu'il poursuit de ses sarcasmes dans d'autres professions. Tout au plus plaisante-t-il en passant de « ce tas de philosophes et medecins qui perdent temps à disputer d'oú vient la chaleur des eaux minerales, et ce dont ils ne sçavent l'origine». (*Pantagruel*, liv. II, ch. xxxiii.) Ceux qu'il se plaît à railler ce sont, sous quelque robe qu'ils s'abritent, les charlatans qui profitent du caractère qu'elle leur confère pour exploiter la crédulité populaire.

Je ne m'arrête pas davantage aux pires de nos détracteurs, ceux que la médecine nourrit dans son sein; non-seulement parce qu'ils ne comptent parmi eux aucune célébrité de bon aloi, et qu'un praticien sceptique à l'endroit de l'art qu'il professe me semble absolument dépourvu de logique, sinon d'honnêteté, mais aussi parce que leurs critiques, s'appliquant particulièrement à des contemporains, ne visent pas tant l'incertitude de notre art que l'infatuation en leurs propres lumières. Tel *Paracelse*, cet halluciné de quelque génie, affirmant que son bonnet renferme plus de science que tous les médecins ensemble. Tel même, mais avec infiniment plus de sens et d'esprit, *Gui Patin* qui, s'il classe dans son *martyrologe* une partie de ses confrères, n'en professe pas moins une haute vénération pour l'antiquité et pour la Faculté elle-même; sentiment doublé de sa haine pour les découvertes modernes, et que l'on serait presque tenté d'excuser quand

des cellules de l'épithélium qui jusqu'ici n'ont pas été décrites, que je sache. Il s'agissait d'une albuminurie dont le début remontait à moins de deux mois. Le malade rendait une très-minime quantité d'urine et il avait même présenté de l'anurie complète. Il a succombé à une urémie à forme convulsive. Des fragments du rein ont été traités par l'acide osmique. Dans la plupart des cellules des tubes contournés restées en place, il existait des vacuoles volumineuses remplies d'une boule ou gouttelette de substance albuminoïde solidifiée par l'acide osmique. La couche de cellules en bâtonnets, au lieu d'être homogène, montrait des espaces clairs creusés dans les cellules, dont les noyaux étaient parfaitement conservés au milieu de ce qui restait du protoplasma cellulaire. Souvent une cellule montrait deux ou trois de ces vacuoles. Les cellules isolées offraient l'aspect des physalides de Virchow, avec leurs cavités entourées du protoplasma dans lequel se montrait le noyau. Les tubes urinifères, dont les cellules sont malades, présentent dans leur lumière une grande quantité de ces boules ou gouttelettes, dont la substance est légèrement teintée par l'acide osmique et qui offre quelques fines granulations protéiques. Les tubes étaient distendus par ces productions. Comme les reins étaient fortement congestionnés, il y avait aussi quelques globules sanguins dans la capsule des glomérules et dans la lumière des *tubuli*.

Il n'est pas douteux que les boules de substance albuminoïde ne fussent sorties des cellules, car souvent on voyait des cellules épithéliales dont la cavité était vide. En s'unissant et se fondant les unes avec les autres dans la lumière des canaux droits, ces boules de substance albuminoïde deviennent des cylindres hyalins ou des cylindres colloïdes. Dans ce cas de maladie de Bright, les cellules rénales élaboraient donc dans leur protoplasma et versaient dans l'urine des gouttelettes de substance protéique faciles à voir sous l'influence de l'osmium. Cette fonction pathologique des cellules rénales n'est pas sans une grande analogie avec la sécrétion du mucus par les cellules caliciformes de la muqueuse digestive Elle met en évidence la façon dont l'albumine est sécrétée.

En est-il ainsi dans tous les cas d'albuminurie? Dans deux autres faits d'albuminurie brightique, j'ai trouvé dans le rein traité également par l'acide osmique des lésions analogues des cellules, consistant dans la production de petites gouttelettes protéiques dans leur protoplasma. Certains tubes urinifères renfermaient aussi des boules d'albumine. Mais les faits ne sont pas encore assez nombreux pour permettre de généraliser. Dans les stades ultérieurs de la maladie, les cellules subissent la dégénérescence graisseuse, en même temps qu'elles contiennent des gouttelettes protéiques, et elles sont désintégrées (néphrite desquamative).

J'ai trouvé la même lésion des cellules du rein dans un cas de kystes multiples des deux reins provenant d'une autopsie du service de M. Dujardin-Beaumetz. Le malade, qui présentait de l'albumine dans les urines, était mort d'urémie comateuse. Dans ce fait, les kystes étaient formés aux dépens des tubes urinifères. Dans les tubes dilatés et en voie de transformation kystique, les cellules qui tapissaient la paroi montraient des vacuoles et des boules d'albumine dans leur intérieur. La cavité des tubes était remplie de boules devenues libres et expulsées des cellules.

On peut reconnaître cette lésion sur les fragments du rein traités par le liquide de Müller, mais elle est bien moins évidente que par l'acide osmique. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Armand Gautier comme membre titulaire dans la section de physique et de chimie médicales.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Une demande en autorisation d'exploiter en France, pour l'usage médical, l'eau minérale salso-iodurée de la fontaine de Sales, près Rivanazzano (Italie). 2° Deux rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales d'Ax et d'Uriage. (*Comm. des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : 1° Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Seure*, de Saint-Germain-en-Laye. (*Accepté*) 2° Une lettre de M. le ministre des États-Unis, qui demande à l'Académie quelques indications sur les mesures sanitaires préventives et curatives contre la rage. 3° Une lettre de M. le docteur *Azam* (de Bordeaux), qui se porte candidat au titre de membre correspondant et qui adresse, à l'appui de sa candidature, un mémoire relatif à la réunion primitive et au pansement des grandes plaies. 4° Un pli cacheté déposé par MM. Mathieu fils, fabricants d'instruments de chirurgie. (*Accepté.*)

M. *le Président* annonce que MM. les docteurs Burdel (de Vierzon), Simonin (de Nancy), Seux (de Marseille), Rouget (de Montpellier) et West (de Londres), membres correspondants, assistent à la séance.

M. *Delpech* présente, au nom de M. le docteur *de Wecker*, un volume intitulé : *Thérapeutique oculaire*.

M. *Devergie* dépose sur le bureau deux brochures de M. le docteur *Hédouin*, l'une sur la dyspepsie, l'autre sur la médication marine, ses indications et ses contre-indications.

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Charles Brame* (de Tours), un mémoire manuscrit sur l'acné.

Nécrologie. — M. *le Président* annonce à l'Académie la mort de M. le professeur *Gubler* dont les obsèques auront lieu à Paris, samedi prochain (voy. aux *Variétés*).

Cancer et tuberculose. — M. le docteur *Burdel* (de Vierzon), membre correspondant, lit un travail intitulé : *Cancer et tubercule observés chez le même sujet.*

Depuis la lecture de son mémoire sur la *Tuberculose issue du cancer*, lecture faite il y a dix ans déjà, M. le docteur Burdel (de Vierzon) n'a cessé d'étudier, d'observer; et pour lui, comme pour un grand nombre de ses confrères, qui lui ont fourni un assez grand nombre d'observations sur ce sujet, pour lui, disons-nous, cette loi est d'une justesse et d'une exactitude mathématique, mais effrayante. Chaque jour vient lui apporter de nouvelles preuves irrécusables. Il n'a pas voulu, avec raison, donner lecture de ce nombre considérable d'observations, qui toutes se ressemblent un peu sur ce point; il a seulement voulu, aujourd'hui, communiquer à l'Académie une curieuse et remarquable observation dans laquelle on voit, chez le même sujet, apparaître le cancer d'abord, et, quelques années après, la tuberculose.

Il s'agit d'un sujet fort et vigoureux, né d'une famille de cancéreux, dont les enfants et petits-enfants sont morts tuberculeux, et qui voit apparaître, à l'âge de quarante-deux ans, à l'extrémité d'un moignon congénital de l'avant-bras, une tumeur cancéreuse. Amputé et guéri, il est atteint, quinze

---

on se représente la matière médicale d'alors, toute cette *cuisine arabesque* dont il nous fait un si piquant tableau.

J'ai cru devoir me borner, dans cette réplique, à quelques grands hommes avec les idées desquels il faut compter, quelque injustes ou erronées qu'elles puissent être. A quoi eût-il servi de recueillir, parmi des antagonistes plus ou moins obscurs (prenant leur revanche quand ils sont bien portants, de la dépendance où, malades, ils vivent de leurs médecins), les éternelles épigrammes, les mêmes clichés sur le caractère conjectural de leur art, ou sur le droit qu'on leur octroie de tuer impunément leurs semblables? Les hommes de l'art conserveront toujours, quoi qu'on dise, un immense avantage sur leurs détracteurs : à la différence de ceux-ci, ils ont étudié le terrain sur lequel ils combattent, et pour parler comme l'un des personnages de Molière : « Toujours faut-il demeurer d'accord que, sur cette matière, les médecins en savent plus que les autres. » (*Malade imaginaire.*)

Dr Constant Saucerotte.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 10 avril 1879, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Réeb (François-Camille) et Vézien (Ernest).

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Fée (Mathieu-Félix-Eugène); Lèques (Marie-Joseph-Xavier); Boisseau (Edmond-Maximilien-Etienne); Pallé (Jean-Pierre).

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Sabathier (Louis-Marie-Janvier); Arnaud (François-Fulgence-Faustin-Fulcran-Fréjuts); Marvy (Pierre-Victor); Barthélemy (François-Jules); Goguet (Auguste-André-Marie); Régnier (Marie-Gustave-Léon); Gavoy (Emile-Alexandre); Laederich (Charles-Georges); Roux (Bernard-Joseph-Adrien).

Au grade de pharmacien principal de 1re classe : M. Courant (François-Louis).

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : M. Strohl (Georges-Emile).

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Rebuffat (Adrien-Hyacinthe-Bernard-Maxime).

mois après, d'une hyperhémie phymique des deux poumons, et meurt après cinq à six semaines d'alitement. A l'autopsie, on trouva les deux poumons granités de tubercules.

Cette observation, si caractéristique et si tranchée, fait voir, d'une façon bien nette et irrécusable, l'intime filiation qui existe entre ces deux états nécrobiosiques; par cet exemple, et tant d'autres qu'il a observés, on ne peut nier que le cancer, dans le plus grand nombre des cas, ne soit véritablement une souche trop fertile de tuberculoses.

Cette loi si terrible et si fatale offre du moins comme compensation, en présageant l'avenir si cruel qui pèse sur certaines familles, de pouvoir, dans quelques cas, prévenir le mal et l'éloigner par des alliances d'abord, et ensuite par une hygiène intelligemment conseillée et dirigée.

Rapports. — M. *Marotte* donne lecture de la première partie du rapport sur le *prix Godard*.

Eaux minérales. Contrexéville. — M. le docteur *Debout d'Estrées* présente à l'Académie le résultat de l'analyse spectroscopique de cette eau minérale, faite au laboratoire de la Faculté avec le concours de M. Wilm, chef des travaux chimiques.

Les conclusions de l'auteur établissent que le spectroscope a permis de constater dans l'eau de Contrexéville: la raie jaune du sodium, la raie rouge du lithium, la raie rouge et la raie verte du calcium, la raie rouge et la raie violette du potassium.

Pas de trace de cæsium, de rubidium et de strontiane, cette dernière ayant été signalée à tort dans une analyse faite par M. O. Henry.

En outre, un dosage de la lithine en fixe la quantité à quatre milligrammes de bicarbonate de lithine par litre, chiffre d'ailleurs conforme à celui indiqué par l'analyse de M. Debray, de l'Institut.

De la pleurésie aigue multiloculaire. — M. *Jaccoud*, fait une longue et intéressante communication sur les caractères de la pleurésie aiguë multiloculaire et sur les adhérences.

On avait cru jusqu'à ce jour, avec Wintrich, que cette forme de pleurésie ne pouvait être diagnostiquée que par la nécropsie. M. Jaccoud propose aujourd'hui un nouveau moyen de diagnostic qui peut être énoncé dans les deux lignes suivantes : *la conservation des vibrations thoraciques remplissant certaines conditions définies et coïncidant avec un ensemble déterminé de signes physiques.*

On sait depuis Monneret que les vibrations pectorales sont conservées, ou même accrues, lorsqu'en l'absence de liquide, des adhérences fortes relient solidement le poumon à la paroi costale; Wintrich, six ans plus tard, a donné pour la persistance des vibrations dans la pleurésie une formule aussi générale qu'exacte en disant que le fremitus vocal continue à être perçu dans tous les points où, pour une cause quelconque (adhérences, contraction, compression), le poumon reste en contact avec la paroi thoracique, tout en étant perméable à l'air. J'ai observé d'autre part, et mon expérience a été corroborée par une déclaration du professeur Gerhardt en 1876, que les vibrations peuvent être conservées, et seulement affaiblies, dans toute l'étendue de la matité, au cas d'épanchements médiocres, purement séreux, pauvres en cellules; c'est là une conséquence de ce principe de physique qui établit un rapport direct entre la transmission des ondes sonores et l'homogénéité des conducteurs, principe qui a été appliqué à l'interprétation des phénomènes stéthoscopiques par Hoppe en 1854, par Schweigger en 1857, et qui a été plus tard si ingénieusement utilisé par le professeur Baccelli.

On le voit donc, et M. Jaccoud insiste sur ce point pour prévenir une erreur grave, ce n'est pas le simple fait de la conservation des vibrations vocales qui peut révéler la division pluriloculaire de la pleurésie aiguë, ce sont les particularités et les coïncidences de ce fait générique, qui le spécialisent dans certains cas au point d'en faire un signe indicateur de cette disposition de l'épanchement.

M. Jaccoud pense donc que le diagnostic de la pleurésie multiloculaire peut être fait avant la ponction.

On sait que les vibrations sont conservées lorsqu'en l'absence de liquide des adhérences retiennent le poumon à la paroi costale. Lorsque l'épanchement est peu abondant, séreux et pauvre en cellules, les vibrations peuvent être conservées là où il existe de la matité.

Il y a lieu d'admettre deux types sémiologiques distincts:

Premier type. — Sur un côté du thorax présentant les signes ordinaires de l'épanchement total, les vibrations sont conservées sur un espace s'étendant de la colonne vertébrale au sternum; ailleurs les vibrations sont abolies. Cette bande indique la présence d'adhérences costo-pulmonaires.

Deuxième type. — Les vibrations sont conservées dans toute l'étendue de la matité en arrière et à la partie inférieure, sauf dans une zone d'un à deux travers de doigt. La matité est absolue, il n'y a pas de tympanisme ni d'élasticité; la bronchophonie est éclatante, le souffle fort. Ces symptômes distinguent ce type du précédent et font reconnaître la pleurésie aiguë multiloculaire.

La cavité des lobes est traversée par des brides qui vont du poumon à la paroi costale sans diviser cette cavité en deux parties indépendantes comme dans le type précédent. C'est la pleurésie multiloculaire à cloisonnement multiplié.

Ces pleurésies multiloculaires supportent admirablement la thoracentèse. M. Jaccoud a recueilli 6 cas sur lesquels il a eu 3 décès.

Le diagnostic de cette variété de pleurésie a une grande importance pratique. En effet, de ce diagnostic découle un pronostic particulier, à savoir que cette pleurésie est plus grave que les autres en raison des adhérences qui lui survivent nécessairement, et l'on sait les effets désastreux qu'exerce sur l'hématose et sur le cœur l'adhérence étendue et totale du poumon. De ce diagnostic découle en outre un précepte thérapeutique que M. Jaccoud formule en ces termes absolus : « *La pleurésie multiloculaire aiguë ne doit pas être traitée par la thoracentèse;* la ponction n'y est autorisée que lorsque la suffocation paraît imminente. »

Après avoir rapporté quelques observations très-concluantes, l'auteur termine son intéressante communication par les considérations suivantes :

« Je tiens à insister encore, dit-il, sur l'importance des notions relatives à la symphyse costale du diaphragme; l'intérêt vraiment grave de ce sujet n'est point limité, je l'ai montré, au domaine un peu restreint de la pleurésie multiloculaire; il n'est pas une pleurésie qui ne puisse présenter cette disposition anatomique; par suite la détermination de l'état du diaphragme fait partie intégrante du diagnostic de la maladie, et comme il n'existe aucun rapport, ni direct, ni inverse, entre l'abondance de l'épanchement et l'existence de ces adhérences, elles doivent être recherchées dans chaque cas par un examen délibéré, et abstraction faite de toutes les autres particularités de la pleurésie; cette appréciation, dont je crois avoir indiqué les moyens, est pour la thoracentèse une condition préalable d'absolue nécessité; enfin il résulte de ces faits qu'il ne convient pas d'assigner, même d'une manière générale, un lieu d'élection quelconque à la ponction de la poitrine dans la pleurésie; ce lieu, que commande avant tout l'éventualité des adhérences pulmonaires et diaphragmatiques, varie nécessairement d'un malade à l'autre, et la croyance à une règle fixe pourrait avoir les plus désastreuses conséquences. »

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Traitement des tumeurs blanchee. — Résection du tibia chez l'adulte. — Chondrome de la glande eoue-maxillaire.

M. *Azam* (de Bordeaux), membre correspondant de la Société de chirurgie, adresse une brochure ayant pour titre : *Réunion primitive et pansement des grandes plaies*. L'auteur expose en détail la *méthode de Bordeaux*, qui est pour lui l'expression la plus simple de la réunion immédiate ; il ne croit pas que cette méthode puisse répondre à toutes les indications de la pratique; il est des circonstances où les pansements de Lister et de Guérin doivent lui être préférés.

— M. *Badal* fait hommage à la Société d'un volume intitulé : *Clinique ophthalmologique*.

— M. *Suchard*, de Lavey (Suisse), lit un mémoire sur le traitement des tumeurs blanches. M. Suchard dirige un établissement thermal qui reçoit beaucoup de scrofuleux et des enfants atteints de tumeur blanche. Les bains ont souvent pour effet de réveiller l'inflammation de l'articulation malade et de faire passer l'arthrite chronique à l'état d'arthrite subaiguë. Pour éviter ces poussées inflammatoires, M. Suchard plaça les membres malades dans des gouttières, dans les appareils amovo-inamovibles, mais rien n'était changé. Il remplaça les bains par des douches en pluie, par les bains à l'hydrofère, même résultat défavorable.

Vers 1830, John Scott avait communiqué à Mathias Mayor une méthode de traitement des tumeurs blanches qui donnait des succès exceptionnels; cette méthode fut transmise à M. Suchard par un vieux médecin de Lausanne. Depuis l'application de ce traitement, les poussées inflammatoires ont disparu et les malades guérissent assez rapidement. Quelques enfants traités dans les salles de M. de Saint-Germain ont bénéficié de ce traitement.

Voici comment est composé le pansement. Un morceau de lint anglais est enduit sur le côté pelucheux d'une couche épaisse de pommade (onguent mercuriel camphré et savon, parties égales). Ce lint est appliqué sur l'articulation malade et fixé au moyen d'un bandage avec bandelettes de diachylum. Sur ce diachylum on met un emplâtre de savon, et on fixe le tout avec des rubans de cuir. M. Suchard a parfois employé pour un pansement 120 grammes de pommade, et il n'a jamais vu de salivation. On obtient avec le diachylum la compression, avec le mercure l'action médicamenteuse, et avec les rubans de cuir l'immobilisation de l'article. Quand la peau est saine, il y a avantage à faire une friction avec la pommade. On enlève l'appareil tous les neuf ou dix jours. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Perrin, Delens et Marc Sée.)

— M. *Pamard* (d'Avignon) communique deux observations de résection du tibia chez l'adulte. Le procédé employé a été le suivant : deux incisions verticales reliées par une troisième; décollement du périoste; section de l'os avec une scie à chaîne.

Le premier malade, âgé de vingt-deux ans, entra à l'hôpital le 10 avril 1878. Il avait fait une chute à l'âge de quatorze ans, d'où entorse tibio-tarsienne; de petits fragments d'os sont sortis un peu plus tard en avant de la jambe. L'état général était assez bon; la marche était difficile. Un stylet introduit par les trajets fistuleux de la jambe conduisait sur le tibia, mou, friable, carié.

Opération le 24 avril 1878. Application de la bande d'Esmark. Le péroné était malade. On en enleva 4 centimètres. Le tibia fut réséqué sur l'étendue de 12 à 14 centimètres. Le 23 juillet, le malade marchait avec des béquilles ; en mars 1879, la guérison était complète. La jambe n'est pas déformée; le tibia s'est reproduit; il est un peu moins fort que celui du côté opposé. Les mouvements sont conservés, sauf à l'articulation tibio-tarsienne.

M. *Houel* dit que sur la pièce présentée par M. Pamard il y a un véritable abcès des os. Cet abcès ne communique pas avec le canal médullaire; l'os est gonflé et tuméfié. L'abcès siége dans l'épiphyse inférieure du tibia. En pareil cas, si l'on pouvait appliquer à temps des couronnes de trépan, peut-être que l'os guérirait.

M. *Trélat*. Il y a incontestablement un abcès de l'os. Sur certaines pièces on voit ces abcès circonscrits par un peu d'ostéite; ici l'ostéite est généralisée; il y a eu aussi de la périostite, de l'ostéomyélite. C'est l'évolution lente, subaiguë d'une ostéite généralisée qui a donné lieu à un abcès de l'os. Au point de vue de la déduction thérapeutique, il est vrai, comme le dit M. Houel, qu'on peut trépaner et ruginer les parois de l'abcès ; mais, quand l'os est profondément altéré, comme dans ce cas particulier, le meilleur parti à prendre est celui qu'a pris M. Pamard.

M. *Desprès* observe en ce moment un enfant qui, à la suite d'un traumatisme, a une ostéite juxta-épiphysaire chronique de l'extrémité supérieure du tibia; c'est le début de l'affection pour laquelle M. Pamard a réséqué le tibia.

M. *Pamard* a opéré un second malade qui avait été soigné à l'âge de dix-huit ans, par M. Pamard père, pour une ostéite du tibia. Dix-huit ans plus tard, il existait des douleurs intolérables au-dessus de la malléole interne; une application du trépan ne donna aucun résultat. M. Pamard fils réséqua le tibia; il y eut reproduction complète de l'os malgré l'âge du malade (trente-six ans).

M. *Trélat*. Il y a aussi des abcès de la continuité des os longs, mais il faut un traumatisme pour déterminer ces cavités purulentes; par exemple, au niveau d'une fracture consolidée depuis quelques années, il peut se former un abcès de l'os.

M. *Lannelongue* a appelé cette maladie *ostéomyélite*, parce que cette inflammation naît dans les régions où il y a beaucoup de moelle; il ne faut pas réserver le nom d'ostéomyélite pour l'inflammation simple de la moelle, car sur plus de cinquante observations M. Lannelongue n'a jamais vu le mal débuter par le canal médullaire. La maladie naît au voisinage du cartilage épiphysaire et non au niveau même de ce cartilage. C'est dans ce que M. Lannelongue appelle le bulbe de l'os que débute l'inflammation. La maladie marche parfois vers le centre, d'autres fois vers la périphérie; si elle se dirige vers la diaphyse, elle envahit en quelques heures le canal médullaire. Les os restent atteints de l'ostéite en apparence secondaire, qui persiste après la guérison de l'ostéomyélite.

M. Lannelongue conseille de trépaner dès le début, même sans abcès sous-périostique; après un jour ou deux, le trépan devient insuffisant; il faut alors réséquer, comme l'a conseillé Holmes; plus tard encore, l'amputation devient nécessaire.

Les enfants de tout âge sont pris; on ne peut pas dire que c'est la maladie des adolescents. Elle se développe dans des os qui n'ont pas d'épiphyse, comme M. Lannelongue vient d'en voir un exemple chez un enfant de treize ans. Le petit malade accusait une douleur très-vive à l'épaule; la région de l'omoplate était tuméfiée; l'articulation scapulo-humérale était saine; la partie inférieure de l'omoplate était malade. On trouva du pus en un point où il n'y avait pas d'épiphyse; la maladie peut envahir les os courts comme les os plats.

— M. *Nepveu* lit un travail sur le chondrome de la glande sous-maxillaire.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

Lésions accidentelles chez un animal reproduites chez ses petits sous forme de lésions congénitales : M. Brown-Séquard. — Innervation du foie : M. Picard. — Histologie de la néphrite parenchymateuse : M. Cornil. — Un cas de traumatisme crânien : M. Bochefontaine. — De la transmission de la diphthérite des animaux à l'homme : M. Trasbot. — Ligaments latéraux de la moelle épinière chez les ophidiens : M. Blanchard.

M. *Brown-Séquard* rappelle à la Société une série de faits dans lesquels des animaux, accidentellement privés d'un membre ou d'un organe, ont donné naissance à des sujets chez lesquels cette perte de substance se reproduisait sous forme de malformation congénitale. Dans d'autres cas, au lieu d'une mutilation, on a vu les petits présenter des segments de membre supplémentaires. Ces observations ont pu être faites très-fréquemment pour des doigts sur les cochons d'Inde. Quelquefois, à la suite de lésions nerveuses chez les parents, les enfants présentent les mêmes troubles fonctionnels que s'ils avaient été eux-mêmes atteints d'une lésion tout à fait semblable : épilepsie à la suite de section du sciatique et d'hémisection de la moelle, exophthalmie à la suite de lésion du corps restiforme. L'espèce humaine présente aussi quelques cas avérés de ces transmissions héréditaires : M. Brown-Séquard cite l'observation de trois jeunes filles dont le père avait eu une fracture du maxillaire inférieur irrégulièrement consolidée et qui présentaient elles-mêmes une inflexion de cet os; il cite des cas analogues relatifs à des rétractions du médius ou à des pertes de phalanges de l'index. A l'appui de ces faits, M. Brown-Séquard présente une famille de cochons d'Inde : la mère, chez laquelle un corps restiforme avait été sectionné, a présenté, quatre mois après, des hémorrhagies, puis des plaques de gangrène sèche dans le pavillon de l'oreille du même côté; des trois petits qui sont nés d'elle hier, le premier porte aux deux oreilles des appendices supplémentaires; le second, au contraire, des échancrures sur le bord libre du pavillon de l'oreille, au côté opposé à celui de la lésion expérimentale de la mère ; chez le troisième enfin, on constate dans les mêmes points des foyers hémorrhagiques, qui aboutiront certainement, comme c'est la règle, à des pertes de substance. M. Brown-Séquard pense que tous ces faits s'expliquent par la transmission héréditaire de lésions nerveuses, plutôt que par la transmission directe de lésions des organes mutilés.

M. *Rouget* indique des faits de difformités héréditaires tout à fait analogues qu'il a pu observer sur les salamandres, à la suite de section de la queue.

A l'occasion d'une question de M. Dumontpallier, M. *Brown-Séquard* établit les distinctions suivantes au sujet des épilepsies héréditaires : les animaux nés de parents dont la moelle a été hémisectionnée présentent des attaques d'épilepsie spontanées et n'ont pas de zone épileptogène ; si les parents ont subi en outre la section du nerf sciatique et la perte d'un ou plusieurs doigts du membre ainsi énervé, leurs petits portent des lésions congénitales des doigts et ont une zone épileptogène.

— M. *de Sinéty* lit, au nom de M. *Picard* (de Lyon), une note relative à l'innervation du foie. La section des nerfs qui se rendent à cet organe ne trouble ni la fonction glycogénique ni la sécrétion biliaire ; l'excitation des bouts centraux provoque peu de douleur; celle des bouts périphériques ne semble pas influencer d'une façon régulière la circulation hépatique, étudiée d'après la coloration de la surface de la glande ou l'écoulement du sang à la surface d'une coupe.

— M. *Cornil* montre une série de préparations histologiques prises sur des reins atteints à divers degrés d'inflammation parenchymateuse. Les cellules qui tapissent les tubes urinifères sont tuméfiées et contiennent de petites granulations de substance protéique transparente, coagulable par l'acide osmique. Ces gouttelettes albumineuses sont ensuite versées dans l'intérieur des tubuli : l'albuminurie apparaît ainsi comme une véritable sécrétion pathologique des cellules épithéliales du rein. On trouve en outre des granulations graisseuses infiltrant ces cellules et des globules rouges épanchés dans les tubuli et surtout dans la capsule des glomérules de Malpighi.

— M. *Bochefontaine* présente l'encéphale d'un cheval, tué par un coup violent appliqué sur la région frontale. Le crâne est défoncé, le corps calleux broyé, le ventricule moyen est ouvert, toutes les sinuosités de la surface cérébrale contiennent des caillots; le quatrième ventricule ne présente pas trace d'hémorrhagie. On rencontre un petit foyer dans la moitié gauche du bulbe, mais la superficie est intacte. Ce fait est en contradiction manifeste avec les théories de M. Duret sur le choc céphalo-rachidien.

— M. *Trasbot* a cherché si les craintes récemment exprimées par M. Nicati au sujet de la contagion possible de la diphthérite des volailles à l'homme pouvaient être justifiées par des expériences. Des fausses membranes, du sang, du mucus pris à des coqs ou à des poules diphthéritiques et appliqués sur les muqueuses ou introduits dans le tissu cellulaire de plusieurs animaux n'ont donné que des résultats négatifs. Chez le chien, l'expérience n'a que peu de valeur; cet animal n'est pas sujet à la diphthérite et est particulièrement réfractaire aux maladies inoculables ; mais elle en a davantage chez le porc qui souvent est atteint d'affections pseudo-membraneuses. L'inoculation de poule à poule a au contraire très-bien réussi. Un élève de M. Trasbot, M. Faiès, a tenté sur lui-même, à l'insu de M. Trasbot, l'inoculation diphthéritique, en maintenant plusieurs minutes dans sa gorge des lambeaux de membranes prises à un coq : il n'a pas éprouvé le moindre accident. Les hypothèses de M. Nicati ne paraissent donc pas fondées.

M. *Laborde* croit que les expériences seraient plus concluantes si les débris membraneux étaient mélangés aux mets des animaux observés et leur étaient administrés à plusieurs reprises ; M. Galippe rappelle que l'identité entre les produits membraneux de l'homme et des animaux atteints de diphthérite n'est pas aussi complète que le semble croire M. Trasbot; il ajoute que dans ceux des poules, M. Méguin a trouvé des parasites spéciaux ; enfin M. Dumontpallier demande que des inoculations soient tentées sur les animaux avec des fausses membranes empruntées à l'homme.

— M. *Blanchard*, au nom de M. *Jolyet* (de Bordeaux) et au sien, décrit deux ligaments latéraux qui courent sur les côtés de la moelle épinière des ophidiens, dans l'épaisseur même de son enveloppe conjonctive, et qui semblent destinés à éviter les froissements de l'axe nerveux dans les mouvements de reptation.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Mémoire sur le bromhydrate de cinchonidine. Sa puissance fébrifuge, les avantages de son emploi par la méthode hypodermique, par M. le professeur A. Gubler.

La cherté du sulfate de quinine, l'épuisement rapide des quinquinas dans les forêts de l'Amérique méridionale ont poussé les Anglais et les Hollandais à essayer dans l'Inde et à Java la culture de cet arbre précieux. L'analyse des écorces récoltées dans ces nouvelles plantations a produit un grand désenchantement; elles sont en effet pauvres en quinine et contiennent par contre une forte proportion des alcaloïdes

de la série congénère. Les médecins de Madras, possédant une grande quantité de *cinchonine*, de *cinchonidine*, de *quinidine*, et enfin de *quinicine* et de *cinchonicine* (ces deux derniers sont tout à fait neutres), ont entrepris d'étudier la puissance fébrifuge de ces alcaloïdes et sont arrivés à cette conclusion tout à fait inattendue que la cinchonine, la cinchonidine et la quinidine jouissent de propriétés antipériodiques égales à celles de la quinine. Ce résultat a paru étrange, surtout en ce qu'il est en complet désaccord avec ce que nous savons de la cinchonine. M. le professeur Gubler a voulu alors étudier par lui-même ce point important de la thérapeutique, afin de vider la question.

Avant d'entrer dans le détail de l'étude expérimentale, il remarque d'abord que la quinidine est de la quinine dont une partie de la puissance est épuisée, puisque c'est sous cette forme que la quinine est en notable partie éliminée par le rein (thèse de Guyochin, 1872). Parmi les alcaloïdes du quinquina, quatre sont dextrogyres; la quinine et la cinchonidine sont seuls levogyres, et il croit que ce dernier devrait occuper la tête de sa série cinchonique; donc son nom serait mal composé, et voici comment il rangerait les alcaloïdes des quinquinas : 1° série quinique : quinine, quinidine, quinicine; 2° série cinchonique : cinchonidine (ou mieux cinchonine levogyre), cinchonine, cinchonicine.

M. Gubler a soigné six malades atteints de fièvres intermittentes fortes par le bromhydrate de cinchonine levogyre (cinchonidine). Il a bien réussi; aussi donne-t-il les conclusions suivantes : 1° La cinchonidine présente au plus haut degré les propriétés fébrifuges qui distinguent la quinine dont elle est l'équivalent thérapeutique; 2° l'action physiologique des deux alcaloïdes n'est pas sensiblement différente aux yeux du praticien, qui ne met en œuvre que des doses moyennes et nullement toxiques; 3° les combinaisons de la cinchonine levogyre jouissent de tous les privilèges que cet hydracide semble conférer aux alcaloïdes organiques. Comme ceux de quinine, les bromhydrates de cinchonidine se montrent plus sédatifs, moins prompts à déterminer des phénomènes d'ivresse spéciale : surdité, bourdonnements, céphalalgie, vertiges, etc., et, de plus, absolument inoffensifs pour le tissu cellulaire sous-cutané; 4° les bromhydrates de cinchonidine sont donc parfaitement adaptés à la méthode hypodermique, mais le bromhydrate acide, que nous proposerons d'appeler *dibromhydrate*, doit être préféré, en raison de sa plus grande solubilité. La solution de dibromhydrate de cinchonidine au cinquième (1/5ᵉ) répond à toutes les exigences de la pratique, en ce sens qu'elle est stable et suffisamment concentrée; 5° une solution de 1 centimètre cube de cette solution (contenu habituel d'une seringue de Pravaz), contenant 20 centigrammes de principe actif, répétée deux fois par jour, a le pouvoir de supprimer les accès de la fièvre palustre la plus intense, comme le ferait une dose quotidienne de 1 à 2 grammes de sulfate de quinine absorbée par la voie stomacale; 6° en conséquence, nous ne saurions trop recommander l'emploi de la cinchonine levogyre, et particulièrement celui du dibromhydrate de cette base, en injections hypodermiques, aux médecins des hôpitaux civils, ainsi qu'à nos confrères de la marine et de l'armée. Ils assureront par là le salut de leurs malades et réaliseront une économie de 80 pour 100.

Nous regrettons de ne pouvoir également donner même la substance de deux points que M. Gubler touche épisodiquement : les émanations miasmatiques des eaux d'égout, auxquelles il ne croit guère, et l'influence spécifique de l'acide bromhydrique pour empêcher l'urine quinique, d'après les expériences des médecins de Londres et de Vienne. (*Journal de thérapeutique*, 1878, nᵒˢ 16, 17, 18 et 21; 25 août, 10 et 25 septembre, 10 novembre; pages 601, 641, 681 et 801; et 1879, n° 1, 10 janvier, page 1.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, par Alphonse Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, etc. — 1 vol. in-8. Paris, 1878, V. A. Delahaye et Cᵉ.

Il y a plus de quinze ans que M. A. Guérin faisait paraître un premier volume sur les maladies de l'appareil génital externe de la femme. Il annonçait déjà à cette époque la publication d'un ouvrage sur les maladies des organes génitaux internes. Ce long intervalle entre l'apparition de deux volumes destinés à se compléter mutuellement nécessitait quelques explications. M. Guérin nous en donne d'excellentes : « Quand je publiai les leçons que j'avais professées à l'hôpital de Lourcine, dit-il, j'avais l'intention d'en faire sur les maladies des organes génitaux internes, que j'avais étudiées, avec un soin tout particulier, pendant plusieurs années; mais je ne tardai pas à reconnaître que, pour oser enseigner, il fallait avoir plus d'expérience que je n'en avais alors, sur des maladies qui, affectant des organes moins accessibles à nos sens que les organes externes, offrent de réelles difficultés au point de vue du diagnostic. J'ai attendu plus de vingt ans et peut-être me suis-je encore trop pressé. Pour ne citer qu'un exemple de la précipitation que l'on met à publier, il me suffira de rappeler ce qui m'est arrivé pour une des maladies sur lesquelles j'ai fait plusieurs leçons; je croyais être bien sûr que les symptômes attribués au phlegmon du ligament large lui appartiennent à l'exclusion de toute autre maladie, et voilà qu'après m'être bien appesanti sur ce sujet, je me suis aperçu qu'un adéno-phlegmon situé en dehors de ce ligament se traduit à notre investigation par des signes que tous les gynécologistes ont attribués au phlegmon du ligament large.

» Je n'ai donc pas la prétention d'avoir irrévocablement fixé nos connaissances sur les maladies des organes génitaux de la femme; mais je me suis décidé à publier mes leçons parce qu'elles sont l'expression d'une vieille expérience et de recherches consciencieuses. »

Nous avons tenu à reproduire ces quelques lignes de la préface de M. A. Guérin, parce qu'elles montrent avec quel esprit méthodique et consciencieux l'auteur a entrepris ses recherches et ses études.

Ce volume contient dix-neuf leçons; une introduction les précède, qui nous initie à la manœuvre du spéculum, au toucher vaginal et à l'hystérométrie. Puis l'auteur entre en matière et son premier chapitre traite de la menstruation. Il critique rapidement les théories diverses, décrit les caractères du flux menstruel, et prépare ainsi l'étude des inflammations de l'utérus. Les six leçons suivantes ont pour objet les métrites : la métrite interne, la métrite parenchymateuse et la métrite chronique. Nous recommandons surtout le chapitre sur la métrite interne en général, si mal décrite et si souvent méconnue.

La quatrième leçon, qui traite de la métrite puerpérale, présente un intérêt particulier. On sait combien est obscur le mot fièvre puerpérale; M. Guérin pense que l'on confond trop souvent deux maladies bien différentes, l'infection purulente provoquée par l'absorption à la surface de la plaie utérine des ferments atmosphériques, d'une part, et, d'autre part, la métrite puerpérale qui se complique souvent elle-même de péritonite et de phlegmon du ligament large. Il s'efforce d'établir le diagnostic entre ces deux maladies que séparent leur pathogénie et leur anatomie pathologique, leurs symptômes mêmes et leur traitement. Nous trouvons ensuite une leçon sur la métrite exfoliatrice ou dysménorrhée membraneuse ; une série de chapitres intéressants et nouveaux sur la métrite chronique terminent ce qui a trait à l'importante question des inflammations utérines.

Dans la huitième leçon, M. Guérin étudie la congestion

pelvienne; il préfère, à juste titre, ce mot à celui de congestion *utérine* qui fait abstraction de l'intime solidarité des plexus veineux du bassin. Puis il parle de la « *fluxion* » que M. Courty distingue de la congestion et montre qu'il est assez difficile de marquer la limite exacte entre la congestion et l'inflammation, pour ne pas multiplier encore les causes de troubles. Si la fluxion n'est pas la congestion physiologique qui survient au moment des règles, elle n'est autre chose que la congestion classique décrite depuis longtemps et dont M. Guérin donne à son tour une étude fort soignée.

Signalons encore les chapitres consacrés au phlegmon du ligament large, à l'adéno-phlegmon rétropubien et à la pelvi-péritonite. Sans nier l'existence du phlegmon des ligaments larges, l'auteur demande que son étude soit formellement révisée; il croit que l'on en exagère la fréquence et que, sous ce nom, on a désigné souvent une affection fort différente, dont M. Guérin le premier a donné la description: *l'adéno-phlegmon rétropubien*. Nous appellerons seulement l'attention sur une autopsie très-intéressante qui confirme cette opinion.

Ce court exposé analytique suffit pour donner une idée du livre de M. Alphonse Guérin, qui se recommande à l'attention des gynécologistes par des qualités essentiellement pratiques. Partout on sent que l'auteur est sur un terrain qui lui appartient et qu'il fait une étude clinique approfondie des sujets qu'il traite.

Disons quelques mots en terminant des belles planches chromolithographiques qui terminent cet excellent livre et qui représentent divers états morbides du col. Les figures intercalées dans l'introduction et qui ont trait à l'exploration des organes génitaux sont également très-originales; mais quelques-unes pèchent sous le rapport de l'exécution; c'est ainsi que la figure K nous a semblé très-imparfaite et peu digne de figurer dans un ouvrage de cette importance. Mais c'est là une tache insignifiante qui n'enlève rien aux qualités fondamentales du livre de M. Guérin.

A. Lutaud.

VARIÉTÉS

La peste d'Astrakhan.

Nous recevons d'un de nos abonnés de Saint-Pétersbourg, au sujet de la peste de Russie, une lettre que son étendue et sa forme familière nous empêchent de reproduire intégralement, mais qu'on peut résumer de la manière suivante :

Les gens compétents et qui observent de sang-froid et de près sont étonnés (notre correspondant dit *stupéfaits*) de voir combien les excitations de l'opinion publique sont peu en rapport avec l'état actuel des choses. A propos d'un *Naum Prokoffjew* (1) quelconque, des savants de premier ordre ont la bonté d'entrer en campagne, de remplir les journaux de discussions interminables, pendant que toutes les *Bourses* de l'Europe attendent anxieusement le procès-verbal de la santé du malade de Botkin!

L'intervention de la finance et de la presse dans les questions sanitaires, et la panique, voilà le grand mal. Nous ne disons rien du rôle de la politique, dont il a été parlé, mais qui ne nous regarde pas.

Il ne faut pas oublier que la Russie n'a guère que des assignats, que le rouble a un cours extrêmement variable et que, par suite, des spéculations énormes sont engagées sur cette valeur, surtout dans les pays limitrophes. L'épidémie de peste, étant un fait de nature à amener la baisse, a été exploitée à outrance, et la presse s'est faite l'agent intéressé ou dupé de cette exploitation. On ne saurait assez insister sur ce point. Tous les *canards* (*sic*) les plus invraisemblables ont été lancés et soutenus par des journaux russes, et là où le patriotisme commandait de n'apporter que la vérité et la clarté, ils n'ont su faire que la confusion et l'obscurité. On connaît les résultats de cette triste besogne, et la Russie est à même de les apprécier tous les jours.

(1) Nom du malade dont on a tant parlé récemment.

Quant à la panique, elle a commencé à Vienne dès que l'on eut connaissance de l'épidémie, on ne sait vraiment pas trop pourquoi. Dans le monde officiel, comme dans les cercles privés, on ressentait ou l'on affectait de ressentir une profonde terreur. « Les Viennois sont fous à lier, » disait un savant bien connu de Berlin, à son retour de la capitale de l'Autriche. Rien n'est contagieux comme la peur. On s'en aperçut bientôt en Allemagne et en France, où le ton de la presse devint subitement et à la légère presque menaçant.

Puis vint le discours de Botkin, prononcé à la Société de médecine de Saint-Pétersbourg, le 11/23 janvier 1878. Ce discours, dont vous n'avez eu que les extraits les plus insignifiants, est vraiment important. Le célèbre professeur voit les choses de très-haut, et, rompant avec les habitudes traditionnelles de tous les pays en pareil cas, il prononce hardiment le nom de peste. Mais il ne s'arrête pas là : « Une seule forme de la peste, dit-il, présente une mortalité pareille à celle de Wetlianka, un décours aussi rapide, des symptômes aussi prononcés du côté des voies respiratoires, c'est la peste des Indes, la *peste noire* du moyen âge. » — Ce mot de peste noire a certainement produit un effet désagréable, même dans le monde médical. « Tout ce que vous voudrez, mais pas la peste noire, » disait un prince russe à un savant étranger, qui n'en revenait pas.

Ajoutez encore les contradictions des médecins eux-mêmes. Le docteur Dœppner penchait visiblement pour la peste, tandis qu'à peine arrivés, les docteurs Morosof et Gregorrif télégraphiaient à Saint-Pétersbourg qu'il s'agissait d'une pneumonie croupale. Enfin, le docteur Krassowsky, qui est resté courageusement à son poste depuis le 18/30 décembre environ jusqu'au 8/20 mars, niait toujours que la maladie qui, en une semaine, avait tué 200 personnes du village, fût la peste à bubons. On dit cependant qu'il a été convaincu par le dernier cas.

Enfin, l'éloignement d'un pays peu civilisé, soumis à l'autorité d'un Etat dans l'Etat (le gouvernement cosaque), tout cela a contribué à entretenir la confusion et une terreur qui n'a pas encore cessé, bien qu'elle ait diminué aux yeux du grand nombre. On répétait que la Russie était sous le coup d'une épidémie de peste générale; des faits cliniques multipliés le démontraient; ce qui s'est passé à Wetlianka pouvait se reproduire sur l'un ou l'autre point de son territoire, et l'Europe devait prendre contre elle les précautions les plus rigoureuses.

En fait, la peste va-t-elle gagner telle ou telle ville russe? Personne n'en sait rien. Mais, quant à présent, voici simplement de quoi il s'agit.

Il s'est produit dans le petit village de Wetlianka, en novembre 1878, une épidémie de peste à bubons dont on ignore l'origine. Cette épidémie, d'abord méconnue, parce qu'elle était bénigne, a pris rapidement une extension considérable dans la localité, puis s'est terminée subitement. La maladie a été importée dans quelques villages environnants, mais ses progrès ont été arrêtés le plus facilement du monde. Actuellement *elle a disparu en tant qu'épidémie*. Les derniers cas signalés sont extrêmement isolés et bénins. Tout le théâtre de l'épidémie a été parcouru par des délégués étrangers qui ont pu constater la réalité de ce dernier fait. Vous n'ignorez pas qu'un de ces délégués est de votre pays. Même en admettant qu'ils se soient trompés ou qu'ils aient été trompés, qu'il existe des cas cachés ou inconnus du gouvernement (par exemple, chez les Kalmouks ou les Khirgizs), ces cas ne peuvent être nombreux et, par suite, ne constituent pas un danger. Le danger n'existe que là où il y a des chemins de fer ou au moins des routes de poste. Du reste, les tromperies dont on a parlé n'existent pas. Le gouvernement russe a agi en toute cette affaire avec une franchise peut-être inusitée, mais certainement des plus louables.

En dehors de ce qui vient d'être dit, qu'y a-t-il? Et quels sont les faits cliniques? Partout où apparaît un bubon on crie à la peste. Si un soldat a une adénite cervicale, cas suspect! Si un garde forestier a un abcès du cou, cas suspect! Si un brave mari a un bubon suppuré dans l'aine, cas suspect! Et l'on se met à vingt ou trente pour deviner qu'il est des petits détails que l'on cache à sa famille. On ne saurait trop réagir contre cette tendance. N'est-ce donc que d'aujourd'hui que nous rencontrons des bubons soi-disant spontanés? Et si la chose existait il y a dix ans, vingt ans, comme elle existe aujourd'hui, pourquoi tourmenter l'opinion publique d'études cliniques prématurées, et jeter à travers la confusion universelle des nouveautés pathologiques, des pestes ébauchées, des pestes frustes, des bubons infectieux, etc.?

Il vaudrait mieux, ce me semble, observer et se taire. Le danger venu, il sera toujours assez tôt d'agir.

Notre correspondant termine par quelques remarques que nous ne croyons pas devoir reproduire sur la conduite suivie en cette occasion par le gouvernement russe.

NÉCROLOGIE.

Le professeur Gubler vient de succomber dans sa maison de campagne, près de Toulon, aux progrès d'une maladie chronique. Il y a longtemps que ceux qui l'approchaient observaient avec inquiétude ces malaises de plus en plus répétés et accentués qu'il appelait ses *migraines*, et qui, avec quelques autres symptômes, pouvaient accuser une altération grave des organes digestifs. C'est, en effet, une affection gastrique qui paraît l'avoir emporté. Sa mort est une des plus sensibles qui pût frapper la Faculté et le corps médical. C'était un des représentants les mieux caractérisés, un des chefs les plus avoués de l'Ecole moderne. Il avait une spécialité, si accentuée en lui, qu'elle lui était en quelque sorte personnelle; spécialité rare, singulière, qu'on ne peut exprimer que par une opposition de mots : la spécialité de l'encyclopédisme. Gubler, en effet, n'ignorait rien de tout cet ensemble, aujourd'hui si divers et si complexe, de connaissances qui constitue la science de la biologie. Physique, chimie, pharmacie, histoire naturelle, anatomie, physiologie, pathologie, il savait tout cela par le menu, et son occupation constante a été de mettre toutes ces sciences particulières en présence les unes des autres pour en étudier les rapports et en faire sortir — on sait avec quelle sagacité ingénieuse — soit l'explication des phénomènes de la vie normale ou de la maladie, soit les motifs rationnels des indications thérapeutiques ou les règles de la matière médicale et de la pharmacologie. Aussi peut-on dire qu'il y avait entre ses qualités scientifiques et la nature de l'enseignement officiel dont il était chargé une corrélation parfaite, puisque la thérapeutique est l'aboutissant dernier de toutes les connaissances utiles au praticien.

Parmi les travaux de Gubler relatifs à la chimie et à l'histoire naturelle médicales, nous citerons : un mémoire *sur la sécrétion et la composition du lait chez les enfants nouveau-nés des deux sexes* (1855); *Etude sur l'origine et les conditions de développement de la mucédinée du muguet* (1858); *Préface d'une réforme des espèces (botaniques) fondée sur le principe de la variabilité restreinte des types organiques en rapport avec leurs facultés d'adaptation aux milieux* (1862), etc., etc.

Comme médecin (thérapeutique et clinique), Gubler a laissé des travaux importants, dont sa thèse inaugurale (1849) (*Des glandes de Méry et de leurs maladies chez l'homme*) ne laissait pas prévoir la nature. On a de lui un *Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis héréditaire* (1852); peu après une remarquable *Étude sur la cirrhose* (thèse d'agrégation, 1853), une *Note sur un cas de dilatation variqueuse lymphatique* (1854), une *Etude sur le rhumatisme cérébral* (1857), un *Mémoire sur l'angine maligne gangréneuse* (1857), *Herpès guttural et conjonctival* (1857). C'est à cette date que Gubler commence à s'occuper plus spécialement de thérapeutique. Il publie des travaux sur l'*antagonisme du sulfate de quinine et de l'opium* (1858), sur la *paralysie alterne dans les lésions de la protubérance* (*Gazette hebdomadaire* de 1859), sur les *épistaxis utérines* (1862), sur le *bromure de potassium* (1864), l'*aconitine* (1863), l'*Eucalyptus* (1869), etc.

Il a en outre enrichi d'assez nombreux articles le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Devenu professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine, en même temps qu'il attirait un nombreux auditoire à ses leçons, malheureusement inédites, il continuait à collaborer activement aux travaux de l'Académie de médecine, des Sociétés de biologie, de thérapeutique et d'hydrologie. Enfin, dans ces dernières années, il a donné une œuvre capitale : *Les Commentaires thérapeutiques du Codex*, 1868 (2e édition, 1874), longuement appréciée dans ce journal, et fondé avec la collaboration de MM. Bordier et E. Labbée une publication importante : le *Journal de thérapeutique* (1874), dans lequel il a lui-même inséré de nombreux mémoires, dont un tout récent, sur les *propriétés de la quinidine*, a été également analysé dans la *Gazette hebdomadaire*.

Cours de clinique. — Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts; vu les décrets des 20 août et 6 décembre 1877, vient de rendre le décret suivant :

Art. 1er. — Les services spéciaux nécessaires pour le fonctionnement des cours cliniques annexes, institués par le décret du 20 août 1877, sont mis à la disposition des facultés de médecine par les soins des administrations des hôpitaux et des administrations des asiles publics d'aliénés, et restent affectés à ces services. Toutefois l'installation des cliniques annexes de maladies mentales et les conditions auxquelles fonctionneront les cours seront préalablement réglées pour chaque asile d'aliénés, de concert entre le ministre de l'instruction publique et le ministre de l'intérieur.

Art. 2. — A Paris, ces services nouveaux, spécialement affectés aux cours des maladies des enfants, des maladies syphilitiques et des maladies de la peau, sont établis dans les hôpitaux des Enfants malades, du Midi et Saint-Louis. Ils restent à la disposition de la Faculté de médecine dans les mêmes conditions que les services affectés aux cliniques générales.

Dans le cas où il y aurait lieu de pourvoir à une vacance de chargé de cours, avant que ces services ne soient créés, le cours ne sera confié qu'à l'un des chefs de service en exercice dans l'hôpital.

Le service affecté au cours des maladies des yeux sera distinct des services de chirurgie générale.

Jusqu'à ce que les constructions nécessaires pour installer ces services à Lariboisière et pour installer à Necker le cours des maladies des voies urinaires aient été terminées, ces deux cours seront faits dans les services des chargés de cours nommés, qui ne pourront changer ni d'hôpital ni de service pendant toute la durée de leurs fonctions.

Art. 3. — En cas d'empêchement d'un professeur, le suppléant est choisi soit parmi les agrégés pourvus d'un service hospitalier, soit parmi les médecins ou chirurgiens des hôpitaux.

Art. 4. — A chaque cours clinique annexe est attaché un chef de clinique. Les chefs de clinique sont nommés au concours; la durée de leurs fonctions est fixée à deux années. Les candidats devront justifier du grade de docteur et du titre d'ancien interne des hôpitaux. Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables à Paris, où les internes nommés au concours remplissent de plein droit les fonctions de chef de clinique.

Art. 5. — Le chargé de cours fait deux leçons par semaine pendant toute l'année scolaire; un amphithéâtre est tenu à sa disposition aux jours fixés pour les leçons.

Un cabinet de recherches est annexé à chaque service, et disposé d'accord avec le doyen de la Faculté. Une salle spéciale de consultation est affectée au service des maladies des yeux.

Art. 6. — Les chargés de cours annexes et les chefs de clinique restent soumis comme tout le personnel médical des hôpitaux à toutes les prescriptions réglementaires du service hospitalier, même en ce qui concerne l'heure et la régularité des visites à faire aux malades.

Art. 7. — La réglementation d'ordre intérieur et de police dans les établissements où il y aura des cours annexes, appartient exclusivement à l'administration hospitalière.

Art. 8. — Il est pourvu, par les soins du ministre de l'instruction publique, aux dépenses de personnel, de construction, d'appropriation, d'ameublements et d'achats d'instruments rendues nécessaires par l'installation des cours annexes de clinique dans les hôpitaux civils; ces dépenses ne pourront, en aucun cas, devenir obligatoires pour les administrations hospitalières. La propriété des bâtiments appartiendra à l'administration hospitalière.

Nul travail ne peut être exécuté sans l'assentiment de l'administration hospitalière.

Les plans et devis sont dressés par l'architecte des hospices et soumis à la Faculté de médecine.

Art. 9. — En cas de dissentiment entre les facultés de médecine et les administrations hospitalières, il en est référé aux ministres de l'instruction publique et de l'intérieur, et l'affaire est portée devant la commission mixte permanente.

Art. 10. — Les ministres de l'instruction publique et de l'intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 15 avril 1879.

RÉUNION ANNUELLE DES SOCIÉTÉS SAVANTES A LA SORBONNE. — L'espace nous manque absolument pour rendre compte aujourd'hui de cette session. Nous résumerons dans le prochain numéro les communications relatives à la médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté de médecine de Paris vient de publier la statistique suivante, relative aux nouveaux étudiants en médecine qui sont venus se faire inscrire pendant le semestre d'hiver, du 15 octobre dernier au 15 mars 1879 :

Elèves sans inscription, 265; élèves venant des autres Facultés, 106; élèves venant des Ecoles de plein exercice, 25; élèves venant des Ecoles préparatoires, 103; docteurs et élèves étrangers, 16; élèves étrangers sans inscription, 19; élèves et officiers de santé navale, 39; élèves de santé militaire, 32; dames françaises, 5; dames russes, 2. — Total, 612.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Un concours est ouvert à la Faculté de médecine de Nancy pour deux places de chef de clinique, l'une pour la clinique chirurgicale, l'autre pour la clinique obstétricale.

A chacun de ces emplois, dont la durée est de trois ans, est attaché un traitement annuel de 1000 francs.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants ayant subi les cinq premiers examens de doctorat.

Le concours pour la place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine le lundi 14 juillet 1879, à huit heures du matin.

Le concours pour la place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté le lundi 21 avril, à huit heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine huit jours avant l'ouverture de chaque concours. Ils auront à produire un acte de naissance dûment légalisé, le diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens pour le doctorat.

LA MORGUE. — M. le procureur de la République de Paris vient de recevoir de M. le docteur Brouardel, nommé l'année dernière médecin en chef de la médecine légale, un rapport sur les modifications et améliorations à apporter dans le service des autopsies et des expositions de corps amenés dans cet établissement. Les conclusions de ce rapport tendent : 1° à obtenir une conservation réelle des corps déposés à la Morgue; 2° à améliorer l'organisation de la salle d'autopsie; 3° à créer une chambre de microscopie; 4° à créer une chambre de chimie; 5° à créer une chambre pour les expériences physiologiques; 6° à disposer un emplacement pour les préparations anatomiques et les moulages; 7° à former des collections anatomiques, de poisons, et une bibliothèque.

M. Brouardel propose d'employer le froid comme moyen de conservation des corps. Selon lui, il suffirait de maintenir dans la salle d'exposition la température de zéro degré. En outre, les dalles seraient remplacées par des tables en tôle émaillée munies d'une crémaillère qui permettrait de leur donner l'inclinaison nécessaire.

Les dépenses sont évaluées à environ 52 000 francs.

INAUGURATION DE L'HÔPITAL ANGLAIS D'HERTFORD. — L'hôpital anglais d'Hertford, fondé rue de Villiers par sir Richard Wallace, et dont la première pierre avait été posée le 24 août 1877, a été inauguré hier en présence de lord Lyons, ambassadeur d'Angleterre. Un discours a été prononcé à cette occasion par sir Richard Wallace.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Delaye, aliéniste distingué, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse, et M. le docteur Lafont-Gouzy, président de la Société de médecine de la même ville, viennent de mourir. Le premier avait quatre-vingt-dix ans; le second était également très-âgé.

On annonce aussi la mort de M. le docteur Bertet, de Cercoux (Charente-Inférieure), et de M. le docteur Maigrot, directeur de l'établissement hydrothérapique de Saint-Dizier.

COURS D'ANTHROPOLOGIE OU D'HISTOIRE NATURELLE DE L'HOMME. — M. de Quatrefages, membre de l'Institut, professeur, commencera son cours le mardi 29 avril 1879, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à trois heures. — Le professeur commencera cette année l'étude des questions générales de l'anthropologie. Il examinera ce que sont l'espèce et la race dans le règne végétal et dans le règne animal, et fera à l'histoire de l'homme l'application des faits constatés chez les plantes et les animaux.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences cliniques sur les affections de la peau et la syphilis, le lundi 28 avril, à neuf heures du matin, et les continuera les lundis suivants à la même heure (salle Saint-Jean).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera son cours de clinique thérapeutique le 1er mai, à neuf heures et demie, à cet hôpital, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Il traitera cette année de la chirurgie des maladies de l'intestin et du foie. — Visite et interrogations au lit du malade tous les matins à neuf heures.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 11 au 17 avril 1879, on a constaté 1124 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 18. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 1. Variole, 24. — Croup, 22. — Angine couenneuse, 26. — Bronchite, 65. — Pneumonie, 84. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 13. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 7. — Erysipèle, 5. — Autres affections aiguës, 282. — Affections chroniques, 465 (dont 198 dus à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 54. — Causes accidentelles, 28.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Maladies du système nerveux. Leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par le docteur J. Grasset. Tome second, 1 vol. in-8. 12 fr. Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. in-8, avec 26 figures dans le texte. Paris V. A. Delahaye et Cie. 22 fr.

Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur, et en particulier de leurs formes anomales, par le professeur Germain Sée. Leçons recueillies par le docteur Labadie-Lagrave (Clinique de la Charité, 1874 à 1876). 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 9 fr.

Étude historique et clinique sur la trépanation du crâne, la trépanation guidée par les localisations cérébrales, par le docteur Just Lucas-Championnière. 1 vol. in-8, avec 14 figures dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

La lèpre est contagieuse, par un Missionnaire attaché aux léproseries, avec une carte coloriée de la distribution géographique de la lèpre. 1 vol. in-8, br., de 286 pages. Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils.

Le climat de Menton, son influence sur le traitement de la phthisie pulmonaire. Étude clinique, accompagnée de statistiques et d'observations météorologiques par le docteur Jacques-François Farina. 1 vol. in-12, br., avec une carte. Paris. J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes. 1 vol. in-8, avec 27 figures intercalées dans le texte. Paris, Lauwereyns. 6 fr.

Manuel d'hygiène publique et privée et ses applications thérapeutiques, par le docteur Armand Paulier. 1 vol. in-18 de 800 pages. Paris, O. Doin. 8 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 18 2 MAI 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

HISTOIRE ET CRITIQUE

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE : INNERVATION DU CŒUR

(Troisième article.)

III. — *Du mode d'action des nerfs accélérateurs et des caractères de l'accélération du cœur en elle-même.*

Un fait très-frappant dans l'histoire des nerfs accélérateurs, c'est que, leur excitation produisant l'augmentation de fréquence des battements du cœur, leur section n'en détermine pas le moindre ralentissement. Ce fait est tout d'abord embarrassant au point de vue théorique. Nous sommes habitués à juger de l'action des nerfs par les résultats inverses de leur excitation et de leur section : les muscles vasculaires se relâchent quand on a sectionné leurs nerfs vaso-moteurs, le cœur s'accélère au maximum quand on a sectionné les deux pneumogastriques, et aucun ralentissement du rhythme cardiaque ne se produit après la section des nerfs accélérateurs. Il y a là évidemment un cas particulier, une condition fonctionnelle spéciale à ces nerfs; c'est ce qu'on a cherché à exprimer en disant que les nerfs accélérateurs n'interviennent pas dans la régulation du rhythme cardiaque d'une façon continue, mais intermittente, que leur intervention dans les modifications de la fréquence du cœur est subordonnée à l'influence d'excitations centrales discontinues. La section de ces nerfs supprime seulement la possibilité d'accélérer le cœur par des actions à distance, comme des excitations douloureuses modérées, comme l'anémie brusque du cerveau produite sur les animaux par la compression carotidienne simple ou double, etc. Cette conception du système accélérateur comme système surajouté, n'agissant que par intervalles et selon les besoins de l'organisme ou sous des influences accidentelles, mais n'entretenant pas le mouvement, cette conception semble la seule qui puisse à l'heure actuelle rendre compte de ce résultat paradoxal que des nerfs dont l'excitation provoque l'accélération du cœur soient secctionnés sans que le cœur se ralentisse.

Si l'on examine la série des phénomènes qui se produisent au cours des expériences pratiquées sur les nerfs accélérateurs du cœur, on remarque que l'augmentation de la fréquence des battements du cœur ne se produit qu'à la condition que le cœur ne présente pas au préalable un rhythme notablement accéléré; d'autre part, l'accélération qu'on obtient ne peut dépasser une certaine limite. Ces deux faits sont liés l'un à l'autre, et concordent à montrer que le rhythme normal du cœur ne peut dépasser un certain degré de fréquence : si cette limite était atteinte au moment de l'expérience, l'excitation des nerfs accélérateurs reste inefficace; si le cœur n'était pas accéléré et qu'on obtienne l'augmentation de fréquence par l'excitation des nerfs accélérateurs, on ne dépassera pas un chiffre déterminé, même en appliquant aux nerfs accélérateurs des excitations beaucoup plus intenses. Il semble que le cœur, dans les modifications fonctionnelles qu'on lui impose, ne puisse pas dépasser pour un animal donné une accélération moyenne; il présente une tendance à se maintenir dans les limites d'un certain rhythme qui ne peut être modifié sous l'influence des excitations directes ou réflexes que subit son système accélérateur.

Ces considérations permettent de comprendre l'insuccès d'un certain nombre d'expériences faites précisément dans des conditions de fréquence initiale telle que les excitations les plus énergiques des nerfs accélérateurs restent sans effet appréciable.

Mais la démonstration de l'action accélératrice de ces nerfs n'est pas seulement subordonnée au degré de fréquence préalable du cœur. Il faut aussi tenir compte du degré d'action simultanée des nerfs antagonistes, des pneumogastriques. Prenons pour exemple le fait bien connu de l'excitation du pneumogastrique au cou : comme nous l'avons vu, ce tronc nerveux contient réunis dans la même gaîne des filets nerveux modérateurs et des filets nerveux accélérateurs, et cependant les excitations appliquées à son bout inférieur, si faibles qu'elles soient, provoquent comme phénomène initial le ralentissement du cœur; c'est du moins ce qui ressort des expériences d'une foule de physiologistes, et notamment de celles qu'a exécutées Rutherford par un procédé très-recommandable, l'examen simultané des effets moteurs du pneumogastrique sur le larynx et de ses effets sur le cœur. Il a vu qu'en faisant passer graduellement les excitations d'une intensité nulle à une intensité suffisante pour produire un effet, le premier phénomène appréciable était le mouvement des muscles innervés par le récurrent, qu'un peu plus tard des modifications cardiaques se produisaient, mais que ces modifications du jeu du cœur étaient toujours caractérisées, dès le début de leur apparition, par un ralentissement.

Et cependant le pneumogastrique contient des fibres accélératrices, ainsi que cela résulte d'un certain nombre d'expériences dont nous avons rappelé les principales : suppression des fibres modératrices par le curare, par l'atropine, par la nicotine, etc. Pourquoi, dès lors, dans l'excitation simultanée de ces deux ordres de nerfs, l'action accélératrice ne se produit-elle pas? Les physiologistes avaient déjà émis l'hypothèse que, dans des cas analogues, deux nerfs d'attributions différentes étant simultanément excités, on obtient la réaction propre à celui qui est le plus excitable, ou qui, en d'autres termes, aboutit à des appareils périphériques plus faciles à mettre en jeu. Mais cette hypothèse ne nous semble avoir pris une sérieuse consistance que depuis les travaux de Bowditch et de Baxt sur l'excitabilité comparée des nerfs modérateurs et des nerfs accélérateurs. Ces deux auteurs ont prouvé que la mise en action du pneumogastrique suffit à supprimer complétement l'influence des nerfs accélérateurs, à quelque mo-

ment de l'excitation des nerfs accélérateurs que se produise l'influence modératrice du pneumogastrique.

Ceci rend évidemment compte de la prédominance d'action des nerfs modérateurs quand l'excitation porte directement, comme dans l'exemple que nous avons choisi, sur le nerf pneumogastrique lui-même, où les deux genres de nerfs sont réunis. Mais la même interprétation permet de comprendre pourquoi l'accélération ne se manifeste pas quand on excite des filets accélérateurs bien indépendants, si une cause d'excitation directe ou indirecte du pneumogastrique agit en même temps : que l'animal éprouve, par exemple, une violente douleur; que, pour une raison ou pour une autre, il se produise chez lui une augmentation notable de la pression intra-crânienne, il n'en faut pas davantage pour solliciter par voie réflexe la mise en jeu des nerfs modérateurs, et, dans ces conditions, l'expérience pratiquée sur les nerfs accélérateurs sera complétement négative.

Comment donc mettre en évidence ces fonctions si difficiles à manifester? Pour que les nerfs accélérateurs entrent en action, il ne faut ni fréquence du cœur exagérée au préalable, ni variations brusques de la pression sanguine, ni influences cérébrales, ni réflexes douloureux. Le moyen de supprimer toutes ces complications est bien simple, et chaque jour nous fait apprécier davantage les services qu'il peut nous rendre : c'est l'administration d'une dose de curare suffisante pour supprimer les réactions volontaires et pour atténuer l'excitabilité des pneumogastriques. Mais il en faut user avec discernement, et l'une des conditions essentielles, celle à l'observation de laquelle Baxt a dû le succès de ses expériences, c'est le maintien de la température des animaux à un degré suffisant pour que les nerfs accélérateurs, très-sensibles, comme tous les filets du sympathique, aux variations de la température, ne perdent pas leur excitabilité.

En tenant compte de cette double précaution, curarisation suffisante et conservation d'une température normale, on pourra répéter, comme nous l'avons fait, toutes les expériences sur les nerfs accélérateurs du cœur, et vérifier, avec les points précédemment indiqués, ceux qui nous restent à exposer.

L'accélération du cœur produite par l'excitation directe des nerfs accélérateurs présente ce caractère commun à tous les phénomènes de mouvement déterminés par l'influence des filets du sympathique, de retarder très-notablement sur le début de l'excitation et de se prolonger un certain temps après qu'elle a cessé. Dans nos expériences sur le chien, nous avons constaté que l'accélération du cœur provoquée par l'excitation de la première branche du ganglion cervical inférieur ne survient qu'un certain temps après le début de l'excitation, qu'elle s'accentue progressivement et se maintient après la suspension de l'excitation. Or, si nous cherchons dans quel élément du système a pu se produire ce long retard, nous pouvons tout de suite éliminer le nerf excité, dont la faible longueur exclut une durée de transmission appréciable; nous sommes aussi en droit de laisser de côté le temps perdu du muscle cardiaque lui-même, car nous savons, par des expériences d'excitation directe de ce muscle, qu'il réagit très-vite à la stimulation électrique, du moins chez les animaux à sang chaud; il ne nous reste que le retard éprouvé par l'excitation dans les appareils nerveux du cœur lui-même, appareils ganglionnaires dans lesquels s'opère le travail de transformation des excitations en mouvement. Nous retrouverons un phénomène de retard analogue pour les effets produits sur le cœur par les excitations du pneumogastrique, et nous n'aurons pour l'interpréter à son tour que l'hypothèse du retard dans les appareils ganglionnaires intra-cardiaques.

Quelle est maintenant la nature de la modification fonctionnelle subie par le cœur sous l'influence de l'excitation de ses nerfs accélérateurs? Quelle est celle des deux phases de la révolution cardiaque sur laquelle porte le raccourcissement? Ou bien la diastole et la systole sont-elles abrégées toutes les deux? On peut répondre à ces questions en comparant les courbes cardiographiques obtenues pendant l'excitation des nerfs accélérateurs à celles qu'on a recueillies pendant la période normale précédente et à celles des instants qui suivent l'accélération. Pour M. Baxt, c'est la période systolique qui devient plus brève : dans le travail qu'il a consacré à cette recherche (3ᵉ mémoire), il confirme l'opinion émise par Donders, que la durée de la systole diminue pendant l'augmentation de fréquence du pouls. Nous avons, de notre côté, cherché à analyser ce phénomène, convaincu que la solution de la question nous amènerait à l'interprétation de la cause pour laquelle l'accélération du cœur obtenue directement ne s'accompagne pas d'élévation de la pression artérielle. Nous avons constaté, comme M. Baxt, la diminution de la durée systolique, mais nous avons en outre bien nettement observé la diminution de la durée diastolique. C'est ce dernier point qui nous paraît essentiel, et nous croyons devoir consacrer quelques détails à sa démonstration.

L'excitation des nerfs accélérateurs tend à produire des systoles successives plus rapprochées les unes des autres qu'auparavant, absolument comme si l'on appliquait à un muscle soumis d'abord à des excitations successives, rhythmées et assez espacées, des excitations plus rapides, insuffisantes cependant en fréquence pour produire un véritable tétanos : les secousses musculaires se rapprocheraient les unes des autres aux dépens des intervalles de repos qui les séparent. Tel est, à notre avis, le phénomène essentiel de l'accélération du cœur en général, et dans le cas particulier que nous envisageons comme dans les autres conditions.

En partant de ce point que les intervalles diastoliques se raccourcissent, nous pourrons comprendre, comme phénomène secondaire consécutif, le raccourcissement des systoles. Quel est, en effet, le résultat immédiat de la moindre durée de la diastole? C'est évidemment une réplétion moins abondante des ventricules, et par suite une moindre quantité de sang à chasser pendant la systole. Or nous savons que les systoles ventriculaires sont d'autant plus brèves que l'évacuation des ventricules est plus facile, soit parce que l'écoulement du sang dans les artères est moins gêné, soit, ce qui est notre cas, parce qu'il y a moins de sang à expulser. Le raccourcissement des phases systoliques nous apparaît donc comme la conséquence directe du raccourcissement des diastoles dans l'accélération du rhythme cardiaque. Nous avons dit que cette question était importante au point de vue de l'interprétation de ce phénomène signalé dès le début des recherches entreprises sur les nerfs accélérateurs du cœur, à savoir que, malgré l'accélération du cœur, la pression artérielle ne subit pas d'augmentation. C'est qu'en effet, comme nous venons de le voir, si la durée des diastoles est diminuée, et si la réplétion ventriculaire est par suite moins abondante, les artères reçoivent moins de sang à chaque systole, et cette diminution dans le débit de chaque systole n'est pas compensée par l'augmentation du nombre des battements. Nous avons cherché à mettre ce point en relief dans un travail publié, il y a deux ans, sur les changements de volume du cœur (*Comptes rendus du laboratoire*

de M. Marey, 1877). Sans rappeler les expériences, pour le détail desquelles nous renverrons au mémoire original, nous dirons seulement que la réplétion et le débit du cœur étaient appréciés d'après la valeur des gonflements diastoliques et des diminutions de volume systoliques; c'est ainsi que nous obtenions des tracés volumétriques dont on trouvera des spécimens dans le travail que nous venons de mentionner.

La conséquence immédiate de ce qui précède, c'est que l'accélération du cœur n'implique pas une augmentation du travail de l'organe; ce point a son intérêt dans la discussion des causes qui produisent cet état pathologique, beaucoup étudié dans ces derniers temps sous le nom de *cœur forcé*, et dont on trouvera l'histoire complète dans la thèse de M. Pitres sur les « Hypertrophies et dilatations du cœur sans lésions valvulaires » (1878).

Nous avons insisté assez longuement sur l'innervation accélératrice du cœur, à cause de la complexité du sujet, mais surtout en raison de la pénurie de notre littérature sur cette question très-étudiée et déjà tout à fait classique à l'étranger. Nous devrions maintenant, pour rester fidèle au programme que semble nous tracer le parallèle exposé au début entre les nerfs accélérateurs du cœur et les nerfs vaso-moteurs constricteurs, présenter l'histoire succincte de ces derniers; mais nous croyons préférable, au point de vue de l'unité de notre exposé, de rappeler immédiatement les faits les plus importants de l'*innervation modératrice du cœur* : cette partie de la question, beaucoup mieux connue en France que la précédente, sera plus sommairement étudiée ici que la précédente.

François-Franck.

(*A suivre.*) p. 298

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Sur un nouveau diurétique, la blatte ou « Blatta orientalis », par M. le docteur Constantin Paul, médecin des hôpitaux.

Dans ces derniers temps, au mois de décembre 1878, un journal allemand, le *Schmidt's Jahrbücher*, racontait qu'un nouveau diurétique venait d'apparaître à l'horizon : c'était la blatte ou *Blatta orientalis*, la blatte des cuisines.

Cet insecte, du genre des orthoptères, est connu de toute antiquité; il est surtout en activité la nuit et répand une odeur désagréable; il est connu vulgairement sous le nom de *cancrelas*, de *cafard*, de *ravet*, de *mange-pain*, etc. Il est extrêmement vorace et dévore toutes les substances alimentaires, même le cuir, la laine et la soie. D'après M. Laboulbène, il ne serait pas venimeux (*Dictionnaire encyclopédique*, article Blatte). C'est cet animal séché et réduit en poudre, ou même réduit en extrait, qui serait ce nouveau médicament.

D'après les médecins d'outre-Rhin, la poudre ou l'extrait de blatte serait en Russie un remède populaire contre l'hydropisie. En France, il n'a pas été employé. Ce que l'on en savait, c'est que Mérat et Delens mentionnent que Dioscoride vantait contre l'otalgie l'huile dans laquelle on a fait bouillir la partie antérieure du corps de cet animal, ce qui n'avance guère.

Le premier travail d'apparence scientifique sur ce sujet est une dissertation d'un médecin russe, le docteur Kuprianow, qui en aurait fait le sujet de sa thèse inaugurale. Je n'ai pas eu cette thèse entre les mains; tout ce que je sais, c'est que ce médecin regarde la poudre de blatte, à la dose de 0gr,06, comme un diurétique certain, qu'elle provienne de la blatte noire (*Blatta orientalis*), ou de la blatte allemande (*Blatta germanica*). Le docteur Kuprianow s'en serait assuré dans une série de vingt à trente expériences.

Après lui, un médecin de Saint-Pétersbourg, le docteur Bogomolow, aurait repris ces expériences et en aurait consigné le résultat dans le *Petersburger medicin. Wochenschrift* (1876, n° 31). Les expériences du docteur Bogomolow ont été faites à la clinique de Botkin et ont porté sur neuf cas d'hydropisie de diverse nature.

Bogomolow dit avoir employé le médicament à l'intérieur sous forme de décoction, d'infusion et de teinture. Il prétend avoir observé que, sous ces diverses formes, le médicament a augmenté la quantité des urines, mais que, par contre, il a diminué la quantité d'albumine, ainsi que celle des éléments anatomiques figurés.

Sous l'influence de la blatte, l'œdème des mains, des pieds et du visage a rapidement disparu, comme le poids du corps a augmenté et la transpiration est devenue plus abondante. Les digestions n'ont pas été troublées, et il n'y a pas eu l'irritation des reins qu'on observe après l'usage de la cantharide. Il insiste sur la nécessité d'avoir un produit pur.

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ces deux affirmations : l'action diurétique d'une part, la diminution de l'albumine, d'autre part.

Peu de temps après, le même recueil (n° 34, t. II, 1877) contenait des observations du même genre, dues au docteur Unterberger, qui avait employé le même remède à l'hôpital Nicolaï.

Il l'avait prescrit dans cinq cas, dont quatre d'hydropisie scarlatineuse, et une fois dans une hydropisie consécutive à la rougeole. La préparation qu'il a employée est la poudre de blatte à la dose de 0gr,18 à 0gr,30 par dose répétée trois fois dans la journée. Les enfants l'ont avalée facilement et l'ont bien supportée. Peu de jours après, l'œdème a commencé à diminuer en même temps que les urines ont augmenté et qu'elles ont renfermé de moins en moins d'albumine. Il n'y a pas eu non plus de diarrhée, bien que les doses aient été portées de 0gr,54 à 0gr,90 et même à 1gr,38 chez un enfant de quatre ans.

De Russie, la médication passe bientôt en Allemagne.

Le docteur Froumüller (de Furth) (*Memorabilien*, XXIII, 6, p. 245, 1878) fit venir de chez Merk (de Darmstadt) la poudre de blatte, et reçut une poudre brune foncée, répandant une odeur semblable à celle de l'ergotine, ayant une saveur insignifiante et présentant au microscope des fragments irréguliers mêlés à des cristaux.

Froumüller a essayé neuf fois cette poudre à la dose de 0gr,50 à 1 gramme, et l'a reconnue diurétique. Trois fois la masse des urines ne fut pas augmentée, mais elle le fut réellement dans six cas. Cependant il garde une certaine réserve sur l'activité de ce moyen et se borne surtout à affirmer qu'il est facile à prendre et ne dérange pas la digestion.

Enfin, le docteur Köhler (de Costen) (*Berliner klinische Wochenschrift*, t. XV, p. 38, 1878) a essayé aussi ce moyen dans treize cas d'hydropisie, en donnant trois fois par jour 0gr,06 et plus tard 0gr,10 de poudre. Dans trois cas, il s'agissait de sclérose artérielle qui se termina par la mort; dans sept autres cas de néphrite avec albuminurie. De ces sept cas de néphrite, quatre guérirent; dans trois autres cas, l'affection a été terminée par la mort.

Un cas de pleurésie exsudative fut suivi de guérison, et un cas d'affection mitrale fut suivi également de guérison; enfin un cas d'anémie pernicieuse fut suivi de mort.

Köhler dit que la quantité d'urine a augmenté, que les garde-robes ont été ramollies sans devenir liquides. Le gonflement œdémateux a été résorbé et l'albumine a disparu de l'urine.

Il ajoute que dans les cas d'insuffisance mitrale et de scléros artérielle, l'action n'a été que palliative; que dans le ca

d'anémie pernicieuse, il a vu diminuer l'œdème, augmenter la transpiration, quoique rarement, mais que la quantité d'urine n'avait pas augmenté.

C'est dans le cas de pleurésie et de péricardite que l'action s'est surtout montrée efficace. Il insiste surtout sur ce que dans les six cas de néphrite avec albuminurie sans œdème, l'action a été extraordinaire, et que ce moyen lui paraît surtout indiqué dans les maladies de Bright sans hydropisie. Il n'a observé d'irritation ni des reins ni de l'intestin.

Tel est le résumé des expériences russes et allemandes que j'ai pu connaître. Toutes ces observations n'étaient pas très-probantes, et si on les avait soumises à une critique sévère, elles n'auraient peut-être pas beaucoup résisté. Mais il y avait des affirmations provenant d'observateurs sérieux, et, bien que j'aie lieu de me défier souvent des affirmations des étrangers en fait de thérapeutique, j'ai cru devoir essayer ce médicament. Nous sommes, en effet, très-pauvres en diurétiques, et ils nous font bien souvent défaut sans que l'état des urines nous explique leur inefficacité.

J'ai donc fait venir 150 grammes de poudre de blatte de la fabrique de Merk (de Darmstadt) et je viens vous faire connaître le résultat de mes expériences personnelles.

C'est une poudre brune, ayant une odeur qui rappelle celle de l'ergot de seigle, présentant au microscope des fragments d'élythre, de carapace et de petits cristaux mal définis.

Une première série d'expériences fut commencée le 16 février 1879 sur six malades présentant les affections suivantes : N° 1. Albuminurie, anasarque et accidents urémiques probablement consécutifs à l'intoxication saturnine. 2° Deux pleurésies avec épanchement séreux. 3° Deux affections cardiaques (lésions mitrales) avec œdème des membres inférieurs. 4° Une cirrhose atrophique du foie avec ascite.

Le premier de ces malades, le n° 1, est le seul qui présente quelques modifications dans la quantité et la nature de ses urines; mais l'état complexe de ses lésions ne permet pas d'apprécier avec netteté le rôle du médicament.

Voici les chiffres qui représentent la quantité et la densité de ses urines.

N° 1. Salle Saint-Henri. — Tamblot (Amédée), quarante et un ans, peintre en bâtiments, rue des Acacias, 55. Entré le 7 décembre 1878. Intoxication saturnine, hémiplégie de nature cérébrale avec anesthésie et contracture, albuminurie, anasarque, urémie.

Le 16 février, on administre au malade trois pilules de poudre de blatte de 0gr,20, et on ne lui donne aucun médicament pouvant modifier la sécrétion urinaire; le régime lacté est cependant continué, mais il ne produit aucune modification depuis dix jours.

17 février, quantité :	600gr;	densité : 1016	réaction acide.
18 février, quantité :	400gr;	densité : 1016	»
19 février, quantité :	500gr;	densité : 1016	»
20 février, quantité :	250gr;	densité :	»
21 février, quantité :	750gr;	densité : 1011	»
22 février, quantité :	1450gr;	densité : 1013	»
23 février, quantité :	1400gr;	densité : 1011	»
24 février, quantité :	1300gr;	densité : 1010	réaction acide.
25 février, quantité :	1400gr;	densité : 1011	»
26 février, quantité :	1000gr; (1)	densité : 1011	»

Le 22 février, la quantité des urines est presque triplée, le malade se trouve fort soulagé; les dernières urines sont d'une couleur normale, tandis qu'elles étaient auparavant d'un brun olivâtre et contenaient probablement une forte proportion de pigment biliaire. Elles renferment très-peu d'albumine (0gr,15 environ). Le malade dit avoir bu moins qu'à l'ordinaire.

Trois jours après, 25 février, l'amélioration ne se soutient pas, l'œdème et l'oppression augmentent. On supprime la blatte le 26 février.

(1) Une certaine quantité perdue.

L'albumine, qui atteignait le chiffre de 0gr,60 au début de l'expérimentation du médicament, descendit au chiffre de 0gr,15, mais cette diminution de l'albumine ne saurait avoir d'importance, car la quantité était déjà en voie de décroissance avant l'administration de la blatte (le malade avait eu jusqu'à 10 grammes d'albumine).

2° Sur deux malades affectés de pleurésie avec épanchement de quantité moyenne, la blatte administrée quotidiennement à la dose de quatre pilules de 0gr,20 ne donna aucun résultat, et la quantité ainsi que la densité des urines, examinées quotidiennement du 17 au 25 février, ne présentèrent aucune modification (un litre par jour environ).

3° Deux cardiaques, atteints d'affection mitrale avec anasarque, et présentant des phénomènes assez marqués d'asystolie, prirent aussi, pendant huit jours, quatre pilules de 0gr,20. La quantité de leurs urines, qui ne dépassait pas 500 grammes par vingt-quatre heures, ne subit aucune modification. L'administration de la blatte coïncida même avec une aggravation notable de leur état (augmentation des phénomènes dyspnéiques, oppression et anasarque). La digitale (en macération), substituée à la blatte, produisit au contraire une diurèse abondante.

4° Un malade atteint de cirrhose atrophique du foie avec ascite fut traité pendant trois jours seulement par la blatte (quatre pilules de 0gr,20) sans que ses urines, qui étaient extrêmement rares, fussent augmentées de quantité (n° 24).

Cette première série d'expériences n'ayant pas donné de résultats satisfaisants, j'étais sur le point de renoncer, mais, pensant que j'avais peut-être dépassé la dose dans les premières expérimentations, je fis une nouvelle série d'expériences avec la dose moitié moindre.

Le 4 mars, je recommençai donc une nouvelle expérimentation de la même substance, mais à la dose plus faible de 0gr,30 (au lieu de 0gr,60 et 0gr,80), sur dix malades porteurs d'affections diverses, sur un des malades précédemment cités (le n° 1, albuminurie liée au saturnisme) et sur un malade atteint de cirrhose hypertrophique.

L'expérience ne donna aucun résultat appréciable sur les six premiers malades. Un seul urina abondamment, mais la grande quantité de boissons qu'il dit avoir ingérée la veille ne permet guère d'attribuer cet effet à la blatte.

Le n° 1 qui paraissait seul s'être bien trouvé de l'administration de la blatte eut encore une augmentation légère de ses urines, dont la quantité avait baissé depuis la suppression du médicament.

Quant au n° 26 (cirrhose hypertrophique avec ictère très-accentué), la quantité de ses urines s'éleva d'une façon notable pendant l'administration de la blatte.

Enfin, le 9 mars, la blatte fut encore administrée à la même dose (0gr,30) à un malade atteint d'ictère catarrhal. Wingerter (Charles), vingt-cinq ans, peintre en bâtiments, 15, rue Pasquier. Entré le 8 mars. Il urinait à son entrée moins d'un litre, et le chiffre de ses urines s'éleva progressivement, à partir du troisième jour de l'administration de la blatte, à un litre et demi et deux litres un quart. Le 17 mars, on supprima les pilules de blatte, et la quantité d'urine tomba le 18 à un litre un quart.

En résumé, la blatte fut administrée à quatorze malades aux doses de 0gr,30 — 0gr,80 pendant une assez longue période. Cinquante doses furent administrées dans la première série d'expériences et autant dans la seconde (soit cent doses environ) et cela sans aucun résultat chez onze malades sur quatorze. Les trois malades chez qui la blatte paraît avoir eu quelque action sont : un albuminurique saturnin à affection complexe et ictérique (le n° 1); — un malade atteint de cirrhose hypertrophique, lui-même très-ictérique; — un malade affecté d'ictère catarrhal.

La blatte n'a donc eu d'action apparente que sur des ictériques, et a été sans aucune action sur les autres malades. Ce fait n'est qu'une coïncidence, car les expériences continuées sur les ictériques n'ont pas confirmé ces espérances.

Depuis la dernière réunion de la Société de thérapeutique, dans laquelle je comptais communiquer les expériences précédentes, un nouveau travail sur la blatte a paru dans les *Annales de Schmidt* (année 1879, n° 1, livraison n° 181). Le travail est dû à un médecin de Copenhague, le docteur V. Budde. Il vient confirmer les résultats négatifs que j'ai obtenus. Le docteur Budde a choisi pour sujet de ses expériences des sujets atteints de néphrite chronique.

Chez les uns, la néphrite était simple, et ne s'accompagnait d'aucune lésion dans les autres organes; chez les autres, la néphrite liée à d'autres altérations paraissait ne pas en avoir subi l'influence dans les derniers temps. On comprend que ce n'est que dans des cas pareils que l'on peut savoir si le médicament a une influence réelle sur les altérations des organes et si le médicament modifie par lui-même la quantité d'albumine éliminée. Les observations qui suivent sont peu nombreuses et viennent corroborer les nôtres.

Obs. I. — Un homme âgé de quarante-deux ans souffrait depuis neuf ans d'albuminurie sans que sa constitution ait été atteinte. Dans les derniers temps, l'albuminurie avait été intermittente. Quand il perdait de l'albumine, on trouvait dans les urines des cylindres isolés, pour la plupart petits, presque toujours hyalins et en même temps granuleux.

On donna au malade chaque jour trois doses de blatte de 6 centigrammes chacune, depuis le 10 octobre jusqu'au 6 novembre. Pendant ce temps, l'albumine disparut de l'urine et, peu de temps après la cessation du remède, le malade prit de l'embonpoint. C'est le seul qui ait été amélioré.

Obs. II. — Un homme âgé de trente-huit ans s'aperçut en janvier 1878 qu'il perdait ses forces et que sa peau présentait un léger œdème. Le malade resta quatre mois au lit avec la diète lactée sans trouver aucune amélioration appréciable, si ce n'est après un séjour à la campagne.

Après un refroidissement, l'albuminurie qui avait disparu se montra de nouveau. Depuis le 10 jusqu'au 26 octobre, on lui donna trois fois par jour 6 centigrammes de blatte. L'amélioration ne se montra pas, l'albumine fut aussi abondante, et l'œdème de la peau ne disparut pas.

Obs. III. — Un homme âgé de quarante-trois ans, qui avait eu autrefois la syphilis, fut reconnu atteint d'affection des reins. Il avait alors de la polyurie et de l'hématurie. L'albumine se trouva en quantité notable en même temps que de petits cylindres. On lui donna de la blatte comme au précédent depuis le 14 octobre jusqu'au 1er novembre sans qu'on pût obtenir un changement dans la qualité de l'urine.

Obs. IV. — Un malade, âgé de trente-deux ans, souffrait depuis trois ans d'une affection des reins qu'il avait contractée à la suite d'un refroidissement. On lui donna de la blatte depuis le 25 octobre jusqu'au 13 novembre. La quantité d'albumine contenue dans l'urine ne changea pas, et l'on continua à y trouver des cylindres granuleux et fortement réfringents.

Obs. V. — Un malade, âgé de cinquante-deux ans, souffrait depuis quelques années d'une néphrite chronique. Dans ces derniers temps, le malade présentait de l'œdème aux malléoles et devant les tibias. Pendant douze jours, on donna chaque jour trois doses de 6 centigrammes de blatte, puis, pendant douze jours on donna chaque jour trois doses de 10 centigrammes, et enfin, pendant huit jours, quatre doses de 12 centigrammes chacune.

Pendant ce temps, on n'observa aucun changement ni dans l'albumine rendue, ni dans les cylindres, et l'œdème ne changea pas.

On le voit, les expériences de M. Budde sont tout à fait d'accord avec les nôtres. Enfin, d'autres recherches du docteur Hafner, publiées dans des *Annales de la basse Autriche*, en 1878, font mention de dix cas d'hydropisie, traités, dit-on, avec succès par la poudre de blatte.

Sur ces dix cas, huit ont trait à des albuminuries symptomatiques de la scarlatine; les deux autres cas d'hydropisie cardiaque et de cirrhose du foie ont été améliorés légèrement.

J'ai tenu à vous faire connaître ces résultats, parce que, quand un médicament nouveau apparaît, ceux qui s'en sont servis avec une apparence de succès se hâtent de faire connaître leurs résultats, tandis que ceux qui ont des résultats négatifs se taisent. Si bien qu'un médicament nouveau ne montre que ses succès, et que même les plus mauvais ont par ce moyen leur temps de vogue, au détriment des malades et des chercheurs sérieux auxquels ces médicaments semblent s'imposer. De là vient le proverbe : « Servez-vous du médicament pendant qu'il guérit. »

Nous croyons, au contraire, qu'il faut faire connaître tous les résultats sur les médicaments nouveaux, pour que nous puissions consacrer tous nos efforts à ceux qui méritent d'être conservés dans l'arsenal thérapeutique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 21 avril 1879. — Présidence de M. Daubrée.

Commission des prix. — Sont élus : *Prix Montyon* (médecine et chirurgie) : MM. Gosselin, Vulpian, Bouillaud, Sédillot, Marey, Cloquet, Larrey, Bouley et Ch. Robin.

Prix Godard : MM. Gosselin, Bouillaud, Vulpian, Ch. Robin et Cloquet.

Muséum. — M. *Ch. Rouget* prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats à la chaire de physiologie générale, actuellement vacante au Muséum. (Renvoi à la section.)

Mode de formation des canalicules biliaires dans l'hépatite et production consécutive de glandes tubulées dans le foie du lapin. Note de MM. *W. Nicati* et *A. Richaud*. — « Il est très-fréquent de trouver (tout au moins à Marseille, où nous observons) sur les lapins domestiques des altérations du foie que nous nous sommes attachés à étudier.

» Le diagnostic histologique de l'affection est celui d'une *cirrhose hypertrophique disséminée*, laquelle coïncide, soit avec la présence de cysticerques disséminés, soit le plus souvent avec la présence des corps oviformes de Davaine dans les principaux conduits biliaires. *Le terme final de l'altération que subit le lobule sous l'influence de la rétention biliaire est donc, lorsque son parenchyme n'est pas entièrement détruit, la formation, aux dépens des cellules hépatiques, d'une glande nouvelle, véritable glande tubulée, analogue aux glandes hépatiques des animaux inférieurs.*

» Les auteurs ajoutent que dans le tissu conjonctif de nouvelle formation apparaissent de nombreux vaisseaux, qui servent sans doute à rétablir la *circulation porte* un moment interrompue. Ainsi s'expliquerait ce fait que, dans la cirrhose hypertrophique, on observe rarement l'ascite. »

L'atropine dans le strabisme. — M. *Courserant* rappelle, à propos d'une communication récente de M. Boucheron, que son père a préconisé en 1855 l'usage de l'atropine dans le traitement du strabisme.

Académie de médecine (1).

SÉANCE DU 29 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : Les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales de Dax, des Fumades, de Luxeuil, de Royat, de Molitz-les-Bains. (*Comm. des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : Une observation de M. le docteur *Brachet*, médecin-major, relative à un cas de mycosis fongoïde généralisé. (*Comm. ;* MM. Verneuil, Devergie.)

M. *Peter* présente, au nom de MM. *Laveran* et *Teissier* (de Lyon), un ouvrage intitulé : *Éléments de pathologie médicale.*

M. *Le Roy de Méricourt* présente, au nom de M. le docteur *Moncorvo*, deux brochures : 1° *De la lientérie chez les enfants ;* 2° *Étude sur le rhumatisme chronique noueux chez les enfants et de son traitement par les courants galvaniques.*

M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur *de Wecker*, le deuxième volume d'un ouvrage intitulé : *Chirurgie oculaire.*

M. *Broca* présente : 1° Au nom de M. le docteur *Magitot*, une brochure intitulée : *De la greffe chirurgicale dans ses applications à la thérapeutique des lésions de l'appareil dentaire ;* 2° Au nom de MM. *Magitot* et *Charles Legros*, une brochure intitulée : *Morphologie des follicules dentaires chez les vertébrés.*

M. *le Président* déclare une vacance dans la section d'hygiène, en remplacement de M. *Ambroise Tardieu*, décédé.

M. *Marrotte* continue la lecture de son rapport sur le concours du prix Godard. Les conclusions de ce rapport seront discutées dans un comité secret qui aura lieu après la séance.

PLEURÉSIE MULTILOCULAIRE. — M. *Raynaud* présente quelques observations à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Jaccoud.

L'orateur proclame hautement le mérite de la communication de M. Jaccoud, surtout en ce qui concerne les erreurs de diagnostic que peut faire naître l'existence des adhérences pleurales. On cherche généralement à débarrasser promptement le malade du liquide contenu dans la plèvre, sans se soucier de ces adhérences. A la base de la poitrine il y a des dispositions anatomiques dont l'ignorance peut entraîner le médecin à des erreurs comme celles que M. Jaccoud a signalées, et qui consistent à pénétrer dans l'abdomen au lieu de ponctionner le thorax.

M. Raynaud a lui-même commis une erreur de ce genre. Il avait, par exception, ponctionné le neuvième espace intercostal dans le point le plus déclive ; il est entré dans la rate avec un trocart qui n'avait pas 6 centimètres. Le malade est mort, mais non des suites de cette opération. Quoi qu'il en soit, M. Raynaud affirme qu'il ne ponctionnera jamais plus bas que le septième espace intercostal, qu'il considère comme l'extrême limite de la ponction du thorax en arrière.

Quant à la ponction pratiquée à gauche et en avant (espace semilunaire), l'orateur déclare qu'il n'a jamais eu la tentation de faire pénétrer un trocart dans un point si rapproché du cœur et il croit que la ponction antérieure est formellement contre-indiquée. Les préceptes posés à ce sujet par M. Jaccoud n'ont donc guère d'application.

En ce qui concerne les deux types de pleurésie décrits par M. Jaccoud, M. Raynaud conteste jusqu'à un certain point l'utilité de cette division et les signes diagnostiques différentiels. Le premier type se rapporte à une observation des plus intéressantes, dans laquelle M. Jaccoud a su porter un diagnostic très-habile, mais c'est là un fait isolé qui ne justifie pas la création d'un type spécial. En ce qui concerne le second type de pleurésie multiloculaire (caractérisé par la coïncidence des vibrations avec matité, sans tympanisme sous-claviculaire et avec souffle tubaire), M. Raynaud pense également que les cinq observations rapportées par M. Jaccoud sont incomplètes, puisque dans trois il n'y a pas d'autopsie, et que dans les deux autres l'autopsie n'a pu révéler la présence de ces loges.

Il n'y a donc pas de preuves directes, qui puissent établir l'existence de la pleurésie multiloculaire et surtout qui puissent nous fournir des moyens de la diagnostiquer sûrement pendant la vie. Quant à la théorie sur laquelle s'appuie M. Jaccoud, elle est encore plus contestable. Il dit en effet que les vibrations vocales sont conservées suivant une bandelette qui s'étend à une hauteur variable de la poitrine ; or M. Raynaud cherche en physique les preuves à l'appui de cette théorie. Il ne peut accepter ces preuves et pense qu'il est très-difficile, au lit du malade, de distinguer des nuances aussi faibles dans le degré des vibrations perçues.

L'orateur a eu, depuis la communication de M. Jaccoud, l'occasion de pratiquer la thoracentèse. Son malade présentait tous les signes indiqués par cet auteur comme caractéristiques de la pleurésie multiloculaire. Néanmoins la ponction, qui était impérieusement indiquée, donna issue à deux litres de liquide et la plèvre n'a pas été totalement vidée.

La vibration est néanmoins un des signes les plus importants de la pleurésie et M. Raynaud pense que lorsqu'il aura été mieux étudié, il pourra rendre les plus grands services. Il a même essayé d'enregistrer les vibrations à l'aide d'un appareil analogue au sphygmographe. Mais il n'a pas publié ses recherches, parce qu'elles n'ont donné que des résultats très-imparfaits. En effet, on pouvait bien, avec cet appareil, percevoir les vibrations très-accentuées ; mais, lorsqu'il s'agissait de vibrations très-faibles, il était à peu près impossible de les enregistrer avec exactitude.

M. Raynaud termine en disant que les conclusions thérapeutiques de M. Jaccoud sont très-contestables, et qu'il est impossible de dire aujourd'hui que la pleurésie multiloculaire est une contre-indication à la thoracentèse.

Il existe encore une autre opinion, que M. Jaccoud a émise au nom de Traube, c'est que les adhérences pleurales sont extrêmement dangereuses. M. Raynaud conteste formellement cette assertion ; non-seulement les adhérences pleurales ne sont pas aussi dangereuses qu'on l'a dit, mais elles peuvent dans certains cas être utiles en empêchant la reproduction de l'épanchement. En résumé, d'après M. Raynaud, M. Jaccoud n'a pas suffisamment prouvé les assertions qu'il a faites dans sa communication, et les signes qu'il a donnés comme appartenant à la pleurésie multiloculaire, appartiennent simplement à la pleurésie chronique. Sauf ces réserves, il considère cette communication comme très-intéressante.

— A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre et voter les conclusions du rapport de M. Marrotte sur le prix Godard.

(1) Voir un *erratum*, p. 292.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Dilatation des voies biliaires : M. Maurice Raynaud. — Rapport sur les maladies régnantes ; M. E. Besnier. — Présentation de pièces : M. Damaschino.

M. *Lereboullet* présente : 1° au nom de M. le professeur Schützenberger les deux volumes de philosophie et de clinique médicales analysés récemment dans la *Gazette hebdomadaire ;* 2° au nom de M. le docteur Sorel, une brochure sur la *fièvre rémittente simple des pays chauds*, extraite du même journal.

— M. *Maurice Raynaud* présente à la Société un mémoire fait en collaboration avec M. *Charles Sabourin* sur un cas d'énorme dilatation des voies biliaires. Les lésions s'étaient accompagnées pendant la vie de coliques hépatiques dont l'intensité semblait croître avec leur répétition plus fréquente et d'un ictère intermittent, apparaissant avec les accès douloureux et disparaissant dans leur intervalle. Or, d'ordinaire, on trouve à l'autopsie une dilatation de la vésicule biliaire, tandis que l'ictère est l'exception au moment même des coliques hépatiques ; chez le malade de M. M. Raynaud, au contraire, l'ictère n'a jamais fait défaut pendant les attaques, et, à l'autopsie, on trouvait une vésicule biliaire parfaitement intacte, ayant son volume normal et sa muqueuse saine : les parois n'étaient épaissies que par l'adjonction extérieure de tissu fibreux qui englobait tout le foie dans une sorte de capsule. Le canal cystique n'offrait rien de spécial : la vésicule semblait, en un mot, être restée complètement étrangère à ce qui se passait dans les canaux hépatiques et cholédoque, sans

que pour cela un calcul ait pu pendant la vie obturer l'orifice du canal cystique.

Selon la théorie adoptée par M. Maurice Raynaud, il pourrait s'engager dans la terminaison du canal cholédoque de petits calculs ou des débris de calculs qui, dans un foie normal, eussent certainement provoqué des contractions douloureuses des parois de ce conduit, d'où la colique hépatique, en tout semblable à celle que produit la progression d'un cholélithe de la vésicule à travers le canal cystique. Ici, au contraire, le peu qui restait du canal cholédoque était lui-même dilaté par rapport à l'état normal, bien qu'il fût de calibre très-minime par rapport à la dilatation située au-dessus. Il en résultait donc que les concrétions pouvaient franchir le détroit sans amener de réaction de la part de ses parois. Probablement ce phénomène avait lieu pendant les périodes de calme qui séparaient les attaques de coliques, c'est-à-dire que, pour trouver les calculs dans les selles de la malade, il aurait fallu les y chercher pendant les attaques elles-mêmes. Pendant ces phases d'accalmie, la malade évacuait la bile dans l'intestin, comme à l'état normal, et les petites évacuations s'éliminaient ou non avec elle. Or, à l'autopsie, on a trouvé un calcul volumineux au bout de l'infundibulum. En supposant qu'un calcul aussi volumineux se soit présenté, le premier fait qui en résultait, c'était l'occlusion de l'orifice cholédoque; le deuxième, c'était la rétention biliaire; le fait final, c'était la réaction de la poche contractile sur la bile accumulée derrière le calcul; de là la colique hépatique, et celle-ci ne cessait que lorsque le calcul était logé contre l'orifice de sortie, ou lorsqu'il était jeté de côté contre les contractions musculaires. Cette théorie est assez vraisemblable, si on ajoute qu'autour de l'infundibulum existait une sorte d'anneau très-développé, composé de fibres lisses.

M. Maurice Raynaud cite encore le fait d'un autre malade présentant un énorme développement du foie avec fluctuation. Les accidents étaient si graves que la ponction fut résolue; le surlendemain, au moment où la ponction allait être pratiquée, M. Raynaud constata la disparition de la poche qui allait être ponctionnée : l'évacuation avait été spontanée pour ainsi dire.

— M. *E. Besnier* donne lecture de son rapport trimestriel sur les maladies régnantes pendant les mois de janvier, février et mars 1879. Nous sommes obligés de résumer très-brièvement ce remarquable rapport, qui n'a pas moins de soixante-dix pages de manuscrit :

Pendant les trois mois qui viennent de s'écouler, l'humidité atmosphérique a été élevée, la hauteur de pluie tombée considérable, aussi la masse d'eau souterraine s'est-elle élevée : c'est à cette cause qu'il faudra probablement rapporter la constitution de quelques foyers typhoïdes extraordinaires observés pendant le trimestre.

La mortalité générale relevée dans les hôpitaux et hospices civils de Paris pendant ces trois mois est représentée par 3716 décès, chiffre très-notablement supérieur à la moyenne du trimestre correspondant des années antérieures : cette élévation est due particulièrement à la pneumonie, dont la gravité a été extrême, à la réapparition de la variole, à l'exacerbation typhoïde accidentelle et aussi d'une manière générale aux conditions rigoureuses de cette saison d'hiver. La phthisie pulmonaire a amené dans les hôpitaux 1298 malades, 675 sont morts; la pneumonie, 554 malades et 261 décès; la bronchite, 1228 malades et 105 décès; la pleurésie, 309 malades et 30 décès. Nous voyons donc que si les onze années précédentes ont fourni une moyenne de 36,30 pour 100 de décès dans la pneumonie, la mortalité des trois mois précédents présente un chiffre plus élevé de 47,11 pour 100.

Les pneumonies, en effet, ont donné une mortalité nosocomiale tout à fait excessive chez les sujets âgés, alcooliques, cachectiques à un titre quelconque, ou même simplement valétudinaires. De plus, dans toutes les fièvres, fièvres catarrhales, fièvres typhoïdes, rougeoles, etc., les localisations pulmonaires ont acquis une importance considérable; elles en ont fréquemment constitué l'élément le plus grave et le plus funeste.

La diphthérie, qui a toujours été la plus meurtrière des maladies populaires, à nombre égal de malades, a pris depuis un certain nombre d'années, à Paris et dans d'autres régions du pays, une fréquence jusque-là tout à fait inconnue. A Paris, la mortalité par diphthérie a pris le pas sur toutes les affections communes; ainsi, tandis que pendant le premier trimestre de 1879, la variole compte 151 décès, la fièvre typhoïde 320, la diphthérie se chiffre par 529 décès. Cette aggravation survenant dans une affection devant laquelle la thérapeutique reste impuissante constitue un fait épidémiologique d'une grande importance; elle n'est ni incidente, ni accidentelle, ni momentanée, ni non prévue, comme semblent le penser quelques médecins; elle s'est produite successivement, lentement. J'en ai dénoncé le début, chiffré les progrès, sans attirer grande attention. Je crois néanmoins avoir déterminé la loi saisonnière, invariable de l'affection, et je m'efforce de déduire des résultats déjà obtenus quelques données d'une réelle précision pour l'étude des épidémies, de manière à faire en quelque sorte la prédiction des temps diphthéritiques, à la manière dont on peut aujourd'hui faire plus ou moins longtemps à l'avance, mais souvent en temps utile, la prédiction des temps atmosphériques à l'aide de données scientifiques régulières.

Que l'année diphthéritique soit féconde ou stérile, que l'épidémie annuelle soit grave ou bénigne, la maladie n'en reste pas moins soumise à la loi d'évolution saisonnière, dont voici la formule simple et invariable : *Chaque année, l'épidémie permanente de diphthérie atteint le point le plus déclive de sa courbe dans le troisième trimestre, se relève durant le quatrième, atteint son paroxysme durant le premier et décline de nouveau pendant le second.* Il est donc toujours possible de prédire le temps épidémique moyen du trimestre suivant. Ainsi, par exemple, de 365 décès, chiffre de la mortalité diphthéritique du quatrième trimestre de 1878, le coefficient mortuaire s'est élevé pendant le premier trimestre de 1879 à 529 : cela est la loi, la règle ne comportant pas d'exception.

Parmi les fièvres éruptives, M. Besnier insiste particulièrement sur la scarlatine et la variole. Malgré quelques explosions isolées, la scarlatine continue à rester pour l'agglomération parisienne, comparée par exemple à l'agglomération de la ville de Londres, une affection relativement rare et bénigne. Cependant les médecins et les familles ne pensent pas et n'agissent pas en présence de la scarlatine comme ils le font pour la rougeole. Cette affection effraye davantage que cette dernière et entraîne presque fatalement l'isolement. Parmi les particularités intéressantes qui ont été signalées à M. Besnier, il relève une petite épidémie locale de scarlatine observée au collége Chaptal et rapidement enrayée, grâce aux mesures prises par M. Archambault, médecin de cet établissement. Treize élèves ont été atteints, cinq élèves dans la même étude, les autres appartenant à des études différentes. Aussitôt qu'un enfant accusait un malaise, l'élève interne l'examinait et le plaçait, s'il était supposé scarlatineux, dans une chambre *ad hoc;* puis, s'il était de Paris, il était ramené dans sa famille avec toutes les précautions nécessaires; s'il appartenait à la province, il était transféré à la Maison municipale de santé. Les mesures énergiques prises par M. Archambault ont eu les plus heureux résultats, et on leur doit certainement la limitation rapide de ce foyer épidémique et son extinction définitive. Tous les enfants atteints ont guéri, ce qu'il n'est pas inutile de signaler pour rassurer les familles ou les médecins, que le transport d'un enfant atteint de scarlatine, en plein hiver, pourrait effrayer outre mesure.

L'opinion publique, y compris l'opinion médicale, s'est émue un peu plus que de raison d'une explosion variolique récente, dont nous avons, en temps opportun et utile, dénoncé l'imminence, sans parvenir à nous faire écouter. Au commencement de cette année, en parlant du quatrième trimestre de 1878, M. Besnier avait montré la variole reparaissant dans la ville, comme dans les hôpitaux, sous forme de foyers partiels et très-limités, mais assez actifs pour ne s'être éteints que sous l'action de mesures énergiques d'isolement. Cela voulait dire que le pouvoir contagieux de la variole, à peu près constamment nul depuis plusieurs années, retrouvait des conditions favorables à sa manifestation, ou encore, en termes plus précis, que les germes varioliques permanents retrouvaient dans les conditions d'individus ou du sol des milieux de culture plus favorables, ou encore que des germes primitifs plus énergiques, à la manière, par exemple, du cowpox comparé au vaccin commun, avaient été importés. Aussitôt que les résultats de ces conditions causales, quelles qu'elles soient, ont été constatés, ce qui ne présente aucune difficulté dans une ville bien administrée, l'imminence épidémique existe, la diffusion des germes et la géné-

ralisation de l'affection peuvent se produire aussi longtemps que les foyers primaires n'ont pas été éteints. Cette extinction des foyers primaires est la mesure publique par excellence, et l'on ne saurait trop encourager l'autorité, qui commence à être convaincue, à organiser définitivement et sur des bases plus larges cette haute prophylaxie dont la pratique est encore trop imparfaite.

En ce qui concerne plus particulièrement notre terrain hospitalier, il était inutile de transcrire une fois de plus l'ensemble complet du système de prophylaxie nosocomiale tant de fois développé depuis le rapport de M. Vidal. M. Besnier a toutefois, il y a trois mois, indiqué les mesures qu'il était urgent de prendre sans délai : 1° création dans tous les hôpitaux sans exception d'un pavillon d'isolement temporaire, destiné à donner asile immédiat et d'urgence soit aux sujets atteints d'affections contagieuses qui sont apportés à l'hôpital dans une situation trop grave pour être immédiatement transférés dans les services d'isolement, soit aux malades amenés du dehors dont l'affection reste douteuse à un examen rapide et qui doivent être l'objet d'une enquête plus approfondie et plus prolongée avant d'être introduits dans un convoi de varioleux ou dans un service d'isolement; 2° organisation et réglementation du service de transport des malades atteints d'affections contagieuses, mesures de police à l'égard des voitures dans lesquelles sont apportés à l'hôpital les sujets varioleux, mesures restrictives apportées à la libre sortie des convalescents qui, dans l'état actuel, s'en vont librement semer dans la ville les germes varioleux; 3° création d'un institut vaccinal public, dans lequel on pourrait présenter chaque jour les sujets à vacciner, ou trouver sans délais ni difficultés du vaccin efficace et disponible.

Je ne dirai pas, ajoute M. Besnier, que rien de tout cela, ni rien de tout ce que nous avons antérieurement réclamé, n'ait été fait; mais je suis obligé de dire que rien n'a été fait grandement, largement, complétement, et que c'est par lambeaux, en quelque sorte, que nous obtenons de trop lentes modifications. Nous avons des services d'isolement attachés au flanc de quelques hôpitaux généraux, alors qu'il faudrait des hôpitaux d'isolement; aucun compte n'a été tenu de la nécessité absolue cependant d'avoir un petit lazaret à l'entrée de chaque hôpital, soit pour suffire immédiatement et à toute heure à ses propres besoins d'isolement, soit pour donner asile aux malades atteints d'affections contagieuses apportés au milieu de la nuit, ou dans une situation assez grave par elle-même pour ne pas permettre un nouveau transport.

Un grand hôpital qui ne possède pas un pavillon d'isolement à chambres séparées, avec service spécial pour faire sa quarantaine propre, ou satisfaire aux exigences du dehors que nous venons d'indiquer, est un hôpital imparfait, incomplet, peu digne de notre époque. Ne serait-ce pas prochainement une humiliation de savoir qu'à la fin du dix-neuvième siècle, dans une ville qui se considère comme la capitale du monde civilisé, on introduisait encore dans des salles communes les malades atteints de diphthérie, de rougeole, de scarlatine, et combien faudra-t-il encore d'années pour faire comprendre que c'est un acte blamable, pour ne pas dire autrement, d'introduire dans les salles communes des hôpitaux des malades atteints d'affections contagieuses transmissibles par simple voisinage? L'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, sans exception, est un principe absolu d'hygiène et de morale publiques; le temps est venu de lui donner satisfaction pleine et entière.

L'isolement, seul moyen de prophylaxie pour la presque totalité des affections contagieuses, reste encore un moyen de premier ordre alors qu'il s'agit de la variole, et quelle que soit d'ailleurs l'assistance que peuvent prêter la vaccination et la revaccination. En effet, dans une agglomération de plusieurs centaines de mille, et à plus forte raison de plusieurs millions d'hommes, l'état de grâce vaccinale permanent, si l'on veut bien me passer cette expression, est une utopie; il supposerait, en effet, pour être réalisable : 1° le consentement et la soumission de la population entière, permanente et flottante, à la vaccination et aux revaccinations en coupes réglées de quelques années; 2° la possibilité matérielle de réaliser ces vaccinations, dans l'état actuel de pénurie quantitative et qualitative où sont laissées les sources vaccinales.

C'est seulement dans les catégories d'individus classés : armée, hôpitaux, écoles, administrations, que l'on peut espérer voir les revaccinations appliquées, et encore combien de difficultés de détail, à ne compter que celles qui naissent de l'incertitude résultant d'une revaccination négative, après laquelle on voit trop souvent apparaître la variole! Il faut que ces difficultés soient bien réelles pour que l'administration de l'Assistance publique, à laquelle nous avons maintes fois fait appel à l'occasion de morts déplorables survenues dans son personnel médical ou administratif, n'ait jamais pu assurer de service des revaccinations obligatoires pour les élèves, ni même exiger le certificat de vaccine. Espérons que le malheureux élève en pharmacie du service de M. Labric, qui vient de succomber à la variole, et chez qui notre savant collègue n'avait pu trouver trace de vaccination, sera la dernière victime.

Dans une circulaire récente, l'administration de l'Assistance publique a prescrit la revaccination de son personnel entier et engagé les médecins à étendre la mesure à tous les malades pour qui elle ne serait pas un inconvénient ou un danger. La source de vaccin mise à la disposition des médecins est la série des génisses organisée par une entreprise particulière; est-ce bien là ce qu'il y aurait de mieux à faire? L'Assistance publique ne devrait-elle pas avoir son service particulier et permanent de vaccine, dirigé, en tout ce qui concerne la vaccine animale, par un vétérinaire autorisé, qui a seul compétence pour accepter ou rejeter les animaux amenés dans les hôpitaux? Enfin, à défaut de tout cela et d'une commission opératoire de vaccin, formons le vœu de voir toutes les revaccinations opérées sous la direction des chefs de service et en leur présence réelle, avec le liquide s'écoulant spontanément de la déchirure de boutons vaccinaux louables, et non avec le liquide obtenu par la compression de ce bouton, pratique commerciale qui devrait être interdite.

Quand la ville de Paris aura-t-elle un Bureau central d'hygiène dirigé, comme à Bruxelles, par un médecin compétent, pourvu du matériel nécessaire, revêtu de l'autorité indispensable et rétribué assez largement pour exercer réellement les fonctions dont il sera chargé, et un bureau particulier dans chaque arrondissement?

Fièvre typhoïde. — Le nombre des décès de typhoïdes, 320, constatés à Paris pendant le premier trimestre 1879, est notablement supérieur à la moyenne de la période correspondante des années communes, laquelle oscille entre 200 et 250; d'autre part, le chiffre de 320 est également supérieur au total des décès du quatrième trimestre de l'année précédente, ce qui est contraire à la loi d'évolution saisonnière, et ne peut être compris que dans l'hypothèse de l'existence de foyers accidentels, extraordinaires. Cette hypothèse peut être facilement démontrée exacte par l'analyse statistique : on trouve, en effet, qu'un des arrondissements de Paris, le VIIe (Palais-Bourbon), compte à lui seul 72 décès typhoïdiques, c'est-à-dire plus du cinquième de la mortalité typhoïde de la ville entière; or, cet arrondissement se compose de *quartiers essentiellement militaires*, cela permet déjà de supposer qu'il s'est produit, dans cette région, un ou plusieurs de ces foyers militaires absolument spéciaux : on trouve, en effet, 54 décès militaires contre 18 civils. Cette exception militaire est encore exceptionnelle, même pour la population militaire dans son entier, puisque, d'après les chiffres certains, le premier trimestre entier de 1879 ne compte que 78 décès militaires causés par la fièvre typhoïde.

— M. *Damaschino* présente des pièces provenant de deux malades phthisiques morts dans son service; ces pièces sont remarquables par la présence d'un anévrysme de l'artère pulmonaire.

Dr Joseph MICHEL.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Inversion utérine; métrorrhagies; insuccès des tentatives de réduction. Ligature élastique; guérison. — Essai pratique et appréciation du forceps de M. Tarnier. — Sur l'ostéopériostite.

M. *Chauvel*, membre correspondant, adresse à la Société de chirurgie l'observation d'une femme entrée à l'hôpital d'Orléansville après un accouchement et une délivrance difficiles. Le lendemain de l'accouchement, on avait constaté que l'utérus était renversé et que la tumeur était irréductible. A chaque époque menstruelle, une hémorrhagie survenait. On trouvait dans le vagin une tumeur arrondie, lisse, molle, facile à déprimer, et du volume d'une moyenne orange. Il était facile de constater une continuité de tissu entre le pédicule de la tumeur et les lèvres du col de l'utérus. L'inversion de l'utérus était incontestable. M. Chauvel tenta sans succès une série de manœuvres de réduction; il se décida à pratiquer la ligature élastique.

Le 7 janvier, la tumeur fut amenée hors du vagin pour

compléter l'inversion; M. Chauvel la comprima de bas en haut pour chasser le sang qu'elle contenait et refouler les anses intestinales qui auraient pu suivre le fond de l'utérus. Une anse métallique fut placée sur le pédicule de la tumeur au moyen d'un serre-nœud. Au-dessus de l'anse, dans un sillon tracé avec le thermo-cautère, on appliqua une ligature élastique au moyen d'un tube à drainage dont la solidité était éprouvée. Le corps de l'utérus tomba au bout de neuf jours, laissant au fond du vagin un moignon rougeâtre. La tumeur ne put être examinée. La malade guérit sans complications.

M. *Guéniot*. Le pessaire à air a donné des résultats remarquables pour la réduction de ces inversions utérines. M. Guéniot fera prochainement un rapport sur une observation d'inversion de l'utérus adressée à la Société par M. Hue (de Rouen).

M. *Tillaux* regrette qu'on n'ait pas examiné la partie enlevée; c'était peut-être un corps fibreux du fond de l'utérus; M. Tillaux fait donc des réserves sur la nature du tissu enlevé.

M. *Forget*. La ligature a été faite pendant que l'inversion était exagérée; on ne comprend pas, en pareil cas, qu'il reste une cavité utérine appréciable.

M. *Houel*. Le placenta a été extrait difficilement. C'est dans ces conditions qu'on observe les inversions utérines. D'un autre côté, il faut qu'un polype soit bien volumineux pour inverser la matrice, et M. Chauvel l'aurait diagnostiqué. Il ne reste pas une cavité utérine, mais un simple moignon au niveau du point séparé par la ligature.

M. *Verneuil*. Il ne peut y avoir aucun doute sur le diagnostic de M. Chauvel : l'observation est très-complète, et elle décrit tous les caractères de l'inversion utérine.

M. *Tarnier* est de l'avis de M. Verneuil; il a vu deux cas analogues.

— M. *Polaillon* fait un rapport sur un travail de M. *Wasseige* (de Liége) : *Essai pratique et appréciation du forceps Tarnier*. L'auteur dit que M. Tarnier a compliqué bien inutilement le forceps; il fonde cette opinion sur six observations.

M. Wasseige n'a opéré que sur des bassins rétrécis ou irréguliers. Quand les diamètres de la tête fœtale ne sont pas en rapport avec les diamètres du bassin, le forceps Tarnier pourra échouer comme les autres forceps. M. Wasseige s'est servi d'un forceps raccourci de plusieurs centimètres. D'ailleurs il dit que le forceps Tarnier est théoriquement supérieur aux autres forceps.

M. *Tarnier* analyse les six observations de M. Wasseige. Dans la première, application du forceps Tarnier; réussite complète. Dans la deuxième et la sixième, le forceps Tarnier amène la tête dans l'excavation pelvienne; on tire encore, la tête ne descend pas, parce que la rotation ne s'est pas effectuée; M. Wasseige fait la rotation avec le forceps et amène l'enfant. Ces observations ne sont donc pas défavorables à l'instrument. Dans la quatrième, rien ne vient, on fait la céphalotripsie; cela ne prouve rien contre le forceps Tarnier. Dans la troisième et la cinquième, le bassin est rétréci; on échoue parce que les branches de traction sont trop courtes. M. Wasseige s'est servi d'un forceps plus court que celui adopté par M. Tarnier. Voici les caractères à l'aide desquels on reconnaît le forceps auquel M. Tarnier s'est arrêté :

1° Longueur totale : 42 centimètres; 2° distance de l'extrémité des cuillers au pivot : 27 centimètres; 3° distance de l'extrémité des cuillers à l'extrémité des tiges de traction : 25 centimètres; 4° écartement existant entre les extrémités des deux cuillers quand l'instrument est articulé à vide : 2 centimètres; 5° poignée transversale s'articulant avec les tiges de traction à l'aide d'un verrou; 6° manches des branches de préhension recouverts de plaques de corne. M. Tarnier décline la responsabilité des faits se rapportant à des forceps autres que celui-là.

— M. *Berger* fait une communication sur l'ostéopériostite. Faut-il ramener toutes les inflammations graves qui évoluent au dedans ou autour de l'os en voie de développement à un seul type? Déjà M. Chassaignac a établi les caractères distinctifs des abcès sous-périostiques aigus de ceux dus à l'ostéomyélite. Dernièrement MM. Marjolin et Tillaux ont aussi cherché à poser les symptômes différentiels de la périostite proprement dite et de l'ostéomyélite. M. Berger a observé un fait qui lui a permis de vérifier un certain nombre de ces caractères distinctifs.

M. Berger fut appelé le 7 décembre près d'un jeune homme qui s'était, disait-on, fait une entorse la veille. La face externe du cou-de-pied et de la jambe étaient le siége d'un empâtement assez considérable. Le lendemain, rougeur érysipélateuse, apparence d'un phlegmon diffus; fièvre. M. Berger reconnut une ostéite épiphysaire aiguë. Le jour suivant, la fluctuation était appréciable au niveau de la malléole externe; une incision donna issue à du pus phlegmoneux ; le périoste était décollé et l'os était rugueux. Pansement de Lister. La fièvre tomba. Quatre jours après l'incision, l'os était recouvert; au bout d'un mois, la plaie était cicatrisée; guérison.

Quelle dénomination donner à cette affection? Si on veut nommer les choses par leur nom, c'est un abcès sous-périostique aigu dû à l'inflammation de la face profonde du périoste. Est-ce l'ostéite épiphysaire aiguë des adolescents? Mais il n'y a pas eu de nécrose, l'os n'a pas été atteint d'ostéite; il n'y a pas eu d'exfoliation osseuse. C'est encore moins une ostéomyélite.

Dans la périostite phlegmoneuse, la douleur est excessive, térébrante; cependant, chez le malade de M. Berger, la douleur était modérée ; M. Chassaignac dit qu'il n'y a point de rougeur de la peau ; ici la peau est rouge. La fluctuation, dit M. Chassaignac, précède l'empâtement; c'est encore le contraire dans l'observation de M. Berger. On a vu que la dénudation des os n'entraîne pas forcément la nécrose; cette nécrose dépend plutôt de l'extension à l'os de l'inflammation du périoste. Cette observation vient à l'appui des idées émises par MM. Tillaux et Marjolin dans une précédente séance.

M. *Verneuil* déplore les tentatives que l'on fait pour fusionner en une seule et unique affection des affections qui diffèrent tant au point de vue du pronostic et du traitement. Sur ce point, il est de l'avis de M. Berger; mais il en diffère, parce que pour lui (M. Verneuil) le diagnostic différentiel établi par M. Chassaignac n'est pas exact et pratique. Il est indispensable de conserver l'ancien abcès sous-périostique, l'ostéomyélite spongieuse, l'ostéomyélite centrale, l'ostéite aiguë, etc. Il faut faire ces distinctions anatomo-pathologiques d'abord, et rechercher ensuite les signes distinctifs correspondants.

On a défendu les résections précoces : voici un fait qui est contraire à ces opérations hâtives. Le 2 janvier 1879, M. Verneuil fut appelé par M. Frébault près d'un enfant de quatorze ans qui avait fait une chute sur l'avant-bras six jours auparavant. Le gonflement était énorme à l'avant-bras. C'était absolument le typhus des membres décrit par M. Chassaignac. Fluctuation dans tout l'avant-bras. M. Verneuil diagnostiqua un abcès sous-périostique. Incision de 6 centimètres : issue d'un flot de pus. Le radius était complètement dénudé dans toute sa circonférence. Bains antiseptiques matin et soir. Un mois après, la plaie était fermée et le bras avait retrouvé presque tous ses mouvements. Pas la moindre exfoliation osseuse.

— M. *Cazin* (de Boulogne-sur-Mer) dépose sur le bureau une observation d'extraction du tibia nécrosé en totalité, reproduction de l'os, guérison avec claudication.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

Du traitement des roideurs articulaires : M. Dally ; discussion : MM. Ferrand, Moutard-Martin et Blondeau. — Sur un nouveau diurétique ; la Blatte ou Blatta orientalis : M. Constantin Paul.

M. *Dally* présente un travail sur le traitement des roideurs articulaires, dont voici les conclusions : un grand nombre de roideurs articulaires, autrefois abandonnées comme incurables ou traitées par des procédés violents, sont souvent détruites par l'emploi méthodique des manipulations, de l'extension, de l'électricité, des sudations et des douches : il convient surtout d'insister sur deux points, à savoir : 1° qu'un traitement préparatoire dispose les tissus enroidis à se laisser plus aisément distendre ; 2° qu'il importe de s'assurer le concours de la volonté bien dirigée des patients.

M. *Ferrand* demande à M. Dally son avis sur le cas suivant : un malade entre dans son service avec une arthrite sèche des deux articulations coxo-fémorale et du genou. Tous les muscles qui entourent ces articulations sont dans un état de contracture presque permanent, cette contracture est assez prononcée pour immobiliser le malade qui se refuse à tout mouvement. Parfois, cependant, on peut faire exécuter certains mouvements très-limités, il est vrai. En anesthésiant le malade à l'aide du chloroforme, on a pu faire exécuter tous les mouvements d'abduction, de flexion et de rotation, on n'a observé que quelques craquements articulaires. Que doit-on faire comme traitement ?

M. *Dally* répond que la plupart des contractures sont d'origine articulaire; il suffit d'une arthrite des plus légères pour déterminer des troubles de la motilité et de la contracture. Or, la continuité de l'état musculaire détermine d'abord de la contracture par appréhension, à cause de la douleur qui accompagne d'ordinaire les mouvements, puis de la contracture par adaptation à la suite de l'habitude prise par le malade, et enfin et plus tard de la contracture par lésion médullaire consécutive à l'immobilité prolongée et aux lésions musculaires qui en sont la conséquence. Chez le malade de M. Ferrand, M. Dally pense qu'on doit traiter le malade par ce qu'il a appelé la voie diplomatique : en faisant faire des mouvements au malade avec douceur, avec persévérance et graduellement on peut obtenir la diminution et peut-être la disparition de la contracture ; en tout cas il faut agir avant qu'il y ait eu une contracture par lésion médullaire consécutive.

M. *Moutard-Martin* demande à M. Dally ce qu'il faut entendre par adaptation. Tout d'abord la contracture musculaire est une contracture de protection destinée à préserver des mouvements douloureux, ou mieux à placer le membre dans une position facile à supporter. Peut-être alors le traitement apporte-t-il des modifications heureuses, mais une fois la contracture devenue d'origine médullaire, une fois qu'il y a sclérose de la moelle, on ne peut rien espérer. M. Moutard-Martin incline à croire que la lésion musculaire puisse déterminer une lésion de la moelle. En tout cas le fait n'est pas encore démontré.

M. *Dally* répond qu'effectivement la lésion de la moelle consécutive à une contracture prolongée n'est qu'une hypothèse, mais cette hypothèse repose sur de nombreuses observations démontrant l'origine de lésions médullaires consécutivement à d'anciennes opérations, aux amputations par exemple, ainsi que le fait paraît avoir été prouvé par divers observateurs et particulièrement par M. Luys. Quant à la contracture par adaptation, M. Dally a adopté cette désignation pour désigner cette habitude des muscles environnant l'articulation malade destinée à mettre le membre à l'abri de la douleur ; cette position musculaire est une véritable adaptation, et non une rétraction.

M. *Blondeau* cite, à l'appui de cette idée que les lésions de la moelle peuvent être déterminées au bout d'un temps prolongé par une ancienne amputation, le fait d'un malade qui, amputé d'une jambe il y a près de vingt ans, a vu il y a deux ans ses muscles du moignon s'atrophier à ce point qu'ils ont presque entièrement disparu. Il n'est pas douteux que dans ce cas l'atrophie musculaire progressive n'ait été déterminée par une lésion consécutive des cornes antérieures.

— M. *Constantin Paul* lit un travail destiné à apprécier la valeur d'un nouveau diurétique, la *Blatte* ou *Blatta orientalis*. (Voy. aux *Travaux originaux*, p. 279.)

Dr Joseph Michel.

Réunion annuelle des délégués des Sociétés savantes des départements.

Section des sciences.

L'ouverture des séances de lectures et conférences faites par les délégués des Sociétés savantes des départements a eu lieu le 16 avril, à midi, dans la salle du grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Léopold Delisle, président de la section d'histoire du comité des travaux historiques.

Sur l'estrade, auprès de M. Delisle, ont pris place MM. Léon Renier, H. Milne Edwards, présidents des sections d'archéologie et des sciences; Faye, vice-président de la section des sciences; Hippeau, Chabouillet, Blanchard, secrétaires des trois sections.

Après un discours très-applaudi de M. Delisle, les délégués des diverses sections se sont rendus dans leurs salles respectives. La séance de la *section des sciences*, qui seule doit figurer ici, est déclarée ouverte à midi et demi par son président habituel, M. Milne Edwards. La section se partage ensuite en plusieurs groupes : 1° sciences mathématiques (*président*, M. Allègre); 2° sciences physico-chimiques (*président*, M. Filhol); 3° sciences naturelles (*président*, M. Colteau). Ces trois groupes fixent pour les jours suivants leurs heures de réunion et se réuniront les jours suivants. La séance générale de la section commence immédiatement.

Soit dans les séances générales, soit dans les séances spéciales, il n'a été produit de travaux pouvant intéresser la médecine que les suivants :

Composition du lait. — M. *E. Marchand* (de Fécamp) communique le résultat de ses recherches sur la composition du lait provenant des différentes races de l'espèce bovine. Il signale la constance de la proportion de lactine dont les variations ont été seulement de 50 à 55 grammes par litre.

Ténias des mammifères. — M. *P. Mégnin* présente de *Nouvelles observations sur le développement et les métamorphoses des ténias des mammifères.*

« ... En faisant avaler à certains carnassiers les vers vésiculaires de certains herbivores, on voit se développer des vers rubanés exactement semblables à ceux que ces carnassiers nourrissent habituellement : c'est ainsi que le *Cysticercus pisiformis*, ingurgité au chien, est devenu dans ses intestins le *Tænia serrata;* que le *Cysticercus fasciolaris* de la souris ou du rat a donné le *Tænia crassiollis* du chat, et le *Cysticercus cellulosa* du porc, le *Tænia solium* de l'homme. De ces expériences, on a conclu que les vers vésiculaires sont des larves de ténias, ce qui est maintenant hors de toute contestation ; mais on a tiré encore cette autre conclusion : *c'est qu'il y a nécessité absolue que les vers vésiculaires fussent dévorés pour qu'ils arrivassent à leur entier développement, à l'état adulte.*

» Cette règle explique bien, il est vrai, l'origine des ténias des carnassiers, qui sont, comme on sait, caractérisés par une tête à double couronne de crochets; mais que devient son inflexibilité quand on cherche à l'appliquer aux ténias des herbivores, aux

ténias inermes, ainsi nommés à cause de l'absence de crochets qui caractérise leur tête?

» Quelques autopsies de chevaux et de plus nombreuses autopsies de lapins de garenne me permettent de dire, dès à présent, que cette règle est plutôt une exception, et que la vraie règle est que les ténias peuvent suivre toutes les phases de leur développement dans le même animal s'il est un herbivore ou un omnivore, depuis l'état de *pronolex*, ou d'embryon hexacanthe, jusqu'à celui de *proglottis* ou *cucurbitain* rempli d'œufs, en passant par les états intermédiaires d'hydatide ou larve vésiculaire acéphalocyste, de *notex*, puis de *strobile* ou état rubanaire. En un mot, les migrations par l'intermédiaire des carnassiers, que l'on a cru jusqu'à présent indispensables et le seul moyen pour les ténias d'arriver à l'état adulte propre à la reproduction, ne sont qu'un deuxième moyen, parallèle au premier, employé par la nature pour mieux assurer la conservation de l'espèce.

» C'est quand l'embryon hexacanthe de ténia a pénétré dans une glandule ou un follicule intestinal, qu'il s'y est développé en cysticerque ou échinocoque, et que la cavité qui le renferme reste en communication avec l'intestin, qu'il se transforme sur place en ver rubanaire; il s'y transforme encore, chez le lapin de garenne, quand le cysticerque a pénétré dans la cavité péritonéale et qu'il y est devenu libre; mais lorsqu'il est arrivé dans un tissu parenchymateux ou autre éloigné de l'intestin et qui n'a plus de communication avec le tube digestif, il y meurt si la dent d'un carnassier ne le ramène pas dans un intestin; dans ce cas il continue sa métamorphose, et le ténia qui en dérive conserve une partie de ses caractères larvaires, la double couronne de crochets plus ou moins complète.

» En résumé je conclus :

» 1° Que les ténias inermes des herbivores et des omnivores sont des ténias parfaits qui ont suivi toutes leurs phases et subi toutes leurs métamorphoses chez le même animal;

» 2° Que les ténias armés sont des ténias imparfaits, quoique adultes, provenant des mêmes larves cystiques dont dérivent les premiers, — chaque ténia inerme ayant son correspondant armé, — mais transportées dans les intestins d'un carnassier ou d'un omnivore, où leur transformation dernière a subi, sous l'influence de ce nouveau milieu, un temps d'arrêt caractérisé par la persistance de la couronne de crochets du nolex. »

Anesthésie chirurgicale. — M. le docteur *E. Simonin* (de Nancy) donne lecture d'un travail intitulé : *Des trois faits physiologiques qui servent principalement de guide lors des anesthésiations pratiquées à la clinique chirurgicale de M. Simonin*. Trois points, suivant l'auteur, forment une sorte de *trépied physiologique*, qui doit être la base des appréciations du chirurgien : 1° manifestation de l'insensibilité périphérique, notamment celle des tempes et de la cornée; 2° état des muscles des mâchoires; 3° état de la pupille sous le rapport de la contraction et du relâchement de l'iris.

C'est par la remarque de l'apparition de l'insensibilité périphérique que l'on constate avec une certitude presque absolue que l'éthérisme a atteint la période chirurgicale.

C'est par la constatation du trismus que, dans une anesthésiation régulière, on peut juger qu'aucun péril ne menace le malade (tant que persiste le serrement des mâchoires).

Quant à la contraction et à la dilatation de l'iris, l'auteur l'explique par l'action antagoniste des tubercules quadrijumeaux opposée à celle du ganglion cervical supérieur du grand sympathique. Le maintien de la contraction indique qu'il n'existe aucun péril pour la vie du sujet anesthésié; la dilatation de la pupille doit, au contraire, inspirer des inquiétudes ou tout au moins provoquer une grande attention de la part du chirurgien, bien que, dans un certain nombre de cas, cette dilatation soit passagère et sans danger.

M. Simonin a exposé avec soin les exceptions apparues dans les faits énoncés par lui en 1847, en 1863, en 1868, et qui constituent le trépied physiologique dont il a été question.

Hyponarthécie. — M. le professeur *Paquet* (de Lille) présente des gouttières moulées avec de la gutta-percha; ces gouttières sont destinées à immobiliser l'avant-bras, le poignet et la main dans les cas d'hémorrhagies palmaires; elles présentent une large fenêtre qui correspond au centre de la paume de la main, et deux fenêtres ovales placées à l'avant-bras sur le trajet des artères radiale et cubitale, de manière à permettre la combinaison de la compression directe et de la compression indirecte. Ce n'est pas une méthode nouvelle que l'auteur propose, mais bien un procédé de perfectionnement apporté aux méthodes déjà connues.

Plaques électriques de la torpille. — M. le professeur *Rouget* (de Montpellier) fait une communication sur la *transformation des forces dans les plaques électriques de torpille et dans les plaques motrices des muscles volontaires*.

« La structure des lames nerveuses qui constituent la partie essentielle des lames électriques est identique à celle des plaques motrices : ces deux modes de terminaison nerveuse sont formés par un réseau de ramifications ou cylindres à mailles fermées sans extrémités libres. — Les flux électriques de la torpille résultent d'une transformation de la force de tension accumulée par la nutrition en force vive qui se manifeste sous forme d'électricité, parce que dans la plaque électrique il n'y a aucune production de travail mécanique, ni d'aucun des modes de mouvements, sensations, excito-motricité, qui se manifestent dans les centres nerveux.

» Il est probable que la *variation négative* d'un muscle en contraction, sous l'influence d'une décharge de la plaque motrice, résulte d'un flux électrique analogue à celui des plaques électriques de la torpille. Il y a lieu de chercher si les analogies signalées depuis longtemps entre les muscles et les appareils électriques ne résultent pas de ce que les organes électriques auraient pour origine des cellules musculaires (faisceaux primitifs des muscles), dans lesquelles l'élément contractile ne s'est pas développé, tandis que la plaque motrice a pris un énorme développement. »

La distribution des récompenses décernées par les sections a été faite en séance plénière le samedi 19 avril, sous la présidence du ministre de l'instruction publique, qui y a prononcé un discours chaleureux, empreint d'un sentiment élevé des destinées et des besoins de la science. Le rapport *sur les travaux des membres des Sociétés savantes des départements* (*section des sciences*), *publiés pendant l'année* 1878, a été fait par M. E. Blanchard, secrétaire de la section. Voici la liste des récompenses afférentes à cette section et qui concernent les sciences médicales.

M. *Jeanbernat*, membre de l'Académie des sciences de Toulouse (travaux de botanique).

M. *Rodin*, à Beauvais (travaux de botanique).

M. *Coutance*, professeur à l'École navale de médecine de Brest (travaux de physiologie).

Enfin disons que parmi les nouveaux officiers universitaires dont M. le ministre a proclamé les noms, figure notre confrère M. Ballay, le courageux médecin de la marine, à qui le corps médical a tout récemment offert un banquet.

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'action physiologique des purgatifs (*Zur physiologischen Wirkung der Abführmittel*), par M. le docteur Brieger.

L'auteur s'est proposé de vérifier les résultats obtenus par le docteur Lauder Brunton, et qui ont été publiés dans *The Practitioner* (1874, n° 71 et n° 72, *On the action of the purgative medicines*). Il a employé la même méthode que MM. les docteurs Colin, Moreau et Brunton (1). Sur des chiens morphinisés, il isolait une anse intestinale et partageait celle-ci en trois parties au moyen de ligatures; il réservait la partie moyenne pour servir de contrôle, c'est-à-dire pour y apprécier les effets du manuel opératoire; les deux portions extrêmes servaient à l'étude des médicaments purgatifs, et dans quelques expériences sur les sels purgatifs, l'une de ces

(1) Voy. le précédent numéro, au *Premier-Paris*.

portions recevait une solution de sel de cuisine pour servir de comparaison.

Nous n'insisterons pas sur le détail des expériences, parce qu'elles sont très-nombreuses et qu'elles ont donné des résultats analogues. Le docteur Brieger a étudié l'action des sels purgatifs, le sulfate de magnésie, le sulfate de soude, à doses faibles et à doses purgatives; celle des drastiques, l'huile de croton et l'extrait de coloquinte, et enfin l'action des laxatifs, rhubarbe, aloès, séné, gomme-gutte, huile de ricin, calomel. Dans ces expériences il note la quantité de liquide contenue dans l'anse intestinale, et il en étudie les caractères histologiques et les propriétés physiologiques, c'est-à-dire le pouvoir saccharifiant du liquide excrété. Il est à remarquer que pour ce dernier point le liquide sécrété dans l'anse intestinale, à la suite des purgatifs salins et même des drastiques, était albumineux et possédait un pouvoir saccharifiant qui n'existait pas dans le liquide contenu par l'anse de contrôle dans laquelle le purgatif n'était pas introduit.

L'auteur conclut de ces recherches que les purgatifs salins agissent en produisant une hypersécrétion, et non point une simple transsudation, l'examen du liquide ne laisse pas de doute à cet égard. Les drastiques à forte dose agissent en déterminant une irritation inflammatoire avec exsudat et hypersécrétion; mais à petites doses ils agissent comme les laxatifs. Les laxatifs n'ont pas paru provoquer d'hypersécrétion, l'anse intestinale était toujours vide ou du moins ne contenait que les substances introduites, mais les parois en étaient fortement contractées. Les laxatifs agiraient donc surtout en provoquant les contractions intestinales.

Ces conclusions sont en faveur de la théorie de l'hypersécrétion pour l'action des purgatifs, bien qu'elles réservent une large part à l'action musculaire pour les laxatifs (*Archiv für experimentelle Pathologie*, 8 Bd, 4 et 5 Heft, 24 janvier 1878).

A. H.

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Influence de l'air et de l'oxygène comprimés sur les animaux septicémiques, par M. V. Feltz, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. — Nancy, 1879. Berger-Levrault.

Poursuivant avec un zèle et une activité scientifiques que l'on ne saurait trop louer les expériences qu'il a entreprises depuis plus de dix années sur les maladies infectieuses, M. Feltz a recherché si l'oxygène ne pouvait pas devenir un agent thérapeutique pour les maladies infectieuses, et si l'on ne pourrait pas, en suroxygénant le sang d'animaux infectés, détruire les vibrioniens adultes, empêcher l'évolution des corpuscules-germes et annihiler ainsi leur action.

L'auteur a successivement entrepris une série d'expériences pour préciser :

1° La durée de la vie des animaux soumis aux inoculations septiques;

2° Le mode d'action, sur les animaux sains, de l'oxygène pur, de l'oxygène et de l'air comprimés à différentes tensions;

3° Les moyens d'administrer à des animaux sains de l'oxygène pur, de l'oxygène et de l'air comprimés, de manière à éviter ou à reculer le plus longtemps possible l'intoxication oxygénale;

4° Les effets de l'oxygène, comprimé ou non, sur les animaux empoisonnés par l'agent septique;

5° Les causes de succès ou d'insuccès de ces diverses expériences.

Il a reconnu que des souris bien portantes ne survivaient pas plus de cinquante heures à l'inoculation du sang septicémique; que les souris parfaitement saines ne peuvent vivre au delà de soixante-cinq heures dans de l'oxygène pur; que des souris préalablement inoculées de liquide septicémique périssent quelques heures avant les souris inoculées maintenues à l'air libre, ce qui semble prouver que l'action malfaisante de l'oxygène s'ajoute à celle des vibrioniens. La quatrième série d'expériences, plus intéressante encore, a démontré que la compression oxygénale à haute tension ne peut être employée dans un but thérapeutique, et qu'il est impossible d'user de la compression oxygénale à 2 atmosphères seulement pour des animaux qui doivent vivre au delà de trente heures; mais que, d'autre part, la compression oxygénale à 2 atmosphères, à raison de cinq heures sur vingt-quatre, est facilement supportée, et que la compression de souris dans un courant d'air de 4 à 5 atmosphères n'entraîne pas, après soixante-six heures, d'accidents graves, si l'on a soin de décomprimer lentement. Ces deux derniers modes de compression peuvent donc être employés dans un but thérapeutique. Enfin une cinquième série d'expériences prouve que les animaux ainsi soumis à une compression momentanée meurent plus rapidement que ceux qui sont maintenus à l'air libre.

Nous ne voulons que citer ici les expériences du savant professeur de Nancy. Il serait prématuré d'en tirer des conclusions définitives; mais elles sont très-intéressantes par elles-mêmes et indiquent la voie à suivre pour arriver à rendre profitables, au point de vue thérapeutique, les mémorables découvertes de M. P. Bert.

VARIÉTÉS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Vingtième assemblée annuelle tenue à Paris les 20 et 21 avril 1879 sous la présidence de M. Henri Roger.

L'Association générale des médecins de France est en voie de prospérité. Les chiffres que nous citons plus bas en sont la preuve, et il est permis de féliciter de ces heureux résultats les membres du bureau qui, depuis tant d'années, se consacrent avec un dévouement si louable à cette œuvre de bienfaisance.

La dernière assemblée a donc été, mieux encore que les années précédentes, une belle et bonne séance. Elle a été ouverte par un discours très-éloquent et très-applaudi, — est-il besoin de le dire? — de M. Henri Roger. Le président de l'Association, en payant un juste tribut d'éloges et de regrets aux membres éminents qu'elle a perdus, a su rappeler, en termes émus, les mérites de son prédécesseur M. Tardieu :

« L'Association générale, a-t-il dit en terminant, avait contracté avec son ancien président une dette de reconnaissance: elle s'est empressée de l'acquitter envers sa veuve, depuis si longtemps affligée par la maladie, et qui n'a hérité de son mari que la gloire. Les services rendus par M. Tardieu l'avaient été à *tous;* aussi le conseil, en assistant Mme Tardieu dans ses douleurs et son isolement, a-t-il décidé que *tous* contribueraient à l'hommage accordé au défunt, ainsi qu'au témoignage de sympathie profonde apporté à celle qui lui survit. »

Tardieu, en effet, est mort laissant sans aucunes ressources une veuve digne de tous nos respects, et l'assemblée, en lui votant à l'unanimité une pension de 1200 francs, a tenu à réparer, autant qu'il dépendait d'elle, les infortunes dont elle est l'innocente victime.

Après Tardieu, l'Association a perdu Chauffard non moins éminent, non moins dévoué, non moins zélé que son collègue. Chauffard avait consacré toute sa vie aux études scientifiques; jamais il n'avait ambitionné ni la fortune ni la réputation brillante que donnent les succès professionnels. Mais jamais non plus il n'avait manqué, c'est sa veuve qui l'écrivait récemment au président de l'Association, « de compatir aux difficultés et aux souffrances des humbles et des déshérités ». « Si la mort, a dit M. Henri Roger, fût venue moins précipitée, moins implacable, certes, dans ces instants suprêmes où les bons songent à se survivre dans le cœur de leurs amis, Chauffard aurait légué un souvenir durable à l'Association qu'il servait et aimait. Ce qui était dans ses vœux et ce qu'il n'a pas eu le temps d'accomplir, sa veuve l'a fait : par une pieuse ressouvenance et du cher défunt et de nos

fligés, elle a perpétué sa cotisation annuelle. Désormais le nom de notre illustre confrère et celui de sa veuve généreuse seront associés à perpétuité sur la liste de nos bienfaiteurs. Mme Chauffard s'est inspirée de la remarque de Pascal : « Une des plus solides et des plus utiles charités envers les morts, est de faire les choses qu'ils nous ordonneraient s'ils étaient encore au monde. »

D'unanimes applaudissements ont accueilli ces paroles et cet hommage rendu à un honnête homme, dont la mémoire restera vénérée par tous les membres de l'Association. M. le président rend compte ensuite des difficultés qui se sont opposées à la réalisation des vœux émis dans la séance précédente. Mais il s'efforce de consoler ses collègues en leur prouvant que l'adhésion des pouvoirs publics et les subventions officielles ne sont point indispensables quand il s'agit de soulager les infortunes imméritées.

« Continuons donc à développer, a dit M. Henri Roger, le côté moral et protecteur de notre Association; inclinons nos cœurs vers les affligés de la profession, et soyons toujours amis aux misères confraternelles. Avant que n'éclatent les menaces cachées de la mort, hâtons-nous de donner; ces biens dont elle est prête à nous dépouiller, ainsi que de nos titres et honneurs, mettons-les en sûreté dans le sein des pauvres.

» Donner de son vivant, c'est frauder la mort et le fisc, double plaisir que je me procure aujourd'hui, en confiant à notre trésorier, M. Brun, une somme de 1000 francs pour les pensions viagères; je n'ai qu'un regret, c'est que la fraude soit bien petite. »

Après ce discours, le trésorier de l'Association générale, M. Brun, a donné un aperçu de la situation financière de l'œuvre.

La caisse générale a reçu des Sociétés locales une somme de 19 477 fr. 55 c.; la caisse des pensions a reçu une somme de 13 999 fr. 86 c. Plus de 400 sociétaires nouveaux ont été reçus pendant le dernier exercice, et la caisse générale a en caisse 22 327 fr. 70 c. La caisse des pensions viagères a reçu 13 875 fr.

Le docteur Regnault (de Châtillon-sur-Seine) lui a fait un legs de 10 000 fr., et ses principaux donateurs ont été M. le président Henri Roger, pour la somme de 1000 fr.; Mme la duchesse de Galliera, pour même somme ; MM. Jourdanet et Colin, du Val-de-Grâce, chacun pour 500 fr.; douze autres donateurs ont contribué à l'augmentation du capital de cette caisse :

MM. Delestre, Bucquoy, Rendu, Otterbourg, Piogey, Dionis des Carrières, Brun (Auguste), Pfeiffer, Dumont, de Monteux, Bourdin (de Choisy-le-Roy), Marjolin (Georges).

Toutes ou presque toutes les Sociétés locales ont fait à la caisse des pensions un versement volontaire, plus ou moins important, dont le total s'élève à 13 999 fr. 84 c.

La caisse générale de l'Association a versé, à la caisse des pensions, une somme totale de 12 900 fr.

Les rentes constituées au profit de cette caisse ont fourni la somme de 931 fr., et la caisse des dépôts et consignations a capitalisé, au profit du compte des fonds de retraites, pour intérêts au 31 décembre 1878, la somme de 9343 fr. 94 c., de telle sorte que la totalité des sommes dont a profité la caisse des pensions, pendant le dernier exercice, est de 51 049 fr. 78 c., somme de laquelle s'est augmenté le capital de cette caisse.

Au 1er avril 1878, cette caisse possédait un capital de 510 506 fr. 31 c. Ce capital est, aujourd'hui, de 561 556 fr. 09 c., non compris 931 fr. de rentes constituées et quelques nues propriétés.

La liste des nues propriétés va s'augmenter, pour le nouvel exercice, de la nue propriété d'une somme de 20 000 fr. léguée à la caisse des pensions par notre bien regretté confrère le docteur Caffe, et dont sa veuve conserve l'usufruit.

Sur la somme de 561 556 fr. 09 c. que possède la caisse générale des retraites, 331 004 fr. sont employés pour le service des pensions à la caisse des retraites de la vieillesse, et la somme de 230 552 fr. 09 c. est disponible pour les pensions allouées aux médecins nécessiteux ou à leurs veuves.

Depuis 1874, l'assemblée générale a accordé 70 pensions ou augmentations de pensions pour 61 sociétaires.

14 sociétaires sont décédés, et le capital de leur pension a fait retour au compte des retraites.

En ce moment, 47 sociétaires sont pensionnés et jouissent de 16 000 fr. de rentes entre tous; 10 nouveaux pensionnés et 8 pensionnés anciens recevront l'année prochaine une augmentation de pension. La caisse des pensions fournira un total de 20 900 fr. de rentes à 57 pensionnés.

Le fonctionnement de la caisse des pensions est donc parfaitement régulier; mais, pour qu'il ne survienne aucune perturbation dans son développement, il est indispensable que les Sociétés locales, toujours mues par les mêmes sentiments de libéralités, continuent leurs versements annuels à la caisse des pensions, jusqu'à ce que, par le nombre croissant des pensionnés, il s'établisse, par les extinctions, un cercle assez large pour qu'avec les capitaux qui feront retour à la caisse on puisse satisfaire aux nouvelles demandes.

Ces renseignements donnés sur la situation financière de l'Association ont été appréciés et loués comme ils méritent de l'être par M. Gallard qui, chargé de faire un rapport sur l'examen de la gestion du trésorier, s'est acquitté avec beaucoup d'*humour* de cette mission en insistant justement, non-seulement sur la prospérité de la caisse de l'Association, mais encore et surtout sur les mérites et le dévouement de celui qui venait de la faire connaître.

Le discours le plus important était, comme les années précédentes, le rapport général fait par M. A. Latour sur la situation et les actes de l'Association. Retenu par la maladie, le secrétaire général n'a pu lui-même donner lecture des pages qu'il avait consacrées à une étude approfondie des questions qui intéressaient le plus vivement les membres de l'Association. C'est M. le docteur Martineau, vice-secrétaire, qui l'a remplacé. Il n'a pu, sans une vive et bien légitime émotion, prononcer l'éloge de son maître, Tardieu, éloge que nous voudrions pouvoir reproduire textuellement, mais dont nous voulons au moins citer le passage suivant qui dépeint si bien les qualités de son modèle.

« Que pourrais-je vous dire que vous n'ayez déjà lu ou entendu sur notre cher et si regretté président honoraire, sur cet esprit charmant, sur cette si belle intelligence, sur ce privilégié de la nature qu'elle avait comblé de ses faveurs. Aimable et séduisant caractère, qui attirait les cœurs, qui subjuguait l'esprit, véritable vase d'élection dans lequel Dieu semblait avoir versé les facultés les plus variées et les plus précieuses aptitudes : conception rapide, assimilation prompte, don de parole merveilleux, style éloquent par la lucidité, facilité de travail inouïe, et à ces brillantes qualités joignant, ce qui est plus rare, une pénétration vive du sujet, un jugement sûr, des motifs saisissants de détermination, un classement méthodique des faits, un enchaînement logique des preuves, enfin un ensemble harmonieux et correct de toute œuvre qu'a produite cet esprit éminent. A toutes ces qualités intellectuelles, ajoutons encore l'amabilité, l'attraction, le charme des relations, qui faisaient oublier et pardonner quelques faiblesses de caractère; la bonté du cœur et la distinction de l'esprit, et vous trouverez celui que mon inhabile pinceau n'a su qu'imparfaitement vous peindre, vous retrouverez celui que nous avons aimé, que nous regretterons toujours, vous retrouverez Ambroise Tardieu. »

Après quelques paroles consacrées à la mémoire de MM. Chauffard et Halleguen, M. A. Latour rend compte de la situation financière de l'Association. Elle se résume par les chiffres suivants :

Caisse générale.................	85 075 f. 39
Caisse des pensions..............	561 556 09
Société centrale et Sociétés locales.	692 287 31
Total..............	1 338 918 79

Il faut ajouter à ce total les rentes inaliénables, par suite de cotisations perpétuées.

Les dons et legs reçus dans le dernier exercice par les divers éléments de l'œuvre se sont élevés à la somme de 18 812 fr. 90 c. J'ajoute que, cette année encore, 33 sociétaires ont perpétué leur cotisation annuelle.

Les secours éventuels et annuels accordés par les Sociétés locales augmentent tous les ans. Pendant le dernier exercice, ils

se sont élevés au chiffre de 31 338 fr., dont la répartition peut se faire ainsi :

69 veuves, fils ou filles de sociétaires.	15 715 fr.
47 sociétaires	12 408
51 étrangers	3 215

Pendant qu'augmente le chiffre des secours éventuels, diminuent les demandes de subvention des Sociétés locales à la caisse générale. Dans le dernier exercice, en effet, une seule Société locale a eu recours à la caisse générale, qui n'a eu à accorder que 80 fr. de subvention.

Il convient d'ajouter que l'Association entretient en ce moment dix pupilles, dont elle fait les frais d'éducation, et que sa caisse de pensions viagères secourt 47 pensionnaires, qui prélèvent la somme de 16 600 fr.

Cette somme, ajoutée à celle de 31 338 fr. (secours accordés à des veuves, à des enfants de sociétaires et à des étrangers), donne un total de 47 938 fr. de secours annuels.

Abordant ensuite l'étude des questions dont on attendait, avec intérêt, la solution, M. A. Latour rend compte des travaux entrepris par l'Association générale pour préparer une loi organique sur l'enseignement et l'exercice de la médecine. Cette question, on s'en souvient (voy. *Gaz. hebd.*, 1878, p. 356), avait été soumise à l'assemblée dans sa séance de l'année dernière. Or, la commission nommée à cette époque n'a point terminé sa tâche. Elle n'a même pas achevé l'examen du projet relatif à l'exercice de la médecine, qui lui avait été soumis par l'un de ses membres, M. le docteur Dufay. Nous avouerons franchement que les scrupules qui, d'après ce que nous savons par le rapport de M. A. Latour, ont paru retenir la commission et l'ont empêchée de préparer un rapport mettant en relief les inconvénients des lois qui régissent aujourd'hui l'exercice de la médecine, ne nous ont pas entièrement convaincu. Il est bien évident que l'Association ne pouvait être qu'officieusement et indirectement saisie de cette mission. Il est très-vrai qu'une conversation avec un ministre bien connu pour son empressement à promettre à ses interlocuteurs ce qu'ils semblaient désirer ne pouvait être considérée comme l'expression officielle d'un mandat bien défini. Mais il nous semble qu'une Association qui compte dans son sein un si grand nombre de médecins éminents, et qui peut faire appel au concours de jurisconsultes distingués, aurait été très-capable de préparer un projet que l'un des membres du parlement aurait pu faire sien en le présentant à la sanction des pouvoirs publics. Point n'était besoin de s'effrayer à l'avance sur l'étendue et la gravité de cette tâche. Nous assistons trop souvent à l'éclosion de projets de loi peu étudiés et dus à l'initiative de parlementaires bien intentionnés, sans doute, mais souvent assez mal inspirés, pour ne point regretter que l'Association ne se soit point reconnue capable de livrer à une discussion publique un rapport qui aurait pu servir de point de départ à des réformes bien nécessaires.

Nous ferons aussi quelques réserves au sujet de la question relative à la reconnaissance d'utilité publique que le conseil général avait mission de solliciter en faveur de l'Association. Nous n'avons jamais été, en effet, partisan très-enthousiaste de la modification des statuts de l'Association qu'entraînerait nécessairement une semblable mesure (voy. *Gaz. hebd.*, 1878, p. 437). Nous avions même cru pouvoir faire remarquer l'année dernière que l'Association ne semblait céder qu'à une pression exercée au dernier moment en revenant, par un vote à peu près unanime, sur une décision qu'une note très-explicite de M. le docteur Brun avait permis de considérer comme l'expression réfléchie des convictions de tous les membres du conseil général. Mais il nous faut faire remarquer aujourd'hui que, parmi les arguments énumérés par le secrétaire de l'Association pour prouver les inconvénients que présenteraient de nouvelles démarches faites en vue d'obtenir la reconnaissance d'utilité publique en faveur de l'Association, il en est qui ne résistent point à une discussion un peu approfondie. L'existence d'un conseil judiciaire qui assiste l'Association, les craintes que pourraient faire naître les désirs exprimés par d'autres Associations de secours mutuels, les dangers que présente, au point de vue de la sécurité publique, la fédération des Sociétés locales ne nous semblent pas des arguments irréfutables. Nous pensons même que le conseil d'État, mieux informé ou mieux disposé, — ce qu'il n'est point impossible d'espérer, — admettrait les réclamations que ne manqueraient pas de faire valoir les représentants de l'Association. Nous pensons, sans doute, qu'il faudra toujours admettre quelques modifications aux statuts actuels; mais nous pensons aussi qu'il ne faut point se contenter de la sympathie et de la bienveillance de l'administration centrale du ministère de l'intérieur. Nous persistons à croire que les privilèges dont jouit l'Association ne peuvent lui être maintenus que par une sorte de subterfuge légal, et nous maintenons les conclusions que nous avons développées l'année dernière, en exprimant le vœu que le conseil général ne se désintéresse pas tout à fait d'une question aussi sérieuse, et qu'il ne désarme pas au moment où la réorganisation du conseil d'État peut, d'un jour à l'autre, lui permettre de joindre aux avantages dont l'Association jouit comme société de secours mutuels ceux qui résultent de la reconnaissance comme établissement d'utilité publique.

Après le rapport de M. A. Latour, l'assemblée a entendu celui de M. Bucquoy, chargé d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères. On n'a pu écouter sans un sentiment de douloureuse émotion le récit des misères si honorablement supportées par les médecins auxquels l'Association vient d'accorder une pension nouvelle ou une augmentation de pension. Ce qu'elle a fait est certes ce qu'elle était capable de faire. Mais on ne saurait trop, en lisant le rapport de M. Bucquoy, et surtout en consultant les listes qui indiquent l'âge et les infirmités des médecins en faveur desquels il proposait une mesure de bienfaisance, recommander aux favorisés de la fortune de contribuer à accroître les revenus de la caisse des pensions. Pour l'exercice 1879, la commission a mis à la disposition de l'assemblée générale, outre la pension de 1200 francs accordée à madame Tardieu, une rente de 4300 francs, répartie comme il suit :

1 pension nouvelle de 400 fr.	400 fr.
9 — de 300 fr.	2700
4 augmentations de pension de 200 fr.	800
4 — — de 100 fr.	400
	4300 fr.

Ce qui porte le nombre de nos pensionnés à 57, et établit le chiffre des pensions ainsi qu'il suit :

6 pensions à 600 fr.	3 600 fr.
5 — à 500 fr.	2 500
10 — à 400 fr.	4 000
36 — à 300 fr.	10 800
soit 57 pensions pour un total de	20 900 fr.

Dans la séance du 21 avril, l'assemblée a nommé membres du conseil général :

MM. Bancel, Brouardel, Fauvel et Hérard, par 62 voix; M. Dufay, par 61 voix; et MM. Contour, Moreau (de Tours) et Notta, par 60 voix.

M. A. Chéreau a été nommé vice-secrétaire par 72 voix.

MM. Bucquoy, Dufay, Penard, Durand-Fardel, Gosselin et Bancel ont été nommés membres de la commission des pensions.

L'assemblée a adopté ensuite, relativement à la question de reconnaissance d'utilité publique, la résolution suivante :

Résolution. — Les tentatives infructueuses faites depuis l'an dernier par le conseil général pour faire obtenir à l'Association d'être reconnue comme établissement d'utilité publique ayant démontré que, pour atteindre ce but, l'Associa-

tion aurait à modifier complétement ses statuts et à faire des sacrifices auxquels il lui est impossible de consentir, l'assemblée approuve le conseil général d'avoir ajourné toute démarche tendant à rechercher pour l'Association la reconnaissance d'utilité publique.

M. Helbronner, membre du conseil judiciaire, lit un rapport très-étudié sur le vœu émis par M. Ludoger-Fortmorel relatif au droit des inspecteurs de pharmacies, herboristeries et épiceries de visiter les pharmacies tenues par des religieuses.

Divers vœux concernant l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie sont renvoyés au conseil général, ainsi qu'un projet d'association d'assurance mutuelle entre médecins étudié par la Société de la Gironde.

COURS DE CLINIQUES SPÉCIALES INSTITUÉS DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE.

Nous avons publié dans notre précédent numéro (p. 275) le décret instituant, près les facultés de médecine, des cours complémentaires de cliniques spéciales. Ce décret est si singulièrement rédigé qu'il nous paraît nécessaire d'examiner ce qu'il semble indiquer. Nous n'avons plus à exposer ici les questions de principe que soulève cette création de cours de cliniques spéciales. Nous nous sommes déjà suffisamment expliqué à cet égard (voy. *Gaz. hebd.*, 1878, p. 370 et 387) à l'occasion du rapport présenté à l'assemblée de la Faculté dans sa séance du 18 avril 1878, par M. le professeur L. Le Fort. Nous persistons à penser que l'enseignement des spécialités est nécessaire, que la Faculté avait été mal inspirée en rejetant en 1877 les conclusions du rapport de M. Broca, demandant la création de chaires magistrales destinées à l'enseignement des spécialités les plus indispensables à connaître, et, qu'en revenant sur un vote déterminé par des considérations étrangères aux intérêts de l'enseignement public, elle a émis un vœu auquel devront applaudir tous ceux qui espèrent dans l'avenir de nos facultés. Nous persistons également à croire que le concours, et un concours *spécial*, donnerait plus de garanties que tous les titres officiels à la nomination des titulaires de ces chaires de clinique. Mais ces questions ne sont pas soulevées par le décret nouveau. Ce décret paraît même singulièrement arriéré. Depuis l'année dernière, en effet, les conclusions du rapport de M. L. Le Fort, adoptées par la Faculté, ont été sanctionnées par des décrets présidentiels. Une chaire magistrale de maladies mentales, une chaire magistrale d'ophthalmologie, une chaire magistrale de maladies des enfants ont été officiellement créées. Leurs titulaires ont été officiellement installés. Nous croyons savoir que le nouveau ministre de l'instruction publique va très-prochainement demander les fonds nécessaires pour la création d'une chaire de dermatologie.

La question des cliniques spéciales se trouve donc à peu près complètement résolue en ce qui concerne la Faculté de Paris. A Lyon, la situation est analogue à quelques égards. Comment comprendre dès lors que le décret du 15 avril dernier ne fasse aucune allusion à ces créations de chaires magistrales, et qu'il ne parle dans son article 2 que de chargés de cours, alors qu'il existe des professeurs titulaires? Comment se fait-il que l'article 3 fasse allusion à une disposition du décret du 20 août 1877, que les nominations récentes semblent avoir abrogée malgré les titres officiels dont plusieurs médecins des hôpitaux, non agrégés, ont été et se trouvent encore investis? Il nous paraît bien difficile de répondre clairement à ces questions. Ou plutôt une seule réponse semble pouvoir leur convenir.

Le décret du 15 avril 1879 est le complément du décret du 20 août 1877. Il affirme l'existence des *cours complémentaires de clinique annexe* que nous avions annoncés le 14 juin 1878, à propos de nominations faites à la Faculté de Montpellier.

Depuis cette époque, les titulaires de ces chaires de clinique attendaient en vain les services qui leur étaient nécessaires et une délégation officielle qui leur permît de commencer leurs cours. A plusieurs reprises, ils avaient fait réclamer auprès de l'administration centrale l'exécution de l'arrêté qui les avait nommés. On se sera ému de ces plaintes si légitimes. On aura recherché si aucun projet de décret complémentaire n'avait été oublié dans un carton ministériel. Et ce projet de décret ayant été retrouvé, on l'aura présenté à la signature du président de la République sans réfléchir que, depuis l'époque où il avait été rédigé, bien des modifications avaient été apportées aux décisions précédemment prises. Telle est la seule explication que nous croyons pouvoir donner de cet étrange document. Il faut en supprimer tout ce qui concerne la Faculté de Paris, n'en retenir que ce qui a trait aux facultés de province et reconnaître qu'il serait quelquefois utile de consulter l'inspecteur général de la médecine, seul compétent en pareille matière, avant de publier des documents officiels qui, sortis des bureaux du ministère, sont imprimés au *Journal officiel* sans avoir été mis d'accord avec les décrets et les arrêtés précédemment publiés.

Les titulaires des chaires magistrales de clinique récemment nommés ne sont point visés par ce décret. Les titulaires des chaires complémentaires de cliniques spéciales, nommés par M. J. Brunet à la suite du décret du 20 août 1877, n'ont jamais reçu qu'un titre contesté par la Faculté, et l'invitation de fournir à son doyen le programme des cours qu'ils n'ont jamais ouverts et qu'ils ne seront jamais sans doute appelés à ouvrir. Le décret du 15 avril 1879 reste donc une énigme, à moins qu'il ne soit, comme nous le croyons, une étourderie administrative.

Faculté de médecine de Paris. *Chaire de pathologie générale*. L'assemblée des professeurs a formé hier mercredi sa liste de présentation des candidats pour la chaire de pathologie générale. En *première ligne*, M. Bouchard (17 voix contre 13 obtenues par M. Hayem; en *seconde ligne*, M. Hayem (24 voix); en *troisième ligne*, M. Lécorché (12 voix).

— On assure que M. Hayem est chargé du cours de thérapeutique en remplacement de M. Gubler.

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE — SERVICE MÉDICAL DANS LES ÉCOLES COMMUNALES ET LES SALLES D'ASILE.

Séance du 23 avril 1879. — Sur le rapport de M. Hovelacque, le conseil adopte un projet de délibération dont voici les dispositions principales :

1° Il sera institué, à partir du 1er avril 1879, un service médical dans les écoles communales et les salles d'asile.

2° Ces établissements seront groupés en circonscriptions d'inspection médicale, de façon que chaque circonscription ait un effectif de vingt à vingt-cinq classes, chaque salle d'asile étant comptée pour deux classes.

3° Le traitement attaché aux fonctions de médecin-inspecteur sera de 600 francs par an.

. . . .

5° Les médecins-inspecteurs seront nommés par le préfet d'après une liste de présentation dressée en nombre triple par les médecins de la circonscription. Les médecins-inspecteurs devront être pourvus du titre de docteur.

. . . .

8° Il est créé, conformément au tableau ci-dessus, 114 places de médecin-inspecteur dans le département, soit 85 pour les circonscriptions parisiennes et 29 pour les circonscriptions suburbaines.

9° Toute école ou salle d'asile devra recevoir deux fois par mois la visite du médecin-inspecteur. . . . .

10° Après chaque visite, le médecin-inspecteur adressera au maire un bulletin contenant le résultat de la visite.

11° Le médecin-inspecteur recevra aux jours et heures habituels de ses consultations les enfants désireux d'obtenir un certificat de rentrée. Tout enfant éloigné momentanément de l'école comme atteint d'une maladie contagieuse ne pourra y rentrer que muni de ce certificat.

Nécrologie. — Les obsèques de M. Gubler ont eu lieu samedi dernier à l'église Saint-Roch, au milieu d'une assistance nombreuse, où l'on sentait l'émotion causée par une perte si regrettable pour la science et pour les malades. Suivant le désir manifesté par le défunt, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

— Nous annonçons avec peine la mort de M. le docteur Edouard Guérard, praticien très-distingué de Paris. Il était l'un des élèves préférés du regretté Bazin, auquel il prêtait souvent le concours de son érudition et de sa plume pour la rédaction de travaux sur les maladies de la peau. Guérard a collaboré activement à l'un des articles les plus importants du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, l'article Dermatoses, qui n'a pas encore paru, mais qui est tout entier entre les mains de la direction.

— Nous apprenons la mort de Charles Murchison, un des cliniciens les plus distingués de la Grande-Bretagne. Murchison est l'auteur d'un nombre considérable de mémoires sur divers sujets de pathologie et d'épidémiologie, mais il est surtout connu parmi nous par ses deux importants ouvrages sur la fièvre typhoïde et les troubles fonctionnels du foie. Le *Traité de la fièvre typhoïde*, récemment traduit par M. Lutaud et annoté par M. Henri Gueneau de Mussy, était extrait du grand ouvrage de l'auteur anglais sur les fièvres continues de la Grande-Bretagne. Le *Traité des maladies fonctionnelles du foie*, œuvre plus récente, a été traduit par M. Jules Cyr.

Murchison est mort subitement à l'âge de cinquante-cinq ans. Il était arrivé à une haute situation scientifique et professionnelle. Son enseignement clinique était très-suivi à l'hôpital Saint-Thomas. Peu de jours avant sa mort il avait été nommé médecin de la famille royale.

Collége de France. — M. le professeur Brown-Séquard a recommencé ses leçons le lundi 21 avril; il les continuera les lundis, mercredis et vendredis, à dix heures du matin. Les leçons du mercredi et du vendredi sont consacrées aux expériences, la leçon du lundi à l'exposé didactique.

Hospice de la Salpêtrière. - *Cours public de pathologie mentale.* M. le docteur Luys reprendra ses leçons sur la structure du cerveau et la pathologie mentale le dimanche 11 mai, à neuf heures un quart (Salle des consultations à l'infirmerie générale), et les continuera les dimanches suivants à la même heure. — Le cours, cette année, aura pour objet l'étude des circonvolutions cérébrales et celle de la paralysie générale.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur et des cultes, en date du 18 avril 1879, M. le docteur Delasiauve, ancien médecin des aliénés de la Salpêtrière, a été nommé médecin honoraire de cet établissement.

Hôpital Saint-Louis. — *Conférences sur les maladies de la peau et la syphilis.* — M. le docteur Alfred Fournier commencera ces conférences le vendredi 9 mai, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. — Le mardi, conférences au lit des malade, à neuf heures.

— *Conférences de clinique dermatologique.* — M. le docteur Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences de clinique dermatologique le mercredi 7 mai, à neuf heures, salles Saint-Léon et Saint-Thomas, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. Les conférences de cette série, destinées en particulier au diagnostic et à la thérapeutique appliquée, auront lieu exclusivement au lit du malade. — Lundi, consultation externe. Mardi, premier examen des nouveaux. Mercredi, clinique. Jeudi, policlinique. Vendredi et samedi, revue générale des malades.

Population de la France. — Une étude statistique, communiquée à l'Académie des sciences de Paris, sur le mouvement de la population en France comparé à celui des principaux États de l'Europe, et notamment de la Prusse, présente les chiffres suivants :

En Prusse, par 100 mariages on compte 460 enfants, tandis qu'en France on n'en compte que 300 environ. Le nombre des naissances, pour 100 individus de la population totale, est en Prusse de 3,98 et seulement de 2,55 en France.

L'excédant annuel des naissances sur les décès, calculé sur un million d'habitants, s'élève en moyenne à 13 600 en Prusse et s'abaisse à 2400 en France. Il résulte des chiffres ci-dessus que le doublement de la population en France demande près de 170 ans pour s'effectuer, tandis que celui de la Prusse en demande seulement 42 (celui de la Grande-Bretagne, 52, celui de la Russie, 60, etc.).

Errata. — Dans le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 22 avril, page 270, deuxième colonne, ligne 27, il a été imprimé par erreur : « ces pleurésies multiloculaires supportent *admirablement* la thoracentèse »; l'orateur avait dit : « supportent *impatiemment* ».

— Page 262, neuvième ligne de la première colonne, *au lieu de:* « que d'échapper selon les règles », *lisez :* « *contre* les règles ». — Et huit lignes au-dessous, *au lieu de :* « ce qui est la fin de la médecine », *lisez :* « *le* fin ». — Page 266, quinzième ligne de la première colonne, *au lieu de :* « que le médecin vienne », *lisez :* « que *la médecine* ».

— Page 251, première colonne, ligne 34, après décembre, *mettez* 1874 *au lieu de* 1854.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 17 au 24 avril 1879, on a constaté 1171 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 24. — Rougeole, 34. — Scarlatine, 2. Variole, 33. — Croup, 23. — Angine couenneuse, 17. — Bronchite, 60. — Pneumonie, 81. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 9. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 6. — Erysipèle, 3. — Autres affections aiguës, 264. — Affections chroniques, 509 (dont 192 dus à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 65. — Causes accidentelles, 40.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Manuel d'histoire naturelle, par le docteur J.-L. de Lanessan. Première partie : *Botanique.* 1 volume in-18 jésus de 720 pages, avec 450 figures dans le texte. La deuxième partie sera remise aux souscripteurs dans le courant du mois de mars 1879. — L'ouvrage complet fermera 1500 pages, avec 1100 figures dans le texte. Paris, O. Doin. Prix de l'ouvrage complet. 14 fr.

Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes, par le docteur L. de Sinety. 1 vol. in-8 de 850 pages, avec 250 figures dans le texte. Première partie (la deuxième partie à l'avance). Paris. O. Doin. 12 fr.

Du traitement de la métrite chronique par la cautérisation au fer rouge, par le docteur P. Rellet. In-8. Paris, O. Doin. 2 fr.

Thérapeutique oculaire, par le docteur L. de Wecker. Leçons recueillies et publiées par le docteur Masselon, revues par le professeur. 1 fort vol. in-8 de 830 pages, avec fig. dans le texte. Ouvrage complet. Paris, O. Doin. 13 fr.

Leçons cliniques sur les maladies des nouveau-nés (Syphilis héréditaire, Athrepsie), faites à l'hospice des Enfants assistés (1876), par le professeur J. Parrot. Paris, A. Coccoz. 2 fr.

Des causes du traitement et du rachitisme, par le docteur Dauvergne père. In-8. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE | N° 19 | 9 MAI 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président*; BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

VICTOR MASSON

On ne s'étonnera pas de trouver ici une expression toute particulière du deuil que vient de faire, dans tant de cœurs et à tant de titres, la mort de M. *Victor Masson*, qui a succombé le 3 mai dernier, dans sa propriété de La Chassagne, aux progrès d'une longue et douloureuse maladie. Parmi ses nombreux droits aux regrets publics, d'autres se rappelleront son intelligente initiative dans la réforme matérielle de la librairie médicale, et comment, un des premiers, sinon le premier, il a su mettre dans les livres l'art, le goût, la commodité à la place des formes lourdes et disgracieuses qui déparaient, il y a trente ans, les ouvrages les plus renommés. Ni les éditeurs ses confrères, ni les médecins n'oublieront les agréments de son esprit, la sûreté de ses relations, sa droiture inflexible, et cette manière facile et libérale d'accueillir les auteurs et de régler avec eux tout arrangement. Mais nous, à cette place, nous nous souvenons avant tout qu'il a fondé la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* et (avec le regretté Asselin) le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Il nous importe qu'on le sache, ces deux publications n'étaient pas, dans la pensée de V. Masson, simple entreprise de librairie : c'était, nous ne craignons pas de le dire, un acte scientifique, aussi réfléchi chez l'éditeur que chez celui qui a été chargé de le mener à fin. En comprenant les besoins et les tendances de la science à laquelle ils ont attaché leur industrie, en devinant le mouvement des esprits, en appréciant les aptitudes, en saisissant les occasions, certains éditeurs sont, plus qu'on ne le croit, les ouvriers du progrès. V. Masson était de ceux-là. Il a eu, dès son entrée dans la carrière, le sens très-juste de la direction présente et future des sciences médicales, et sa constante préoccupation était de mettre sa maison au service de ce mouvement. Aussi avec quel amour suivait-il, même après sa retraite, la marche heureuse de ses publications favorites! Il a fallu, pour l'empêcher d'en revoir toutes les épreuves, que la main de la maladie devînt assez pesante pour le coucher sur son lit d'agonie.

Avec la pleine notion du mal qui le rongeait, V. Masson ne s'est pas départi, jusqu'à la fin, d'une admirable sérénité, que soutenaient d'ailleurs le courage et les soins infatigables de sa dévouée compagne et de tous les siens. Ses suprêmes adieux ont été virils, dignes d'une belle mort après une belle vie.

Masson a été inhumé le 5 mai dans le cimetière de Sainte-Marie-sur-Ouche (Côte-d'Or). Un service funèbre aura lieu à Paris, le lundi 12, *à dix heures précises*, dans l'Église de Saint-Sulpice. A. DECHAMBRE.

Paris, 8 mai 1879.

Académie de médecine : LA PLEURÉSIE AIGUE MULTILOCULAIRE.

La communication faite par M. Jaccoud sur les signes physiques qui peuvent permettre de diagnostiquer une pleurésie multiloculaire mérite à tous égards l'attention des médecins. La légitime autorité du savant professeur, son grand talent d'exposition, la précision et la sûreté habituelles de son érudition et de sa critique ne pouvaient manquer de frapper et de séduire tous ceux qui l'ont entendu. Et cependant, nous ne pouvons le dissimuler, les faits qu'il a rapportés et les interprétations qu'il en a déduites nous ont plutôt surpris que convaincu. Les faits, nous n'avons point la prétention de les discuter ici. Tous ceux qui ont lu les deux volumes de leçons cliniques publiés par M. Jaccoud connaissent les inépuisables ressources de cet éminent observateur. Ils devront admettre la parfaite exactitude des observations qu'il a résumées, et, s'il leur est possible, de les considérer comme des raretés, sinon des exceptions pathologiques, il ne saurait leur venir à l'esprit d'en contester la valeur. Mais les déductions que M. Jaccoud a tirées de ces faits nous ont paru en contradiction avec les idées les plus généralement admises au sujet de la signification qu'il faut attribuer à quelques symptômes de la pleurésie. C'est ce que nous voudrions aujourd'hui essayer de montrer. Nous espérons d'ailleurs que la discussion, qui vient de s'ouvrir par une argumentation très-sage et très-clinique de M. Maurice Raynaud, ne se terminera pas sans que les membres de l'Académie qui se sont spécialement occupés des maladies des voies respiratoires aient exprimé tout leur sentiment sur un sujet très-difficile à bien comprendre et à bien exposer, parce qu'il a été, jusqu'à ce jour, très-peu étudié. Aussi ne prétendons-nous, pour le moment, que résumer ce qui a trait à l'étude de l'un des signes cliniques cités par M. Jaccoud. Nous voulons parler des vibrations thoraciques. M. M. Raynaud l'a fort bien dit, l'appréciation clinique de ce symptôme est très-délicate. Les médecins les plus expérimentés éprouvent des difficultés sérieuses quand ils prétendent juger, par comparaison, l'intensité avec laquelle les vibrations vocales sont, dans les cas de pleurésie chronique, transmises à la paroi du thorax et à la main qui s'y applique. Sans doute il doit être possible d'acquérir, à cet égard, une expérience que n'ont point tous les médecins. Quelques paroles de M. Jaccoud et ce que nous savons de son talent et de son habileté cliniques nous permettent de penser qu'il a su, mieux que nous n'avons pu le faire nous-même, dans nos leçons de diagnostic médical, utiliser un procédé d'exploration qui offre, suivant les sujets et certaines conditions pathologiques accidentelles, tant de différences. Nous admettons donc que la perception tactile des vibrations thoraciques a toujours donné à M. Jaccoud des résultats précis. Mais nous serions heureux que la discussion

ouverte devant l'Académie lui permît de revenir sur ce sujet en développant quelques arguments qui ne nous ont pas absolument convaincu. Dès le début de son travail, M. Jaccoud, citant Monneret, considère comme presque classique une théorie qui nous semble, au contraire, bien que M. M. Maurice Raynaud l'admette, jusqu'à un certain point, assez contestable.

« On sait depuis Monneret (1848), dit M. Jaccoud, que les vibrations pectorales sont *conservées ou même accrues* lorsque, en l'absence de liquide, des adhérences fortes relient solidement le poumon à la paroi costale. » Cette assertion nous a surpris. Nous pensions avoir constaté que, dans l'immense majorité des cas, les vibrations thoraciques étaient plutôt diminuées, sinon abolies, toutes les fois qu'il existait un épaississement de la plèvre ou des adhérences pleurales. Telle nous paraissait aussi avoir été l'opinion émise par Monneret lui-même, qui a si soigneusement étudié les vibrations, et qui, accusé par Grisolle d'un *enthousiasme exagéré* pour ce symptôme, en a toujours énergiquement affirmé la valeur. Les passages suivants, que nous croyons devoir reproduire textuellement, nous font supposer que Monneret n'avait point, en effet, au sujet de la valeur des vibrations thoraciques, les idées que lui attribue M. Jaccoud :

« Pour ne parler que de ce qui concerne la vibration thoracique, dit-il, n'avons-nous pas dit, dans notre mémoire, qu'elle est *nulle, faible ou mal dessinée :* 1° lorsque la voix est grêle, mal articulée et n'a qu'un petit volume, comme chez les enfants, les vieillards et un certain nombre de sujets affaiblis ou qui parlent bas; 2° lorsqu'une couche de tissu pulmonaire sain ou à plus forte raison emphysémateux se trouve interposée entre la paroi thoracique et la main de l'observateur, d'une part, et le corps conducteur et producteur du son, de l'autre; 3° lorsqu'un liquide en lame plus ou moins mince intercepte également cette ondulation sonore; 4° et, ce qui est encore plus commun, *lorsqu'une pleurésie antérieure, dont il ne reste plus la moindre quantité de liquide, a cependant laissé après elle des adhérences étroites, des plaques pseudo-membraneuses qui ont changé les connexions naturelles des parties?* » (*Traité élémentaire de pathologie interne*, t. I, p. 427).

« On acquiert la certitude, dit encore Monneret (*loc. cit.*, p. 431), qu'il ne reste plus de liquide épanché et que la plèvre adhère, au moyen de fausses membranes plus ou moins épaisses, par les symptômes suivants : 1° *la vibration thoracique est nulle ou à peine sensible dans les points qui correspondent à l'adhérence médiate ou immédiate du poumon avec la paroi pectorale.* On ne comprend pas qu'une disposition anatomo-pathologique, qui semble établir une continuité plus parfaite entre les différentes parties de la poitrine et le corps sonore (le larynx), soit précisément une cause qui anéantisse l'ondulation pectorale. *Et cependant rien n'est mieux démontré pour nous que ce fait de diagnostic... Il suffit de quelques adhérences intimes et de l'oblitération de la partie déclive ou latérale du thorax pour produire un pareil effet.* »

Quelques lignes plus loin, nous trouvons à propos des pleurésies enkystées le passage suivant : « Quand les kystes sont superficiels et en rapport avec la paroi thoracique, on remarque une ampliation partielle, souvent très-distincte de la matité, l'*absence de vibration thoracique* et de bruit respiratoire, ainsi que de bronchophonie. »

Cette opinion qui, on le voit, consiste à soutenir que les vibrations sont diminuées ou anéanties dans le cas où il existe des fausses membranes, n'est-elle point conforme à ce que nous savons des conditions dans lesquelles se produisent et se transmettent les vibrations pectorales?

Déterminées par la vibration des cordes vocales, les vibrations de la colonne aérienne des bronches ne se transmettent bien que lorsque les bronches sont perméables, qu'elles ne sont point remplies de mucosités, lorsque le poumon est en contact avec la paroi thoracique, lorsque celle-ci n'est ni œdématiée ni tapissée d'un pannicule adipeux trop considérable. Mais leur intensité dépend du timbre de la voix, de la gravité des sons émis, du diamètre des bronches, etc., c'est-à-dire qu'elle est très-variable suivant les divers sujets. La condensation du tissu pulmonaire, les dilatations bronchiques ou les tumeurs augmentent l'intensité de ces vibrations. Elles ne disparaissent absolument d'un seul côté du thorax que dans les cas où un épanchement assez abondant se trouve interposé entre le poumon et la paroi thoracique. De plus, nous persistons à penser que, *en général*, elles sont diminuées dans les cas d'épanchement thoracique, ou dans les cas où il existe des adhérences pleurales. Telle nous paraît être la règle ; mais rien ne semble plus difficile que d'indiquer les exceptions que cette règle peut subir. M. Woillez déclare que le plus souvent, dans les pleurésies avec épanchement, les vibrations sont diminuées ou abolies, mais qu'il a trouvé chez deux sujets des vibrations *normales* des deux côtés de la poitrine. Il y a quelques années (10 janvier 1874), à la Société médicale d'émulation, M. B. Ball citait trois observations de pleurésie durant lesquelles les vibrations thoraciques avaient paru augmentées, et M. Dieulafoy ajoutait que dans certains cas exceptionnels il avait pu constater la persistance des vibrations thoraciques alors que la ponction donnait issue à plus de 2000 grammes de pus.

Nous pourrions citer deux ou trois observations analogues. Ne faut-il pas en conclure qu'il est très-difficile, dans l'état actuel de la science, de préciser la valeur du signe diagnostique sur lequel M. Jaccoud a particulièrement insisté? Il est vrai que M. Jaccoud l'a déclaré très-explicitement : ce n'est pas le simple fait de la conservation des vibrations vocales qui peut, suivant lui, révéler la division pluriloculaire de la pleurésie aiguë, ce sont les particularités et les coïncidences de ce fait générique qui le spécialisent dans certains cas au point d'en faire un signe indicateur de cette disposition de l'épanchement. Mais, et c'est pourquoi nous n'insistons que sur ce point spécial, dans toute sa communication, M. Jaccoud a parlé de la persistance des vibrations et de la valeur de ce signe. Il semble même y attacher une si grande importance qu'il cherche à expliquer par la distension des brides pseudo-membraneuses cette persistance des vibrations et leur transmission plus facile à la paroi du thorax. Nous avouons que les critiques adressées par M. M. Raynaud à cette théorie nous ont paru très-fondées.

Il est encore une question au sujet de laquelle il nous semble que la discussion académique pourrait fournir quelques éclaircissements. M. Jaccoud et M. Raynaud diffèrent d'avis quand il s'agit d'interpréter la valeur pronostique des adhérences pleurales. M. Jaccoud les considère comme presque toujours nuisibles en raison des obstacles qu'elles apportent à l'hématose et des dilatations cardiaques qu'elles pourraient déterminer. M. M. Raynaud fait observer que maintes et maintes fois dans les autopsies on a trouvé des adhérences anciennes, très-étendues et souvent totales, que rien, dit-il, n'avait pu faire soupçonner pendant la vie.

Bien souvent, en effet, cette question des adhérences pleurales nous a préoccupé, comme elle a très-certainement solli-

cité l'attention de tous ceux qui se sont occupés des pleurésies et surtout des pleurétiques. Et c'est pourquoi nous attendons de M. Jaccoud un exposé plus complet encore des symptômes de ces pleurésies multiloculaires dont il possède plusieurs observation complètes. Il nous a semblé, en effet, que la gravité des pleurésies avec adhérences pleurales étendues dépend infiniment moins des obstacles qu'apporte à l'hématose l'existence des fausses membranes que des conditions dans lesquelles celles-ci se sont formées.

M. Jaccoud ne nous a parlé que de la pleurésie *aiguë* multiloculaire. Mais ces pleurésies *aiguës*, qui s'accompagnent si rapidement de la formation et de l'organisation de pseudo-membranes épaisses et très-adhérentes, ne sont-elles point surtout graves en raison de la diathèse qui, si souvent, leur donne naissance? Et ne trouverait-on pas dans leur genèse, leur marche, leur *évolution*, des signes diagnostiques plus importants encore que les signes physiques que révèlent la palpation et la percussion du thorax? Nous croyons, avec M. M. Raynaud, qu'il existe souvent, à la suite des pleurésies aiguës, des fausses membranes qui ne guérissent pas, c'est-à-dire qui persistent très-longtemps, déterminant une adhérence assez étroite entre le poumon et la paroi costale. Mais nous croyons aussi que les pleurésies qui évoluent sourdement, insidieusement, donnant naissance à des exsudats pseudo-membraneux, puis à des fausses membranes résistantes, organisées avant l'apparition d'un épanchement abondant, cloisonnant dès lors et immobilisant en loges séparées le liquide que sécrète la plèvre, sont bien souvent des pleurésies diathésiques dont la marche présente des particularités bien dignes de frapper l'attention des cliniciens et dont le pronostic est toujours sérieux. L'évolution de ces pleurésies est peu connue ou du moins assez mal décrite. Nous ne doutons pas que M. Jaccoud, qui ne nous en a donné que les signes physiques, ne nous en puisse indiquer la genèse et la marche, et ne nous en explique dès lors la gravité. Aussi nous bornons-nous pour aujourd'hui à ces quelques réflexions en répétant ce que nous disions au début de cet article. Les communications de ce genre, lorsqu'elles émanent d'un maître aussi autorisé que consciencieux, ne peuvent manquer d'être très-utiles en appelant l'attention sur des sujets peu connus, en provoquant des controverses, et, par conséquent, en préparant un progrès clinique.

L. Lereboullet.

HISTOIRE ET CRITIQUE

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE : INNERVATION DU CŒUR

(Quatrième article.)

1. 326

INNERVATION MODÉRATRICE DU CŒUR.

La découverte de l'action d'arrêt du pneumogastrique sur le cœur, les discussions théoriques qu'elle a soulevées, etc., ont été très-complétement exposées au point de vue historique, dans tous les traités classiques, particulièrement dans celui de Longet et dans le tome IV du grand ouvrage de M. H. Milne Edwards sur *L'Anatomie et la Physiologie comparées de l'homme et des animaux*. L'étude expérimentale de ce nerf a été faite avec grand soin par MM. Arloing et Tripier dans un travail publié par les *Archives de physiologie* en 1872, et dont la lecture doit être tout particulièrement recommandée. Il est donc inutile de traiter avec détail les côtés bien connus de la question; nous croyons préférable de consacre quelques développements à certaines parties de l'histoire du pneumogastrique qui sont moins étudiées dans les ouvrages didactiques.

Dans les premières années qui ont suivi la découverte de l'influence suspensive du pneumogastrique sur les mouvements du cœur (Weber, Budge, Cl. Bernard), aucun désaccord ne se produisit entre les physiologistes au sujet de la réalité de cette action. Schiff fut le premier à s'élever contre la théorie qui s'était rapidement développée, et en vertu de laquelle le nerf pneumogastrique était considéré comme présidant à un appareil *modérateur* du cœur. Il avait obtenu, en excitant ce nerf avec des courants électriques très-faibles, une accélération notable des battements du cœur : il émit dès lors l'hypthèse que le ralentissement observé avec des excitations plus fortes n'est qu'un phénomène d'*épuisement* du nerf, que la véritable fonction du pneumogastrique est une fonction *motrice* et non une fonction d'*arrêt*. Cette opinion de Schiff a été reprise et développée avec beaucoup d'insistance par J. Moleschott dans une série de travaux publiés dans son journal (*Moleschott's Untersuchungen*) : on trouvera l'exposé complet de ses idées et de ses expériences dans un article inséré dans le *Journal de la physiologie* de Brown-Séquard en 1862 (traduit du *Wiener medicin. Wochensch.*, mai 1861, par M. Gordon).

En étudiant ce travail de Moleschott, ainsi que les faits antérieurement publiés par Schiff, on ne peut se refuser à admettre avec ces auteurs, et avec ceux qui ont plus ou moins complétement adopté leur opinion (Budge, Spiegelberg, Valentin, Lister, etc.), qu'en effet le nerf pneumogastrique excité dans certaines conditions produit l'accélération du cœur. Mais ceci n'a rien qui doive surprendre, aujourd'hui que nous savons que ce nerf contient des fibres accélératrices (voy. le chapitre précédent); d'autre part, ce fait que l'action accélératrice du pneumogastrique peut être mise en évidence par certains procédés expérimentaux, n'enlève en aucune façon sa valeur à cet autre fait, plus évident encore, que l'excitation du bout inférieur du pneumogastrique produit le ralentissement du cœur si elle est modérée, et en détermine l'arrêt si elle est suffisamment énergique. Le nerf pneumogastrique contient en effet des fibres cardiaques modératrices qui sont centrifuges comme les fibres accélératrices, et proviennent également des régions supérieures de l'axe spinal. Elles ne sont pas sans analogues dans l'économie. On peut les comparer, par exemple, aux nerfs dilatateurs des vaisseaux, dont nous les avons déjà rapprochées, et aux nerfs splanchniques, qui suspendent ces mouvements de l'intestin : aussi a-t-on fait de tous ces nerfs une catégorie spéciale, la classe des *nerfs d'arrêt*, désignation inspirée par la nature du phénomène commun résultant de leur excitation.

On s'est élevé, surtout dans ces derniers temps, contre la conception des nerfs d'arrêt, parce qu'aucune notion anatomique positive ne peut être invoquée pour l'appuyer; acceptons-la cependant, puisqu'elle correspond à un fait physiologique précis, quitte à l'abandonner le jour où le mécanisme de ces actions suspensives sera clairement déterminé. L'interprétation, tout hypothétique du reste, à laquelle on se rattache aujourd'hui, consiste en ceci : le nerf pneumogastrique, comme les autres nerfs d'arrêt, agit indirectement sur les muscles, dont il provoque le relâchement; il exerce son influence sur les appareils ganglionnaires périphériques avec lesquels il est en rapport; la suspension des mouvements du cœur, tout comme la dilatation des vaisseaux et

l'arrêt de l'intestin, résulte de cette action sur les ganglions par un procédé physiologique qui a été comparé au phénomène physique de l'*interférence*. Quoi qu'il en soit de la valeur de l'explication, le fait bien démontré auquel nous devons seulement nous attacher ici, c'est l'arrêt du cœur qui résulte de l'excitation du bout inférieur du nerf pneumogastrique. Nous verrons cet arrêt survenir aussi sous l'influence des excitations portées à l'origine même des pneumogastriques, au niveau du bulbe rachidien; nous le retrouverons comme phénomène réflexe résultant d'une violente irritation des nerfs sensibles. A un moindre degré d'activité, l'appareil modérateur du cœur se présentera comme un moyen de régulation de la fonction cardiaque, subordonnant le rhythme du cœur aux variations de la pression artérielle, à la nature et à l'intensité des excitations produites par le sang sur la membrane interne sensible du cœur, etc. On voit qu'il y aurait déjà dans l'étude de ces questions matière à des développements suffisants; mais nous devrons, en outre, examiner avec soin des points plus spéciaux relatifs à la provenance réelle des filets du pneumogastrique qui produisent le ralentissement du cœur, à l'action des poisons sur la terminaison cardiaque de ces nerfs, etc. En présence d'un tel ensemble de faits importants à étudier, nous abandonnons volontiers la discussion des hypothèses relatives au mode d'action du pneumogastrique, pour aborder sans retard l'examen des phénomènes auxquels donne naissance son excitation directe ou réflexe.

I. — *Effets cardiaques de l'excitation du pneumogastrique.*

A. *De la diastole provoquée.* — Quand on applique au bout inférieur du pneumogastrique sectionné au cou des excitations électriques successives assez intenses, on produit l'arrêt du cœur en diastole; si les excitations sont moins fortes, les battements du cœur diminuent seulement de fréquence, et ce ralentissement résulte d'une prolongation des pauses diastoliques. Le fait essentiel sur lequel nous devons insister consiste donc dans l'*influence diastolique* du pneumogastrique.

Si l'on examine l'état du cœur arrêté par l'excitation du pneumogastrique, on constate que, du début à la fin de son arrêt, l'organe présente une augmentation de volume qui va croissant; la diastole des oreillettes et celle des ventricules sont portées graduellement à leur maximum. Faut-il admettre que cette dilatation graduelle du cœur résulte d'une propriété spéciale de la fibre musculaire, qui aurait le pouvoir de se *dilater activement*, idée qui a été émise et qu'on a soutenue récemment (Luciani, Chirone)? Il suffit de considérer ce qui se passe, pendant l'arrêt du cœur, dans la circulation artérielle et veineuse pour se rendre compte de la dilatation progressive du cœur sans avoir besoin d'invoquer l'activité de la diastole.

Le cœur étant arrêté, les artères se resserrent sur le sang qu'elles contiennent et se vident plus ou moins complétement dans le système veineux, ceci se produisant aussi bien dans les artères aortiques que dans les branches de l'artère pulmonaire. De cette évacuation du système artériel dans le système veineux résulte une augmentation graduelle de la pression veineuse, et par suite une distension croissante des oreillettes et des ventricules. Les parois cardiaques, mises en relâchement par l'excitation du bout inférieur du pneumogastrique, cèdent à la pression du sang qui afflue par les veines caves et par les veines pulmonaires, et la dilatation toute passive qui en résulte n'a pour limites que la résistance élastique des parois du cœur, si l'arrêt est suffisamment prolongé. Or, comme la durée de cet arrêt est elle-même subordonnée à la durée et à l'intensité de l'excitation du pneumogastrique, on comprend que l'étendue du gonflement diastolique du cœur sera en définitive *indirectement* soumise à l'action du pneumogastrique. Ces faits sont déjà contraires à la théorie de la diastole active; nous pourrions en citer beaucoup d'autres qu'on trouvera exposés en détail dans la critique faite par Mosso et Pagliani (1876) des idées émises par Luciani (voy. *Revue des sciences médicales*, 1877, *Sur la diastole active*. Revue, par A. Pitres).

Nous ne rappellerons qu'un résultat des expériences de contre-pression que nous avons faites sur le cœur des mammifères et sur le cœur isolé de la tortue soumis à une circulation artificielle : quand on élève la contre-pression autour du cœur, soit dans le péricarde, soit en vase clos, à un degré exactement suffisant pour surmonter la pression veineuse, le sang cesse d'affluer dans le cœur; or, si les ventricules avaient réellement une force aspiratrice, ils aspireraient le sang veineux en surmontant par leur dilatation active la contre-pression appliquée à leur surface.

B. *Durée de la diastole provoquée. Reprise des battements.* — Comme on le sait, l'arrêt du cœur produit par l'excitation du pneumogastrique ne se prolonge pas au delà d'une certaine limite, et les battements reparaissent pendant l'excitation si celle-ci est maintenue un certain temps. S'agit-il d'un épuisement momentané du nerf qui ne peut réagir longtemps à l'excitation, ou bien doit-on voir dans cette restitution des battements, malgré le passage des courants électriques dans le nerf, la conséquence de la distension même des parois cardiaques par la pression intérieure à laquelle elles sont soumises? On admet généralement que l'épuisement du pneumogastrique survient assez rapidement pour expliquer la réapparition des battements, mais on peut aussi, à notre avis, tenir compte de l'excitation endocardiaque produite par l'accumulation du sang pendant une diastole un peu prolongée nous avons vu en effet que pour le même animal l'arrêt es: d'autant plus prolongé que la pression veineuse est plus lente à augmenter; d'autre part, nous avons constaté, dans nos expériences de contre-pression sur le cœur, que si on s'oppose en produisant l'affaissement mécanique des oreillettes à l'afflux du sang veineux dans le cœur, on obtient un arrêt beaucoup plus prolongé par l'excitation du pneumogastrique. Ce facteur peut donc entrer en ligne de compte, mais comme en définitive les battements reparaissent à un moment donné malgré la contre-pression, et chez la grenouille exsangue, nous devons accepter la théorie de l'épuisement du nerf.

Il semble qu'une distinction soit nécessaire entre les mammifères et certains animaux à sang froid, comme la grenouille, au sujet de cet épuisement du pneumogastrique ou plutôt de l'appareil modérateur terminal.

Moleschott avait déjà, dès 1861 (*Wiener med. Woch.*), insisté sur ce fait que les nerfs du cœur « sont réunis dans une communauté d'action par l'intermédiaire des ganglions du cœur, de telle façon que l'état d'excitation et de surexcitation de l'un des nerfs se communique aux trois autres ». Nous savons que Moleschott se plaçait au point de vue de l'action motrice des pneumogastriques, mais son opinion que les nerfs cardiaques se commandent mutuellement au niveau des appareils terminaux, n'en était pas moins exacte, du moins chez les mammifères. Tarchanoff et Puelma (*Arch. de physiologie*, 1875) ont analysé ce phénomène et sont arrivés à cette conclusion que sur le chien et le lapin « les deux pneumogastriques aboutissent dans le cœur *à un appareil*

modérateur commun, et que cet appareil ganglionnaire, une fois fatigué par l'excitation soutenue de l'un des nerfs afférents, ne peut répondre à l'excitation de l'autre ». L'année suivante Tarchanoff reprit, dans le laboratoire du professeur Marey, les mêmes expériences sur la grenouille et vit que, contrairement à ce qui s'observe sur le chien et le lapin, on peut reproduire l'arrêt du cœur par l'excitation du pneumogastrique opposé au pneumogastrique primitivement excité et épuisé. Il a conclu de ce nouveau fait que chez la grenouille chaque nerf aboutit à un appareil indépendant (*Comptes rendus du laboratoire du professeur Marey*, 1876).

Pour terminer l'examen des points les plus importants relatifs à l'excitabilité des pneumogastriques, il nous reste à exposer les résultats des recherches faites sur la rapidité plus ou moins grande d'apparition du phénomène de l'arrêt par rapport à l'instant d'application de l'excitant.

C. *Moment d'apparition de l'arrêt du cœur à la suite de l'excitation du pneumogastrique.* — Ces recherches ont été surtout exécutées par Donders qui a vu que l'arrêt du cœur se produit à des instants variables après le début de l'excitation : ce physiologiste inscrivait simultanément sur une même feuille les courbes des pulsations du cœur du lapin, les mouvements provoqués par les systoles dans une patte de grenouille dont le nerf était appliqué à la surface du cœur (patte galvanoscopique) et les signaux des excitations du pneumogastrique. Il a constaté qu'il s'écoule dans tous les cas un temps assez considérable entre le moment de l'excitation et le moment de la réaction, et que ce retard varie, tout en restant très-notable, suivant qu'on excite le pneumogastrique à tel ou tel instant de la révolution cardiaque. Or, si on songe à la rapidité relativement très-grande de la transmission des excitations dans les nerfs en général (voy. notre *Étude sur la durée des actions nerveuses. Gaz. hebd.*, déc. 1878, *Histoire et critique*), on est amené à conclure que le retard observé par Donders est dû à un phénomène qui se produit, non dans le cordon nerveux lui-même, mais à sa périphérie, dans l'appareil ganglionnaire du cœur. Nous avons eu déjà l'occasion d'invoquer la même explication pour le retard plus grand encore qu'on observe pour l'accélération du cœur produite par les nerfs du sympathique (chap. I).

Tarchanoff a repris les recherches de Donders avec des procédés analogues et, dans son mémoire de 1876 déjà cité, il montre que l'excitation faite pendant la diastole est celle qui produit l'arrêt du cœur avec le minimum de retard. Ces faits ont été constatés sur le pneumogastrique de la grenouille et du lapin. Il a vu en outre que, même dans les cas où le retard de l'arrêt est réduit au minimum, une pulsation a toujours lieu entre le moment de l'excitation et le moment de l'arrêt. On peut déduire de ce fait qu'il se produit dans l'appareil nerveux du cœur une sorte de charge nerveuse motrice pendant la période diastolique pour produire la pulsation suivante : cette pulsation ne peut pas être supprimée par l'influence d'arrêt envoyée au cœur pendant la phase diastolique.

Laissons de côté les points plus spéciaux qui ont trait à l'action des courants induits uniques ou multiples, aux phénomènes d'addition des excitations dans le pneumogastrique, à l'influence de l'action polaire et du sens des courants continus, à la suspension des effets des excitations induites quand on applique au nerf un courant continu au-dessous des points excités par les secousses d'induction : ces détails nous entraîneraient au delà des limites que nous devons nous imposer et nous avons hâte d'arriver à des notions moins techniques, à l'influence de certains poisons sur le pneumogastrique, à l'étude de la provenance des nerfs modérateurs du cœur et à l'analyse des phénomènes réflexes dont l'appareil modérateur est l'aboutissant.

D. *Action de certains poisons sur l'appareil modérateur du cœur. Curare.* — Nous avons déjà signalé cette action à propos de la présence de filets accélérateurs du cœur dans le tronc du pneumogastrique : il suffira donc de rappeler ici qu'un certain nombre de substances introduites dans la circulation produisent cet effet curieux de supprimer l'action d'arrêt du nerf pneumogastrique sur le cœur. Citons seulement parmi ces poisons le curare administré à doses suffisantes, l'atropine, la nicotine La découverte de l'action paralysante du curare sur l'appareil modérateur du cœur est généralement attribuée à Kölliker, et en effet la date de la publication du travail de Kölliker précède de quelques mois celle de la publication des *Substances toxiques et médicamenteuses* de Claude Bernard : le mémoire de Kölliker a été publié dans les *Virchow's Archiv*, t. X, 1856, et les leçons de Bernard ont paru en 1857. Mais il est évident que sur ce point comme sur beaucoup d'autres les auteurs se sont rencontrés et que chacun d'eux a découvert le fait de son côté. A coup sûr Bernard ne connaissait pas les recherches de Kölliker quand il disait dans sa leçon du 4 juin 1856 : « Lorsque les animaux ont été empoisonnés par le curare, il n'est plus possible d'arrêter le cœur en galvanisant le pneumogastrique : *on n'obtient alors aucun effet* » (*Subst. tox. et méd.*, p. 348).

Des recherches plus récentes ont démontré que, conformément aux idées de Bernard et de Kölliker, le curare paralyse le pneumogastrique et l'atteint, non dans son centre bulbaire, mais dans ses extrémités cardiaques : le poison va supprimer l'activité du pneumogastrique à sa périphérie, comme il supprime dans l'intimité du tissu musculaire l'action des nerfs moteurs ordinaires. Mais les mêmes travaux de contrôle nous paraissent avoir établi, contrairement à l'opinion de Bernard, que l'excitation du pneumogastrique pendant la curarisation produit un effet bien déterminé sur le cœur. C'est dans ces conditions qu'on obtient en excitant le nerf la mise en jeu des filets accélérateurs qu'il contient ; l'action de ces filets était masquée par l'action prédominante des filets modérateurs : ces derniers étant supprimés par le curare, l'influence accélératrice peut être facilement démontrée, si la curarisation n'est pas poussée à ses dernières limites.

Atropine. Nicotine. — Les mêmes conséquences résultent de l'intoxication par l'atropine et la nicotine : sous l'influence de ces alcaloïdes l'excitation du bout inférieur du pneumogastrique cesse d'arrêter le cœur. On a établi une différence entre l'action de ces deux substances : Schmiedeberg a conclu de ses recherches comparatives que l'atropine agit directement sur l'appareil modérateur intra-cardiaque, tandis que la nicotine porte son action sur un appareil intermédiaire entre les filets du nerf vague et l'appareil modérateur proprement dit (*Ludwig's Arbeiten*, 1870). Cette distinction un peu subtile ne nous a point parue ressortir rigoureusement de l'étude des expériences.

Anesthésiques. Narcotiques. — D'autres substances, plus intéressantes peut-être au point de vue pratique, agissent sur les pneumogastriques d'une manière analogue : ce sont le chloroforme, le chloral et la morphine. Nous en avons fait une étude spéciale et, sans réclamer en faveur d'une priorité qui est peut-être contestable, nous dirons ici que dans l'action simple ou combinée de ces substances on constate une notable atténuation des effets cardiaques de l'excitation du pneumogastrique quand l'anesthésie n'est pas poussée très-loin ;

ou quand elle commence à se dissiper; l'influence d'arrêt est complétement suspendue quand le narcotisme avec la morphine est profond, quand le sommeil chloralique et l'anesthésie par le chloroforme sont complets. Ces faits ont été indiqués avec détail dans un mémoire que nous avons publié en 1876 dans les *Comptes rendus du laboratoire de M. Marey.*

On verra, dans le chapitre relatif aux troubles cardiaques réflexes, aux syncopes par douleur, etc., qu'il y a un certain intérêt à être bien fixé sur l'action de ces substances dont l'usage est si répandu.

François-Franck.

(*A suivre.*) p. 316

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

De l'influence que les différentes attitudes de la tête ont sur la sortie du liquide céphalo-rachidien dans les fractures du crane, par M. le docteur Vieusse, médecin-major de 2e classe.

Après les traumatismes de la tête, l'écoulement par l'oreille d'un liquide séreux, abondant, et dont les propriétés physiques et chimiques sont les mêmes que celles du liquide sous-arachnoïdien, peut être considéré comme un excellent signe d'une fracture du crâne. C'est le professeur Laugier qui, le premier, en 1839, appela l'attention des chirurgiens sur la coexistence de la sortie d'une grande quantité de sérosité par l'oreille avec une fracture du rocher, et montra l'importance clinique de ce symptôme. Quelques années après, A. Robert, dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine* (décembre 1845), montra quelle était sa nature. Après lui plusieurs chirurgiens éminents, parmi lesquels il nous faut citer Chassaignac, A. Bérard, etc., étudièrent à leur tour la provenance de ce liquide. Nous ne rapporterons pas les différentes opinions qui ont été émises au sujet de la nature des écoulements séreux qui se font par l'oreille à la suite des fractures du rocher: nous considérons comme démontré que cette sérosité n'est autre que le liquide sous-arachnoïdien. Pour que cet écoulement soit libre, il faut un concours de circonstances qui se rencontre rarement: il est nécessaire, en effet, que la cavité qui le renferme communique avec l'extérieur. Ces conditions ne se présentent que lorsqu'une fracture du crâne existe en même temps qu'une plaie des téguments, accompagnée d'une déchirure des enveloppes de l'encéphale. Si la rupture de l'os se trouve en rapport avec une ouverture naturelle, l'écoulement se produira sans plaie extérieure. C'est ce qui a lieu à la suite d'une fracture du rocher, soit que le trait de la fracture corresponde au conduit auditif externe, ou que la lésion se trouve au niveau de l'oreille interne avec déchirure de la membrane du tympan; il se fait alors un écoulement de sérosité par l'oreille. En raison de la facilité avec laquelle se produit alors la sortie du liquide, les auteurs, dans leurs descriptions, n'ont eu en vue que d'étudier sa nature et sa provenance, sans s'occuper des conditions qui pouvaient déterminer son issue au dehors.

Il est vrai que la sortie du liquide céphalique par le nez a été signalée pour la première fois par Robert, dans le mémoire cité; mais ce chirurgien, uniquement préoccupé de la nature de l'écoulement, ne rechercha en aucune manière les lois qui déterminent sa sortie.

C'est pour les avoir méconnues que nos auteurs ne l'ont signalée que dans les fractures qui siégent à la base. Nous espérons pouvoir démontrer que les fractures de la voûte peuvent également, alors que la cavité sous-arachnoïdienne est mise en communication avec le dehors, s'accompagner d'un écoulement séreux. Il suffit, pour que la chose se produise, que la fracture soit mise dans une situation telle qu'elle occupe un niveau inférieur à celui de la base du crâne.

L'observation suivante, que je dois à l'obligeance du docteur Fleys, médecin distingué d'Aurillac, montre l'influence que les diverses positions que prend la tête peuvent avoir sur l'écoulement séreux qui se fait à la suite d'une fracture de la base.

Obs. I. — Le nommé B..., âgé de quarante-six ans, bouvier au village du Pontet, petit, maigre, mais de bonne santé habituelle, se présente à ma consultation le 16 juillet 1868. Il y a huit jours, il est tombé de son char à bœufs; il ne sait s'il a heurté une pierre ou si la roue a passé sur sa tête. Etourdi par le coup, il revint à lui au bout de quelques minutes; ses compagnons de voyage constatèrent une plaie à la tempe droite, un écoulement sanguin par l'oreille gauche et le nez. Transporté immédiatement chez un médecin qui lui donna ses soins, il put ensuite continuer son voyage, allant tantôt à pied, tantôt monté sur son char, et faire ainsi plus de 40 kilomètres. Aujourd'hui, huit jours après l'accident, il vient me consulter pour un violent mal de tête siégeant au sommet occipital. Le malade, dès qu'il est entré dans mon cabinet, s'assied et prend l'attitude d'un homme accablé, le front dans ses deux mains, les coudes sur les cuisses. Pendant que son frère, qui l'accompagne, me raconte l'accident et me dit que le malade a pu reprendre le travail de la ferme et faire à pied le trajet du Pontet à Aurillac (environ 4 kilomètres), pour venir me consulter, je constate avec surprise l'écoulement par le nez d'un liquide très-limpide qui tombe à terre goutte à goutte avec une grande régularité. A mes questions on répond que cet écoulement n'est pas continu, mais qu'il reparaît chaque fois que le malade se penche en avant, et qu'il a remplacé l'écoulement sanguin.

En examinant le malade, je constate à la tempe droite une plaie contuse qui comprend toutes les parties molles; à ce niveau les os ne paraissent ni enfoncés ni brisés. Les paupières inférieures sont fortement ecchymosées, les conjonctives portent aussi la trace d'épanchements sanguins. La lèvre inférieure est fortement tirée à droite (côté de la chute); le reste des traits du même côté est également dévié. Pas de lésions de la sensibilité et de la motilité des membres et du tronc. L'oreille gauche présente des traces d'un écoulement déjà ancien; mais il n'y a pas d'écoulement séreux. Le malade est levé depuis six heures du matin.

J'avais déjà les bases suffisantes d'un diagnostic; mais, voulant examiner le malade à loisir, je l'engageai à aller se reposer, et lui donnai rendez-vous à deux heures de l'après-midi.

En arrivant chez lui, je trouvai mon malade couché. L'écoulement nasal a cessé, et, pendant que j'examine avec soin le pharynx pour voir s'il ne se produit pas dans l'arrière-gorge, je m'aperçois que l'oreille gauche est humide et que la taie d'oreiller sur laquelle elle repose est mouillée. L'écoulement se fait donc par l'oreille gauche. En effet, en inclinant fortement la tête de ce côté, je vois sourdre le liquide goutte à goutte. Je fais ensuite asseoir le malade sur son lit, la tête inclinée en avant, et, au bout de quelques secondes, l'écoulement par le nez reparaît, et cesse par l'oreille. Répétée plusieurs fois, l'expérience réussit toujours, comme si on l'exécutait avec un vase renfermant un liquide et fêlé en deux points éloignés; la seule différence est dans le temps que l'écoulement met à se produire après la position acquise. La quantité de liquide qui s'écoule au dehors est d'environ deux gouttes par seconde. Je n'ai pas recueilli de ce liquide; j'étais tellement convaincu de sa nature, qu'une analyse me parut inutile.

Le lendemain, il me fut facile de renouveler l'expérience. Le malade se plaint d'un grand mal de tête; mais il n'a ni fièvre, ni agitation; pas de lésions apparentes des organes des sens. Néanmoins, bien convaincu du grave danger que courait le malade et des difficultés qu'il avait à se soigner chez lui, je l'engageai à entrer à l'hôpital d'Aurillac, où il fut alors confié aux soins du regretté docteur Giroux, chirurgien en chef.

Les mêmes phénomènes se continuèrent pendant trois ou quatre jours; mais bientôt des symptômes d'une méningo-encéphalite dominèrent la scène, et le malade mourut le 26 juin.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain en présence du docteur Giroux. En voici les résultats :

Les téguments de la tête ne présentent que deux plaies: une à la jonction des os propres du nez avec le cartilage; la seconde part d'un point situé à 3 centimètres au-dessus de l'extrémité externe du rebord orbitaire droit, et se prolonge en haut sur une

longueur de 5 centimètres; elle occupe toute l'épaisseur des téguments. Une incision est faite à la peau de la racine du nez, à l'apophyse occipitale, et, les os du crâne mis à nu, on enlève à la scie la calotte crânienne. La dure-mère est injectée, surtout au sommet occipital; en ce point siége une collection de pus épais, et tout le long de la scissure cérébrale se trouvent d'autres petites collections. Sous la dure-mère, l'arachnoïde apparaît également très-injectée; les vaisseaux de la surface des hémisphères et les sinus veineux sont gorgés de sang. A la base du cerveau s'étale du pus en nappe, le tissu cérébral a la consistance normale, mais il est pointillé et fortement gorgé de sang.

En aucun point de la base du crâne, il n'y a trace d'épanchement sanguin. La fracture naît du point du frontal indiqué plus haut, sur lequel semble avoir porté la contusion; elle consiste en une fêlure oblique par rapport aux tables osseuses, remonte à 5 centimètres au-dessus du rebord de l'orbite pour suivre obliquement la voûte orbitaire en dedans, coupe la grande aile droite du sphénoïde et arrive au milieu de la selle turcique qu'elle traverse; de ce point elle envoie un rayon à trajet irrégulier en avant jusqu'à la partie droite de la lame criblée de l'ethmoïde; un second rayon enlève l'angle externe de l'aile gauche du sphénoïde. L'articulation sphéno-ethmoïdo-temporale gauche est divulsée, et la fracture s'arrête à la fente sphénoïdale de ce côté. Les apophyses clinoïdes postérieures sont presque arrachées et cèdent au plus petit effort. Le rebord du temporal gauche présente une fracture triangulaire située sur la face antéro-postérieure de cet os, et avec l'ongle on détache à ce niveau une esquille losangique de 3 centimètres de long sur 2 de large. Les membranes sont rompues en ce point, qui correspond au conduit auditif externe.

Cette observation comporte plusieurs enseignements : Elle montre une fois de plus que les fractures graves de la boîte crânienne peuvent passer inaperçues à cause du peu de réactions que parfois elles déterminent. Elle explique la difficulté qu'éprouve le praticien pour faire le di gnostic, et la réserve qu'il doit apporter dans le pronostic. Elle est surtout digne d'intérêt par suite de l'écoulement séreux qui s'est effectué alternativement par le nez et l'oreille gauche.

C'est, en effet, par le nez que l'écoulement commence à se faire, pour se produire ensuite par l'oreille gauche, selon les différentes positions que prend la tête. Le malade vient-il à la pencher en avant? c'est par le nez que l'écoulement a lieu. Au contraire, le malade est-il dans le débubitus dorsal? c'est par l'oreille que sort la sérosité.

Remarquons aussi la facilité avec laquelle le liquide céphalique est mis en mouvement, et les oscillations qu'il éprouve dans les différents mouvements que le crâne exécute. Elles ont pour résultat de le laisser s'accumuler dans les parties les plus déclives.

Nous transcrivons l'observation suivante, qui est de Tillaux (*Anatomie topographique*, premier fascicule, p. 56), et où l'influence de la position que prend la tête, sur l'écoulement séreux qui accompagne les fractures de la base du crâne, est démontrée avec la plus grande évidence.

Obs. II. — M. C..., opticien à Paris, se présente chez moi, en décembre 1872, en me priant de le débarrasser d'un écoulement qui se faisait par le nez. Ce n'était pas qu'il en souffrît, mais, tenant constamment la tête inclinée pour travailler à ses instruments d'optique, il était singulièrement gêné par la chute incessante d'une goutte de liquide. Je pensai tout d'abord à une hypersécrétion de la pituitaire, et lui fis part de mon opinion, mais il la combattit victorieusement en me faisant observer qu'il n'était pas enrhumé, que cet écoulement n'était pas récent, qu'il était continuel, surtout lorsqu'il baissait la tête, ce dont il me rendit immédiatement témoin. Fort embarrassé pour porter un diagnostic, je demandai à M. C... s'il pouvait me fournir une certaine quantité de liquide pour en faire l'examen. « Un litre si vous voulez, me répondit-il ». En effet, deux ou trois jours après il m'apportait deux flacons pouvant contenir 200 ou 300 grammes chacun. (Le malade évaluait à un quart de litre la quantité qu'il rendait chaque jour). M. Robin, que ce fait intéressait beaucoup, remit un des flacons au savant pharmacien de l'hôpital Necker, M. Méhu, dont la compétence en ces sortes d'analyse est irrécusable. M. Méhu répondit à M. Robin que ce produit était du *liquide céphalo-rachidien*.

Le malade, anxieux de connaître le résultat de l'analyse, ne tarda pas à me revenir voir. L'interrogeant alors sur ses antécédents, j'appris que deux fois il avait été opéré d'un polype des fosses nasales. Il ne fut plus douteux pour moi que le liquide sortait du crâne par un pertuis siégeant à la voûte des fosses nasales au niveau de la lame criblée, dans le point où la paroi supérieure a une lame osseuse pour ainsi dire papyracée.

J'obtins de plus de cet homme, très-intelligent, les renseignements suivants : La position de la tête avait une influence considérable sur l'écoulement; s'il la portait en bas, l'écoulement était incessant; il diminuait s'il la redressait, et disparaissait complétement dans la position horizontale. J'ai suivi M. C... depuis cette époque : il y a des variations dans l'écoulement du liquide, qui même a, pendant plusieurs mois, cessé de se produire sans aucun traitement. A part un peu de céphalalgie de temps à autre, le malade n'éprouve pas le moindre trouble ni physique, ni intellectuel; il jouit librement de toutes ses facultés et s'occupe comme par le passé de ses affaires. J'ai revu M. C... pour la dernière fois, le 20 septembre 1873, l'écoulement était aussi abondant que jamais.

Dans l'observation qu'on vient de lire, il est hors de doute qu'une communication existait entre la cavité sous-arachnoïdienne et les fosses nasales. L'écoulement du liquide renfermé dans le crâne ne se produisait que lorsque l'ouverture de communication occupait un niveau placé au-dessous de la base du crâne. Elle offre la plus grande analogie avec la précédente, en ce qui concerne les mouvements dont est animé le liquide, et l'influence que les diverses positions de la tête exercent dans la production de ces mouvements. Elle nous fait voir également que la quantité de liquide que renferme la cavité céphalo-rachidienne est limitée et ne dépasse jamais un certain niveau, qui correspond assez exactement à la base du cerveau; qu'au-dessous le liquide existe en grande quantité, tandis que dans la partie qui correspond à la convexité de la masse cérébrale il n'en existe pas.

Nous pouvons citer une observation qui nous est personnelle, et qui présente avec la précédente la plus grande analogie, en ce qui concerne l'influence que les différents mouvements de la tête ont sur les migrations du liquide sous-arachnoïdien que le crâne renferme.

Le diagnostic porté et accepté par des médecins très-recommandables, entre autres par M. le médecin-inspecteur Legouest, fut qu'il existait, au niveau de la fente sphénoïdale, une ouverture accidentelle, qui mettait en communication la capsule de Ténon avec la cavité qui renferme le liquide céphalo-rachidien, et qu'à travers cette ouverture, le liquide entrait et sortait dans la cavité orbitaire, suivant les différentes positions que prenait la tête.

Voici cette observation dans ce qu'elle a de plus important.

Obs. III. — Le nommé Brachet, soldat au 34e régiment d'artillerie, se présente à notre visite, affirmant que de son œil gauche la vue s'était considérablement affaiblie. En effet, en examinant avec attention le malade, on était frappé de la différence d'aspect que présentaient les deux yeux. L'œil droit a l'apparence normale de l'œil gauche; le globe oculaire gauche, enfoncé dans l'orbite aux rebords très-saillants, aux culs-de-sac conjonctivaux presque effacés, laisse voir de côté par son retrait en arrière une conjonctive très-pâle.

Posant le doigt sur le globe de l'œil avec une pression légère, on sent l'organe solide fuir, se dérober et se sauver dans le fond de l'orbite, sans déterminer aucun phénomène de compression cérébrale. Dans les deux yeux, le mouvement est normal et identique, pas de déviation, jamais une vue double.

D'où il résulte que dans l'œil gauche le tissu graisseux de l'orbite a été résorbé : on dirait d'un simple amaigrissement semblable à celui des vieillards.

Autre fait. L'œil change de place selon la position de la tête. Est-elle horizontale? l'œil s'enfonce dans l'orbite; penchée en avant? l'œil se congestionne et la vue disparaît. Voilà ce que nous affirmait le malade. Devant nous l'épreuve fut faite.

Brachet baisse la tête, reste quelques secondes dans cette position, puis se redresse vivement. Alors l'œil devient saillant, e[illegible] la boursouflure des paupières, à la congestion de la conjoncti[illegible]

on croirait à une exophthalmie complète. Cet état disparaît vite, et l'œil reprend son aspect primitif. Pendant l'expérience, il nous a été impossible, en appliquant le doigt sur le globe de l'œil, de découvrir ni battements, ni pulsations. Plusieurs fois répétée sans douleur ni fatigue, l'expérience donne toujours les mêmes résultats.

De l'aveu du malade, jamais rien du côté du cerveau. Brachet attribue l'accident à son état de charpentier qui l'obligeait aux mouvements de tête que la profession exige.

Ici, comme dans l'observation de Tillaux, le liquide sous-arachnoïdien ne sort de la cavité qui le renferme que lorsque la tête est en bas, pour y entrer aussitôt qu'elle est en position horizontale, et c'est sa sortie du crâne et sa rentrée qui communiquent au globe de l'œil les mouvements que celui-ci exécute.

L'inégale répartition du liquide cérébro-spinal dans le crâne, et surtout la manière dont il s'y trouve distribué, ont été cause que sa sortie après une fracture du crâne n'a été signalée que lorsque la lésion occupait la base.

Les nombreux confluents sous-arachnoïdiens qui se trouvent à la base de l'encéphale, et dans lesquels le liquide s'accumule pour les remplir si exactement que, si l'on pratique à ce niveau une ouverture, immédiatement le liquide jaillit à une grande distance, tandis que c'est à peine si l'on en trouve aux autres points juste assez pour faciliter les mouvements du cerveau ; ce sont ces conditions qui ont fait que sa sortie n'a été étudiée par nos auteurs que dans les fractures de la base du crâne.

Mais la facilité avec laquelle ce fluide se déplace dans le crâne, selon les positions que prend la tête, nous permet d'affirmer que certaines fractures de la voûte peuvent également donner lieu à l'écoulement d'un liquide séreux abondant. D'autre part, la cavité crânienne communique largement avec celle du rachis par le trou occipital : il s'ensuit que, lorsque le liquide du crâne se déplace, celui qui se trouve contenu dans la colonne vertébrale suit ses oscillations. L'expérience suivante de Salathé démontre ce fait de la manière la plus évidente. Après avoir trépané le crâne et le rachis d'un animal, dit ce physiologiste, « nous adaptons aux orifices ainsi obtenus des tubes de verre dans lesquels nous versons du liquide ; nous faisons alors varier l'attitude de l'animal, amenant en haut tantôt sa tête, tantôt son arrière-train. Dans les deux cas, nous voyons se produire un phénomène analogue : le liquide baissait notablement dans le tube le plus élevé, et s'élevait dans le tube situé le plus bas ; ce sont de vrais vases communiquants. Laissant l'animal en position horizontale, nous soufflons dans l'un des tubes : aussitôt le liquide monte dans le tube opposé. »

Cette expérience montre de quelle utilité peut être, dans certains cas, la position donnée au malade pour le diagnostic des fractures de la voûte du crâne.

Dans les considérations qui suivent, nous supposons que les enveloppes de l'encéphale sont brisées, en même temps qu'il existe une rupture des os. Les trois conditions suivantes peuvent se présenter : *a*, la fracture a lieu avec plaie des téguments et dénudation des os ; *b*, il existe une plaie des téguments sans que les os soient mis à nu ; *c*, sans plaie des téguments.

a. Lorsque les os sont mis à nu et les téguments divisés, on peut s'assurer dans la plupart des cas, par la vue et le toucher, de l'existence de la fracture, surtout si elle est large, avec enfoncement des os, et s'il en sort de la substance cérébrale. Mais, si la fracture est étroite, ainsi que la plaie des parties molles, il faut se mettre en garde contre certaines causes d'erreur que les observateurs n'ont pas toujours su éviter. Il pourra se faire que l'on soit trompé par une suture due à un os wormien anormalement situé ; comme c'est arrivé dans le fait que raconte Saucerotte, au sujet de cet ecclésiastique que Nouvelle empêcha de trépaner, prétendant que ce que les consultants prenaient pour une fissure de l'occipital n'était autre chose que la suture d'un os wormien. Il serait facile, je crois, d'éviter une semblable erreur dans certains cas, en faisant mettre la tête du malade dans une situation telle que la partie qui correspond au lieu où est la fracture se trouvât moins élevée que la base du crâne.

b. Dans les cas où la plaie des téguments est étroite, il est encore plus difficile de faire le diagnostic, à moins qu'il n'y ait un écartement considérable des fragments avec enfoncement, mobilité anormale et crépitation. Les difficultés deviennent grandes s'il s'agit d'une fracture linéaire. Cependant il sera facile de poser un diagnostic exact, si, dans certaines positions que l'on pourra faire prendre à la tête, il se produit un écoulement de sérosité.

c. Le diagnostic est surtout difficile lorsqu'il n'existe aucune lésion appréciable des téguments, à moins qu'on ne constate un enfoncement des os, avec mobilité et crépitation. Cependant, si l'on se conforme aux règles que nous avons indiquées pour les cas précédents, il pourra se produire, à l'endroit où siége la fracture, une tumeur pulsatile, animée de mouvements en rapport avec la circulation et la respiration, si l'on a soin de faire prendre à la tête la position nécessaire pour produire un semblable phénomène.

De ce qui précède, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Toutes les fractures du crâne qui s'accompagnent de plaies des téguments et des enveloppes de l'encéphale peuvent, dans certaines conditions parfaitement déterminées, laisser écouler au dehors du liquide céphalo-rachidien ;

2° Dans les fractures de la base, cet écoulement pourra être souvent spontané, tandis que quelquefois, comme dans les fractures de la voûte, cet écoulement ne se produira que lorsque le siége de la fracture sera placé artificiellement à un niveau inférieur à celui de la base du crâne ;

3° Dans les fractures mixtes, c'est-à-dire dans celles qui occupent à la fois la base et la voûte, l'écoulement du liquide se fera par la partie de la solution de continuité qui occupera la position la plus déclive.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

COMMISSION DES PRIX. — *Prix Barbier* : MM. Vulpian, Gosselin, Larrey, Chatin et Cloquet réunissent la majorité absolue des suffrages.

SUR LE DOSAGE DE LA GLYCOSE DANS LE SANG. Note de M. *P. Cazeneuve*. — Dans sa précédente Note, qu'il a eu l'honneur d'adresser à l'Académie, l'auteur a écourté certains points de ses observations. Ces lacunes, dit-il, ont donné prise à des critiques de MM. d'Arsonval et Picard, qu'il relève (voy. *Comptes rendus*, 17 mars 1879, p. 595, et 7 avril 1879, p. 753 et 755).

1° L'eau renfermée dans le sulfate de soude, l'eau renfermée dans le sang servent de base à tous les calculs de Cl. Bernard. Or, ce sel cristallise avec des proportions d'eau variables, sans parler de l'eau d'interposition ; il s'effleurit à la température ordinaire avec une grande rapidité. Voilà une base essentiellement variable.

2° Un fait sur lequel l'auteur insiste, contrairement aux assertions de M. d'Arsonval, c'est que la marche de la réduction de la liqueur cupro-potassique avec des liqueurs sucrées provenant de divers sangs est souvent bien différente de celle obtenue avec une solution de glycose pure. Il maintient que dans des cas nombreux, surtout dans le domaine pathologique, il est impossible de saisir exactement la limite de la réduction de la liqueur de Fehling.

3° M. Picard rappelle dans sa Note l'expérience de Cl. Bernard, qui trouve de la glycose dans du sang frais et qui n'obtient plus de réduction avec ce même sang abandonné à la température de 30 degrés environ. Il trouve dans ce fait une preuve que la glycose est bien le principe réducteur. Pour M. Cazeneuve, une seule conclusion légitime découle de cette observation : c'est que les substances agissant sur la liqueur de Fehling sont très-altérables et se transforment promptement dans le liquide sanguin.

4° La liqueur de Fehling a donné à l'auteur un résultat supérieur à celui obtenu par le saccharimètre. Trois hypothèses sont permises : 1° présence à côté de la glycose d'une substance sans pouvoir rotatoire, agissant sur la liqueur de Fehling; 2° présence à côté de la glycose d'une substance lévogyre et agissant sur la liqueur de Fehling; 3° présence à côté de la glycose d'une substance lévogyre et n'agissant pas sur la liqueur de Fehling. La seconde hypothèse nous paraît assez admissible; elle s'expliquerait par la présence d'un peu de lévulose. MM. d'Arsonval et Picard ne s'y opposent point. Et cependant cette lévulose qui réduit la liqueur de Fehling n'a rien de commun avec la glycogénie, avec la glycémie proprement dite. C'est là un facteur étranger, comme nous l'avancions, qui porte atteinte à tout caractère de précision dans les dosages par la liqueur cupro-potassique.

En résumé, voici le fond de la pensée de l'auteur : Cl. Bernard a tracé les grandes lignes de la glycémie, et cela tout à sa gloire, avec un procédé insuffisant.

Mais il faut viser à la perfection des méthodes; c'est ainsi que la science marche et que de nouveaux horizons s'ouvrent aux chercheurs. Et il le répète, quand on pourra évaluer la glycose du sang avec plus de précision, bien des chiffres sur la glycémie seront modifiés.

Fermentation. Action physique et physiologique de certaines substances salines et autres sur la levure normale. Note de M. *A. Béchamp.* — Nous ne pouvons qu'indiquer cette note, peu susceptible d'analyse et trop longue pour être insérée.

De la forme de la contraction musculaire des muscles de l'écrevisse. Note de M. *Ch. Richet.* — Le fait principal qui ressort de cette expérience, c'est que le muscle de la queue, sous l'action de l'électricité, s'épuise avec une très-grande rapidité (au bout de trente à quarante secousses rapprochées, c'est à peine s'il peut se contracter encore); tandis que le muscle de la pince, excité par des courants électriques très-rapprochés, ne s'épuise pas. Alors que le muscle caudal a un tétanos qui ne peut durer plus de vingt à trente secondes, le muscle de la pince reste contracté pendant près d'une demi-heure, et, pendant les cinq premières minutes, la constriction de la pince est de plus en plus forte.

Globules du lait. — M. *J. Girard* adresse à l'Académie une Note intitulée : *Etude photomicrographique sur la transformation des globules du lait.* Cette Note est accompagnée de photographies.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. le docteur *Garrigou*, relative à l'analyse des eaux de Saint-Nectaire et à la découverte du mercure dans ces eaux. — 2° Une note de M. le docteur *Paulier*, sur une nouvelle méthode de conservation des pièces anatomiques et, en particulier, du cerveau. — 3° Un rapport de M. le docteur *Marcel Petitot*, sur les vaccinations pratiquées aux Sables-d'Olonne. — 4° Un rapport de M. le docteur *Brieude* (*Louis*), sur les vaccinations pratiquées dans le département de la Corrèze. — 5° Un rapport de M. le docteur *Louis Amat*, sur les vaccinations pratiquées à Rodez sur le 81e régiment de ligne. (*Commission de vaccine.*) — 6° Des lettres de MM. les docteurs *Proust* et *Lunier*, qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. — 7° Un travail de M. le docteur *Duperron*, sur un cas de polydactylie double qu'il a opéré avec succès des deux côtés. — 8° Une note de M. *Husson*, pharmacien à Toul, sur les procédés frauduleux à l'aide desquels les Chinois teignent le thé qu'ils nous envoient.

M. *le Président* annonce à l'Académie que M. le docteur *Willemin* (de Vichy) assiste à la séance.

M. *le Secrétaire perpétuel* annonce que les délais pour l'envoi des mémoires à la commission des prix de l'Académie sont expirés; 51 mémoires ont été reçus.

Il annonce aussi que le congrès international des sciences médicales tiendra sa sixième session, du 7 au 13 septembre 1879, à Amsterdam, sous la présidence de M. Donders.

M. *Villemin* présente, au nom de M. *Schutzenberger*, deux volumes de fragments philosophiques et cliniques.

M. *Devilliers*, au nom de M. le docteur *Gibert* (de Marseille), dépose sur le bureau un mémoire relatif aux épidémies de variole qui ont régné à Marseille, et aux moyens prophylactiques qui ont été employés.

M. *Bergeron* présente le IIIe fascicule du tome IIe des *Rapports sur les maladies régnantes*, par M. le docteur *Ernest Besnier*.

M. *Rochard*, au nom de M. *Talmys*, présente une note sur la nécessité de la crémation ou de l'immersion du cadavre dans les épidémies de fièvre jaune.

Optométrie. — M. le docteur *Prompt* donne lecture d'une note sur un nouveau procédé optométrique.

Si l'on place une épingle très-près de l'œil, de manière à en voir le reflet, elle se réduit à ce reflet lui-même, et dessine une image rétinienne qui a la forme d'une large bande brillante. On voit sur cette bande des spectres multiples très-élégants, lorsque le reflet cornéal se reproduit sur l'épingle. La bande est parcourue par des apparences entoptiques diverses; on y remarque surtout des lignes noires, fines, au nombre de cinq ou six, ou même plus nombreuses, dont l'existence a été signalée par des observateurs très-anciens. Si l'on déplace la direction du regard, ces lignes sont animées d'un mouvement qui est le même que celui du regard, et qui est bientôt suivi d'un mouvement en sens inverse, quand l'œil se fixe sur la bande brillante.

Il est facile de déterminer aujourd'hui la nature de ces lignes; ce sont des lignes d'irradiation entièrement identiques à celles que l'auteur a fait connaître récemment, et qui sont produites par un point opaque placé devant l'œil; seulement, ici, il s'agit de points opaques situés dans le corps vitré, à une très-faible distance de la rétine.

Ces lignes disparaissent dans les limites de la vision distincte; elles reparaissent avec les mêmes caractères, en deçà et au delà de ces limites. On peut donc en faire usage, à titre de procédé optométrique: il suffit pour cela d'éclairer l'épingle très-brillamment, à l'aide d'une lampe, et de mesurer, avec une règle, la distance à laquelle elle se trouve placée.

Ce procédé a paru beaucoup plus sensible que celui des grandes lignes produites par l'épingle placée devant l'œil, dont l'auteur a fait connaître récemment le mécanisme et les propriétés. Mais il a l'inconvénient d'exiger beaucoup d'habitude du travail expérimental, et il ne peut être employé que par un observateur exercé, et dans un but purement scientifique. Dans ces conditions, il décèlera les cercles de diffusion les plus petits, et sera par conséquent très-utile pour servir de base à des recherches physiologiques sur la question si peu connue encore de l'accommodation visuelle. Au point de vue clinique, il ne pourra jamais être employé utilement.

Pleurésie multiloculaire. — A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. *Jaccoud* remercie M. Raynaud de la bienveillance avec laquelle il a répondu à sa communication. Mais, avant que l'ordre du jour permette d'aborder la discussion, il demande à présenter quelques observations.

« J'ai été très-heureux de voir, dit l'orateur, que M. Raynaud apprécie, comme moi, l'intérêt et l'importance des adhérences du diaphragme. Quant au diagnostic de la pleurésie aiguë multiloculaire, je n'ai pas à revenir aujourd'hui sur le fond du débat; les faits que j'ai observés me paraissent justifier les conclusions que j'en ai tirées; au contraire, M. Raynaud, et d'autres collègues probablement avec lui, trouvent mes faits peu probants, et surtout mes propositions mal fondées. Ce n'est pas là un terrain de discussion ni de considérations théoriques, c'est un terrain d'observation pure; les faits ultérieurs diront si j'ai trop hâtivement généralisé mes conclusions.

Si donc j'ai pris la parole, c'est uniquement pour rectifier

quelques points sur lesquels mon éloquent contradicteur n'a pas reproduit ma pensée avec une parfaite exactitude.

Et d'abord, l'observation récente qu'il m'oppose ne réalise pas complètement l'ensemble de signes que j'ai attribué à mon second type de pleurésie; elle s'en écarte d'abord par « un certain caractère de douceur du souffle », mais surtout par la présence de « l'égophonie »; ce mot, je ne l'ai pas prononcé, j'ai toujours dit « souffle éclatant et bronchophonie forte », et j'y tiens; si j'avais eu l'occasion de voir le malade de M. Raynaud, j'aurais déclaré, sur ce seul fait de l'égophonie, qu'il est étranger au groupe que j'ai essayé de constituer.

Mon excellent collègue pense que dans mon deuxième cas l'existence de loges distinctes n'est pas prouvée; il a raison quand il parle des preuves anatomiques, car il a incontestablement le droit de repousser l'interprétation que j'ai donnée des mamelons membraneux de la plèvre; mais il ajoute que la preuve tirée des trois ponctions est également sans valeur, et ici je ne puis être de son avis. Je comprends encore qu'il ne soit pas convaincu par les deux ponctions postérieures, et qu'en raison de la superposition des loges, il préfère admettre l'évacuation d'un seul épanchement à deux niveaux différents; mais la loge antéro-latérale reste nettement démontrée, parce qu'après avoir vidé la plèvre en arrière par une seconde ponction, j'ai constaté séance tenante que le déplacement du cœur n'était nullement modifié, que la voussure costo-abdominale persistait comme auparavant, ainsi que l'immobilité respiratoire de la région; c'est devant la persistance de ces signes pendant trois jours que je me suis décidé à faire ma troisième ponction en avant; l'ectopie cardiaque a subsisté (l'autopsie a montré que le péricarde était fixé par des adhérences), mais la voussure a disparu, et la région a repris pour quelques jours sa mobilité normale. Je pense donc que c'est ici un de ces cas où la ponction, comme je le disais, prend la valeur d'une autopsie de l'épanchement.

En raison des perplexités auxquelles ce fait m'a soumis, je ne puis faire aussi bon marché que mon collègue de cette question de la thoracentèse antérieure; il ne l'a jamais rencontrée sur sa route; je l'en félicite, car elle est fort embarrassante; sans doute cette question doit se présenter rarement, mais, quand elle surgit, elle s'impose, et exige une solution. Dans le fait que je viens de rappeler, j'ai dû recourir à cette ponction antérieure; si mes souvenirs ne me trompent pas, et je les crois fidèles, tant cette observation m'a singulièrement frappé dans le temps, notre éminent collègue M. Noël Gueneau de Mussy a pratiqué aussi cette thoracentèse en avant, dans des conditions d'une difficulté exceptionnelle, dont l'exacte interprétation fait le plus grand honneur à son habileté clinique, du reste bien connue. Les choses étant ainsi, je n'ai pas cru qu'il fût oiseux d'insister minutieusement sur les précautions dont le médecin doit s'entourer en pareille circonstance, puisque surtout j'indiquais une cause d'erreur trop méconnue, et un nouveau signe pour y échapper.

Ma dernière observation sera relative aux adhérences générales du poumon à la paroi; M. Raynaud ne partage pas mon opinion sur les effets désastreux de ces adhérences; je le crois bien, il n'a pas parlé du même sujet que moi; mon collègue examine cette condition anatomique au point de vue de ses effets sur les lésions de la plèvre et du poumon, et il les montre plutôt favorables, il a raison; mais moi j'ai uniquement parlé des effets de ces adhérences sur l'hématose et sur le cœur, et sur ce terrain je persiste à les tenir pour fâcheux. Si j'ai rappelé à cette occasion le nom de Traube, c'est qu'il a le premier, je pense, donné la raison de cette influence mauvaise, en montrant que la diminution, l'entrave de la circulation pulmonaire finit par amener, sans lésion valvulaire, la dilatation passive des cavités, et un état de cyanose plus ou moins prononcé. Vous le voyez, M. Raynaud et moi nous n'avons pas envisagé le même point de vue, il n'est pas surprenant que nos conclusions soient différentes.

Cela dit, et rappelant encore que je repousse complètement l'égophonie et le souffle doux du groupe de mes signes, je n'ai plus qu'à remercier à nouveau mon savant collègue, non plus de sa bienveillance cette fois, mais de l'intérêt que m'a fait éprouver la lecture de sa remarquable communication; pour le reste attendons l'observation, qui ne manquera pas de rapprocher dans un sens ou dans l'autre la distance qui nous sépare aujourd'hui. »

Septicémie puerpérale. — M. *Hervieux* fait sur ce sujet une communication succincte qui nous paraît devoir terminer la discussion.

L'orateur dit qu'il veut défendre M. Pasteur contre ces adeptes trop zélés qui transforment prématurément une présomption en certitude, une hypothèse en vérité démontrée. La théorie des germes est encore enveloppée de nombreuses obscurités : Le microbe présumé de la septicémie puerpérale est-il le produit ou la cause de la maladie? Il n'est pas probable qu'il soit la cause puisqu'on le trouve, d'après M. Pasteur, un peu partout, dans les eaux communes dont les femmes en couches se servent journellement, et que, d'autre part, la fièvre puerpérale est à peu près inconnue dans beaucoup de localités. Et, puisqu'on le trouve partout, ce n'est pas la fièvre puerpérale qui le produit. Ce que l'on sait certainement, ce qui est démontré, c'est que l'agglomération des malades produit la fièvre puerpérale, comme, dans d'autres circonstances, elle produit le typhus, la morve, le farcin, etc. Mais, répondent les partisans des théories de M. Pasteur, l'agglomération est nuisible parce qu'elle crée le microbe. Mais non, puisqu'on le trouve partout, ainsi qu'il a été dit plus haut, et que si l'agglomération le créait, M. Pasteur lui-même devrait reconnaître que la génération spontanée est découverte. L'agglomération, en viciant l'air, prépare au microbe un milieu de culture des plus favorables, voilà tout. Cette viciation de l'air, c'est ce qu'on appelait le miasme infectant, c'est un poison véritable.

D'ailleurs, le microbe dont on parle ne serait pas simple comme tous les virus; il serait double; ce serait tantôt le microbe en chapelet, tantôt le bâtonnet étranglé. Sait-on bien ce que c'est? De plus, ce microbe n'aurait rien de spécifique, puisqu'on le retrouve dans la diphthérie, la fièvre typhoïde, la flacherie, etc., etc.

Si la théorie des germes était acceptée aujourd'hui, il n'y aurait plus qu'un objectif à rechercher : la destruction des microbes par l'acide borique.

M. *Pasteur* convient que le sujet est en effet hérissé de difficultés. Les virus ne se comportent pas du reste de la même façon : c'est ainsi que le horse-pox, qui est malin pour l'homme, est bénin pour la vache.

M. *Depaul* affirme que, à quelques rares exceptions près, le horse-pox peut être inoculé à l'homme sans danger. Cette opinion est également partagée par M. Bouley.

Ostéomyélite. — M. *Panas* donne lecture d'une courte note qui doit également terminer la discussion.

D'après l'orateur le mot d'ostéomyélite ayant servi jusqu'ici à caractériser plus spécialement l'inflammation qui débute par le centre de l'os, il y aurait inconvénient à l'employer pour désigner toutes les formes de l'ostéite en général. Il pense, comme M. Gosselin, que le processus inflammatoire des os, loin de débuter toujours par la profondeur, envahit souvent la totalité de l'os au point qu'il est impossible de dire par où la phlegmasie a commencé. Ce fait s'explique par la distribution anatomique des éléments de la moelle qui se rencontrent partout, aussi bien au centre et dans l'épaisseur des os que sur le périoste; c'est sur ce point que MM. Gosselin, Trélat et Panas ne sont pas d'accord. Mais M. Panas fait remarquer que tout ce qu'il a dit sur la moelle périostale et canaliculaire se rapporte aux adolescents; chez l'adulte, où les conditions de nutrition ne sont plus les mêmes, on conçoit

facilement que l'ostéite puisse se localiser dans ses effets et être moins grave.

M. *Gosselin* pense qu'il serait très-important que tous les auteurs fussent d'accord sur la question anatomique. MM. Trélat et Panas ont sur l'anatomie de la moelle des opinions que n'ont pas les auteurs français et qu'il ne partage pas lui-même. Il en résulte une confusion inévitable dans la discussion.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Traitement des tumeurs blanches. — Sur l'ostéomyélite.

M. *Marc Sée* fait un rapport sur le travail de M. *Suchard* (de Lavey) relatif au traitement des tumeurs blanches. M. Suchard emploie son pansement depuis trois ans; depuis ce temps, toutes les tumeurs blanches, suppurées ou non, ont guéri. Depuis le 1er janvier de cette année, M. Suchard applique sa méthode dans le service de M. de Saint-Germain, à l'hôpital des Enfants de la rue de Sèvres.

On commence par nettoyer le membre en faisant des frictions avec l'alcool camphré jusqu'à rubéfaction de la peau. On entoure ensuite l'articulation avec du lint couvert de pommade (onguent mercuriel et savon, parties égales); puis, application des bandelettes de diachylon et de bandes de cuir flexibles et résistantes. Le pansement est changé tous les huit ou quinze jours. Sur les 9 malades traités dans les salles de M. de Saint-Germain, 2 ont quitté l'hôpital très-améliorés; 1 est mort du croup. Parmi les 6 derniers, on dut interrompre le traitement chez 1 enfant, à cause de maladie intercurrente; il reste donc 5 malades âgés de trois à douze ans et atteints d'arthrites suppurées du pied ou de l'articulation tibio-tarsienne. L'un de ces enfants avait été apporté à l'hôpital pour subir l'amputation de la jambe; tous les 5 avaient des arthrites fongueuses suppurées.

En deux ou trois mois on obtint une grande amélioration; les ulcères tendaient à se cicatriser, les fistules à se tarir, les articulations à reprendre leur volume et leur forme; ces malades sont entrés dans une phase de réparation qui permet d'espérer la guérison. Si l'on avait pu joindre au pansement le traitement hydro-minéral, comme le fait M. Suchard, on aurait obtenu encore de meilleurs résultats.

A quoi est due l'efficacité du pansement? Evidemment à la pommade mercurielle, car l'immobilisation a été appliquée déjà sous d'autres formes. Quand on a enlevé l'appareil, le pus était sans odeur et peu abondant. Selon M. Suchard, le mercure agit ici comme antiseptique pour détruire les organismes inférieurs. En résumé, le pansement remis en honneur par M. Suchard donne de bons résultats, et il mérite d'être expérimenté dans le traitement des tumeurs blanches suppurées.

M. *Desprès*. Velpeau traitait les tumeurs blanches par les frictions mercurielles, et les résultats étaient désastreux. Depuis on a adopté l'immobilisation; c'est à l'immobilisation qu'est due la guérison des tumeurs blanches. Il faut de un an à dix-huit mois pour guérir une tumeur blanche; trois mois de traitement ne suffisent point pour permettre d'annoncer la guérison.

M. *Verneuil*. Les malades de M. de Saint-Germain sont améliorés; mais amélioration n'est pas synonyme de guérison. Le Sauvage (de Caen), en 1823, a eu de bons résultats avec la compression au diachylon; puis vinrent l'appareil de Bonnet, l'appareil de Burgræve; avec ces divers moyens, on obtenait des améliorations comme avec le pansement de M. Suchard. Mais dire qu'on guérit toutes les ostéo-arthrites strumeuses, c'est s'illusionner; c'est l'occlusion et l'immobilisation qui sont le fond du pansement de M. Suchard, et on peut obtenir les mêmes succès avec des pansements analogues.

M. *de Saint-Germain* a été frappé de l'amélioration survenue chez ses malades en un temps relativement assez court. Un enfant venait de province pour subir l'amputation jugée indispensable; la ouate et l'immobilisation, employées pendant un an, n'empêchaient point la maladie d'aller de mal en pis; M. Suchard appliqua son appareil, et le mieux fut immédiat. Deux autres enfants auraient dû être amputés: ils vont beaucoup mieux. Il y a lieu d'essayer un traitement qui a donné des résultats aussi encourageants.

M. *Marc Sée* a constaté cette amélioration à laquelle nous ne sommes point habitués avec les autres moyens de traitement.

— M. *Trélat* prend la parole sur l'ostéomyélite. M. Berger a présenté une observation intéressante, mais pas nouvelle; des cas analogues ont été signalés. M. Berger se demande quel titre il faut donner à son observation, et il s'arrête à ce nom : abcès sous-périostique aigu. M. Trélat dirait périostite suppurée. Ce cas ne touche en rien ce qui a été discuté à l'Académie de médecine; il s'agissait, en effet, d'observations relatives à l'ostéite et non de la périostite. M. Trélat ne s'attaque point à la périostite; chez le malade de M. Berger, il y avait ce qu'on appelle depuis assez longtemps déjà une périostite externe; il n'y avait pas d'ostéite, par conséquent pas de nécrose; pas d'ostéomyélite des canaux de Havers, pas de nécrose.

M. Trélat a voulu faire une fusion et non une confusion; c'est une question d'histogénie, de pathogénie et non de clinique qu'il a voulu traiter à l'Académie de médecine. Ne peut-on pas dire ostéomyélite juxta-épiphysaire, centrale, sous-périostée, etc.? Il est impossible de tracer la limite exacte de ces diverses inflammations.

M. *Lannelongue*. La classe des périostites externes existe, mais l'observation de M. Berger appartient plutôt à l'abcès sous-périostique, suite de périostite phlegmoneuse diffuse. Quand M. Chassaignac publia ses travaux, il distingua l'abcès sous-périostique et l'ostéomyélite. Plus tard, cette distinction tendit à disparaître; l'école de Strasbourg adopta surtout la périostite phlegmoneuse diffuse. M. Gosselin réveilla l'attention sur les lésions osseuses primitives. Pour M. Lannelongue, la périostite phlegmoneuse n'existe pas, c'est le résultat d'une inflammation de l'os; c'est une maladie de la moelle contenue dans les extrémités de la diaphyse des os. Dans ces aréoles, le pus se forme rapidement et à tous les âges.

Une simple remarque relative à la gravité exceptionnelle de l'affection qui donne une mortalité effrayante. Sur 100 observations recueillies dans les auteurs, il y a 70 cas de mort, 30 guérisons. Sur ces 30 guérisons, 15 malades ont subi des opérations plus ou moins graves, 5 amputations, 5 résections précoces, 5 trépanations. Sur les 15 autres, 4 seulement ont guéri sans nécrose; et ces 4, les a-t-on suivis assez longtemps pour pouvoir affirmer que la guérison a été définitive?

M. Lannelongue a recherché les exemples de pièces anatomiques présentées à la Société anatomique, pièces dans lesquelles on a vu un abcès sous-périostique sans lésion intra-osseuse (il s'agit des décès dans les premiers mois de la maladie). Il n'a pas trouvé une seule observation, quand l'intérieur de l'os a été examiné. On note toujours du pus dans l'os. Cela est presque concluant au point de vue du siége du mal dans l'intérieur de l'os.

Que doit-on appeler nécrose? Le mot nécrose n'est pas synonyme d'os dénudé. Tant que les parties ne sont pas séparées de l'os sain par un sillon de démarcation, on n'est pas en droit de conclure à la nécrose. L'os véritablement nécrosé est jaunâtre, sec et sans tache. Les troubles vasculaires sont déterminés par l'ostéomyélite, et à leur tour ils amènent la nécrose.

M. Verneuil demande des signes cliniques qui puissent correspondre aux variétés anatomo-pathologiques; ces signes n'existent point, les symptômes locaux sont les mêmes pour toutes ces variétés. La rougeur de la peau n'existe que quand l'os est superficiel; le bourrelet circonférenciel complet ou incomplet dépend de l'âge de la maladie; il est dû à l'infiltration du périoste non décollé par des produits qui formeront du nouvel os; l'irritation est plus ou moins vive et le bourrelet existe plus ou moins. La dilatation veineuse au niveau du gonflement et s'étendant jusqu'à la racine du membre existe assez souvent; quand elle est très-accusée, elle indique la pyohémie et l'oblitération des veines profondes. En dehors de ces caractères, il n'y a que l'examen du gonflement et des signes locaux qui permette de suivre la maladie.

Les cas se ressemblent peu, et un même moyen thérapeutique ne s'applique pas à tous. Quand on voit une statistique de 70 décès pour 100, il faut agir. Plus l'os est petit, moins la maladie est grave, quoiqu'il y ait des exemples d'ostéo-périostite du péroné terminée par nécrose. Depuis le 1er janvier, M. Lannelongue a traité 5 cas d'ostéomyélite : 2 malades sont morts, 3 sont guéris. Des deux morts, un subit l'amputation étant en pyohémie; l'autre avait été trépané dans un état désespéré. Dans tous les cas de trépanation, M. Lannelongue a trouvé du pus. Quand il ne faisait que l'incision, il perdait 10 malades sur 10 ostéomyélites.

Il ne faut pas toujours trépaner; l'incision hâtive, quand l'os est peu volumineux, peut donner des succès. L'affection naît toujours dans l'os (chez les enfants). Cette ostéomyélite, maladie spontanée le plus souvent, est bien une maladie de l'os et non une périostite, car on trouve toujours du pus quand on trépane.

M. *Verneuil*. Il est difficile de laisser passer le pronostic établi par M. Lannelongue d'après ses recherches. M. Verneuil vient de relever 13 observations qui lui sont personnelles; il n'a point appliqué le trépan, et il a obtenu 8 guérisons. L'incision pure et simple est moins inefficace qu'on ne pense : dans 7 observations, traitement par l'incision, 7 guérisons; et il y eut nécrose partielle dans les 7 cas, ce qui prouve que le diagnostic était exact. 2 malades sont morts sans intervention chirurgicale; 3 sont morts malgré de larges incisions. En pratiquant les incisions, on ne sait pas si elles suffiront, ou s'il faudra recourir au trépan ou à l'amputation : voilà ce qu'il faudrait élucider. M. Lannelongue dit : l'os est toujours malade, trépanez; M. Verneuil répond : je n'ai jamais trépané, et ma statistique vaut la vôtre.

M. *Tillaux* ne partage pas les idées de M. Lannelongue, qui veut réunir ensemble la périostite phlegmoneuse et l'ostéomyélite; il faudrait, au contraire, chercher en quoi ces deux affections diffèrent; car il y a des abcès sous-périostiques qui guérissent par l'incision, sans nécrose, et alors la surface seule de l'os était malade: et il y a des abcès sous-périostiques qui ne guérissent pas ainsi, parce qu'ils sont symptomatiques d'une ostéomyélite; et il faut que nous trouvions les signes diagnostiques de ces deux formes d'abcès sous-périostiques. Lorsque l'articulation est envahie, il y a ostéomyélite; si l'articulation est saine, il y a chance pour que l'abcès soit réellement sous-périostique.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

Diphthérite des oiseaux : M. Mégnin. — Des effets des sections de la moelle à la suite des lésions encéphaliques : M. Brown-Séquard. — Action des sels purgatifs : M. A. Moreau. — Antagonisme de la pilocarpine et de l'atropine : MM. Vulpian et Bochefontaine. — Gelsémine cristallisée : M. Fournier.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Brown-Séquard* ajoute un fait nouveau à ceux qu'il a communiqués dans la séance précédente : il s'agit d'un cochon d'Inde présentant sans paralysie véritable une atrophie marquée des masses musculaires de la cuisse gauche; un des parents de cet animal avait subi la section du nerf sciatique du même côté, et avait à la suite de cette opération perdu plusieurs orteils.

— M. *Mégnin* rappelle les travaux déjà faits sur la diphthérite des oiseaux. Aux observations d'Ercolani, d'Arloing et Tripier, de Balbiani, de Piétrapiana, de Nicati, il peut ajouter plus de deux cents observations personnelles. Il distingue dans cette maladie deux formes : une forme pseudo-membraneuse, occupant les surfaces de la langue, du larynx, des voies digestives; une forme tuberculeuse où les lésions siégent dans le foie, dans l'orbite, dans l'épaisseur des parenchymes. Toutes deux le plus souvent coexistent, et la maladie mérite le nom de tuberculo-diphthérite. Elle est liée à la présence de parasites, étudiés par Balbiani qui les considère comme des Grégarines. Ainsi étudiée la tuberculo-diphthérite des oiseaux ne semble pas très-comparable à la diphthérite de l'homme. Aussi un grand nombre d'éleveurs peuvent-ils impunément avoir dans leurs basses-cours des volailles malades; M. Mégnin a pu faire sans aucun inconvénient un grand nombre d'autopsies d'oiseaux morts de cette affection; il peut même ajouter que la chair de ces animaux ne constitue pas un aliment nuisible : un grand nombre de ceux qui ont servi à ses observations ont pu être mangés par les mêmes personnes sans le moindre accident.

— M. *Brown-Séquard* vient porter devant la Société quelques faits nouveaux pour servir à l'étude du mécanisme des paralysies. On sait que chez les pigeons la section de la moelle est suivie de battements rhythmiques des ailes, isochrones aux mouvements de la respiration; d'autre part, les lésions unilatérales du cerveau amènent un état d'affaiblissement général, le plus souvent accompagné de paralysies complètes du côté opposé. Chez 19 pigeons, M. Brown-Séquard a successivement fait des lésions hémisphériques unilatérales, puis la section de la moelle au cou, en ayant soin d'ailleurs d'éviter l'hémorrhagie : toutes les fois que l'hémiplégie avait été très-marquée, les mouvements rhythmiques des ailes ont fait défaut du côté paralysé. Les mêmes opérations pratiquées chez des grenouilles ont donné des résultats analogues : les réflexes du côté opposé à la lésion cérébrale ont été moins forts; ils ont cessé plus vite lorsqu'on a enlevé ultérieurement le cœur. Enfin la série d'expériences suivante a été faite chez un lapin : hémisection incomplète du pont de Varole à droite, section des cordons postérieurs au niveau de la moelle dorsale, puis section des parties antéro-latérales gauches à la même hauteur, de façon à compléter une hémisection. La première opération a déterminé une paralysie motrice de la patte postérieure du même côté accompagnée d'un peu d'hyperesthésie; la deuxième a été immédiatement suivie de l'hyperesthésie de la patte droite et de l'anesthésie de la patte gauche; après la troisième, les troubles sensitifs se sont déplacés, l'anesthésie a passé à droite, l'hyperesthésie à gauche. Il y a eu un véritable transfert et les phénomènes ont été les mêmes que si aucune lésion n'avait précédé l'hémisection gauche de la moelle. M. Brown-Séquard se réserve de développer plus tard les conclusions qu'il pourrait tirer de ces faits et des études qu'il poursuit encore.

— M. *Armand Moreau* a injecté simultanément chez un chien, dans une veine et dans une anse intestinale isolée entre deux ligatures, 10 centimètres cubes d'une solution de sulfate de magnésie à 15 pour 100. Quelques heures après, l'anse intestinale renfermait une quantité assez considérable de liquide; la présence du sel dans le sang n'avait pas empêché l'action purgative du sel déposé dans l'intestin, ainsi que cela aurait dû avoir lieu en raison des théories qui assimilent cette action purgative aux simples phénomènes endosmotiques.

— M. *Bochefontaine* lit, au nom de M. *Vulpian*, une note

sur l'antagonisme de la pilocarpine et de l'atropine. On avait déjà établi que le premier de ces agents pouvait réveiller l'activité des glandes sudoripares éteinte par le second. M. Vulpian a recherché si les mêmes effets se produisaient pour la sécrétion salivaire. Lorsque celle-ci est tarie chez un chien par l'injection hypodermique d'un milligramme et demi d'atropine, elle reparaît par l'injection dans la glande sous-maxillaire d'un centigramme de pilocarpine. L'action antagoniste reste locale; la parotide ne paraît pas influencée, et c'est seulement dans la glande qui a reçu l'injection et aussi dans la glande sublinguale qui lui est contiguë que la sécrétion se rétablit.

— M. *Fournier* présente des échantillons de chlorhydrate de Gelsémine cristallisé, et préparé par un procédé qui en assure la pureté. Ce produit pourra servir à étudier les propriétés physiologiques du *Gelsemium sempervirens*, mieux que ne le permettaient jusqu'à présent les gelsémines plus ou moins mélangées qui venaient d'Allemagne ou d'Angleterre.

SÉANCE DU 3 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

Lésions expérimentales du pont de Varole : M. Brown-Séquard. — Angiomes caverneux chez les chiennes : M. Trasbot. — Action vasculaire comparée des anesthésiques et du nitrite d'amyle : M. François-Franck. — Des moyens de mesurer les limites de la vision distincte : M. Prompt. — De la lécithine dans les dégénérescences graisseuses : M. Dastre.

M. *Brown-Séquard*. L'anesthésie déterminée à gauche chez un animal dont on a lésé le pont de Varole à droite peut être remplacée par de l'hyperesthésie, si l'on vient à pratiquer une hémisection gauche de la moelle. Des faits analogues se produisent pour le mouvement. Si, on coupe le corps strié droit, on voit apparaître le plus souvent une hémiplégie croisée; si alors on sectionne à droite le pont de Varole, la paralysie gauche disparaît et l'hémiplégie passe à droite. Ces faits se sont répétés assez exactement dans trente expériences consécutives. Le pont de Varole semble donc se comporter comme la moelle : à quelle hauteur cette similitude de fonctions cesse-t-elle ? Chez la plupart des animaux c'est au point d'émergence des pédoncules cérébraux : là est une sorte de point ou de zone neutre très-restreinte dont la lésion produit l'hémiplégie tantôt directe et tantôt croisée. Comme détail accessoire, M. Brown-Séquard indique la production d'hémorrhagies dans les méninges rachidiennes chez les animaux qu'il a soumis à ces expériences. Cet écoulement de sang peut bien dans quelques cas dépendre du traumatisme même, mais plus souvent la disposition isolée des foyers hémorrhagiques, leur siége dans l'épaisseur même des membranes amènent à les rapporter au même mécanisme que les hémorrhagies pulmonaires, cardiaques, rénales, intestinales si souvent observées en pareilles circonstances.

— M. *Trasbot* présente des préparations histologiques de deux tumeurs enlevées à des chiennes : il s'agit d'angiomes caverneux qui siégeaient l'un à la mamelle, l'autre à la vulve. Ce dernier est un véritable mélange d'angiome et d'adénome. On n'avait pas soupçonné avant l'opération sa nature vasculaire ; il avait toutes les apparences d'un polype.

— M. *François-Franck*. Quand on fait respirer à un animal, chien, chat ou lapin, des vapeurs de chloroforme, en supprimant autant que possible l'irritation des muqueuses nasale et laryngée par la trachéotomie, on observe au bout d'un temps variable une chute très-notable de la pression artérielle; le même phénomène s'observe avec le nitrite d'amyle administré également par la voie trachéale.

Cette chute de pression a été attribuée dans l'un et l'autre cas à une dilatation vasculaire : l'observation directe montre qu'il en est bien ainsi.

Mais on n'a pas établi de différence entre le mécanisme de la dilatation des vaisseaux produite par le chloroforme et celui de la dilatation produite par le nitrite d'amyle : les expériences dont je soumets les résultats à la Société montrent cependant que cette différence existe. Je l'ai constatée par le procédé suivant : comme on le sait, l'excitation du bout central d'un nerf sensible, comme le nerf sciatique, mais tout particulièrement le nerf laryngé supérieur, produit un resserrement réflexe des vaisseaux qui est très-énergique sur un animal normal, quand aucune cause capable d'atténuer ce phénomène n'intervient.

Or, si on répète l'expérience chez un animal ayant absorbé une quantité de chloroforme ou d'éther suffisante pour faire tomber sa pression artérielle de plusieurs centimètres de mercure et pour amener le collapsus anesthésique, on constate la disparition complète du resserrement vasculaire réflexe. Dans ces conditions l'excitation directe d'un nerf vaso-constricteur, comme le sympathique du cou, reste sans effet sur les vaisseaux innervés par le nerf : par conséquent la dilatation vasculaire produite par le chloroforme doit être considérée comme la conséquence *d'une paralysie vaso-motrice*.

Quand, au contraire, on répète l'excitation du bout central du nerf laryngé supérieur sur un animal dont la pression artérielle est tombée et les deux vaisseaux périphériques se sont dilatés à la suite de l'absorption du nitrite d'amyle, on constate que le resserrement vasculaire réflexe a conservé son énergie : on fait ainsi remonter la pression générale de 8 cent. Hg. par exemple à 14 chez le chat, de 8 à 16 chez le chien. Il faut dès lors admettre que la dilatation vasculaire produite par le nitrite d'amyle n'est point comme la précédente une *dilatation paralytique* : la conservation du réflexe vaso-moteur constricteur implique l'intégrité des appareils nerveux centraux, des cordons vaso-moteurs, de leurs appareils périphériques et des muscles vasculaires. Nous sommes ainsi amenés à considérer cette dilatation consécutive à l'absorption du nitrite d'amyle comme le résultat de l'action momentanément prédominante des appareils nerveux vaso-dilatateurs.

J'ajouterai que cette action paraît s'exercer à la périphérie, car on l'observe dans les deux glandes sous-maxillaires dont l'une a été séparée des centres nerveux par la section de la corde du tympan.

On peut donc exprimer la différence que je viens de signaler en disant que la dilatation vasculaire produite par l'action du chloroforme ou de l'éther est une *dilatation paralytique*, tandis que celle déterminée par le nitrite d'amyle est une *dilatation active*.

Étant donné le fait de la paralysie vaso-motrice produite par de fortes doses de chloroforme, on comprend qu'il soit possible de suivre la perte graduelle de l'activité des vaso-moteurs en interrogeant successivement aux différentes périodes de l'anesthésie l'excitabilité directe ou réflexe de l'appareil vaso-moteur constricteur. C'est en faisant cette recherche que j'ai constaté un certain nombre de faits nouveaux qui seront soumis en détail à la Société et parmi lesquels je ne veux pour le moment indiquer que le suivant : A mesure que s'accentue l'action paralysante de l'anesthésique sur l'appareil vaso-moteur, on constate une augmentation parallèle du retard du resserrement vasculaire sur le début de l'excitation directe ou réflexe. Ainsi dans une expérience dont je présente les tracés, on voit que le resserrement réflexe des vaisseaux carotidiens, explorés avec un manomètre appliqué au bout périphérique d'une carotide, retarde chez l'animal intact de 7/10e de seconde sur le début de l'excitation du bout central du laryngé supérieur. Plus tard, quand le resserrement réflexe a été très-atténué par l'anesthésique, le retard est de 2 secondes 2/10e. On peut ainsi constater le parallélisme de ces deux phénomènes. *Diminution du resserrement vasculaire, augmentation du retard*. Ce point doit être rapproché du fait étudié par M. Marey sur les muscles de la vie de relation : il a vu que l'affaiblissement de la secousse musculaire, produit par la fatigue, par le froid, par la suppression du sang artériel, etc., coïncide avec une augmentation du temps perdu du muscle.

Je dirai en terminant, à propos du nitrite d'amyle, que cette substance, qui dilate si énergiquement les vaisseaux, produit en même temps et très-rapidement une altération profonde du sang, ce qui permet de comprendre un certain nombre de phénomènes observés pendant l'action du nitrite d'amyle. L'altération du sang bien connue depuis les travaux de Gamgee et démontrée ici même par les recherches de M. Rabuteau, de MM. Jolyet et Regnard, consiste en une modification très-stable de l'hémoglobine qui, en présence de ce nitrite comme de tout autre, devient incapable d'absorber de l'oxygène : l'asphyxie survient par un procédé analogue à celui que Cl. Bernard a indiqué pour l'oxyde de carbone.

C'est cette altération *asphyxique* du sang qui explique la coloration violacée des muqueuses; c'est elle également qui rend compte de l'absence d'élévation superficielle de la température malgré la grande dilatation vasculaire périphérique : le sang étant devenu impropre à entretenir les actes nutritifs, l'animal se refroidit au centre, non pas seulement parce qu'il perd davantage par rayonnement, mais aussi parce qu'il fait moins de chaleur.

— M. *Prompt* décrit une expérience des plus simples qui permet de mesurer les limites de la vision distincte. Il suffit de considérer une surface divisée en rectangles très-allongés alternativement blancs et noirs, et de placer immédiatement devant la pupille au niveau des cils une épingle tenue parallèlement au long côté de ces rectangles. On fait alors varier la distance qui sépare l'œil de la surface considérée : toutes les fois que celle-ci arrive en deçà ou au delà des limites de la vision distincte, on voit une image de l'épingle, une petite ligne noire se détacher sur les rectangles blancs. Entre ces limites, au contraire, on ne voit rien autre chose que les figures géométriques en question. Si dans ces expériences on déplace l'épingle parallèlement à ces surfaces, tout en la maintenant près de l'œil, l'ombre qu'elle projette se déplace également, mais en sens opposé suivant les cas : dans la direction que suit l'épingle si les surfaces considérées sont au delà de la vision distincte; dans la direction contraire si elles sont en deçà. Ces faits faciles à expliquer ont amené M. Prompt à construire un optomètre dont les éléments essentiels sont tout à fait semblables à ceux de l'expérience qui vient d'être rappelée : on peut mesurer ainsi la presbytie et la myopie, et même, en substituant une surface comprenant une série de petits carrés blancs et noirs disposés en échiquier, on pourrait mesurer l'astigmatisme; mais ce dernier point est contesté par M. Javal.

— M. *Dastre*, en son nom et au nom de M. Morat, donne les premiers résultats d'une série de travaux entrepris sur les dégénérescences graisseuses. A la suite d'empoisonnements par le phosphore chez des animaux, ils ont trouvé, en étudiant les viscères au microscope à la lumière polarisée, non pas de la graisse, mais de la lécithine, corps qui diffère de la graisse en ce qu'il contient du phosphore. Ce fait peu étonnant dans cette circonstance s'est reproduit à la suite d'empoisonnements par l'arsenic; et même chez l'homme, des viscères qui avaient subi une dégénérescence due à l'alcoolisme, des reins atteints de néphrite mixte ont présenté de la lécithine. Dans tous ces cas, le phosphore de la lécithine ne peut provenir que des phosphates de l'organisme.

X. ARNOZAN.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

Blatta orientalis : M. Constantin Paul. — De l'électropuncture : M. Moutard-Martin. — De l'acupuncture : M. Constantin Paul. — Mort de M. le professeur Gubler : Discours de M. Féréol.

M. *Constantin Paul* présente des échantillons de *Blatta orientalis*, substance dont il a entretenu la Société dans la dernière séance. C'est une poudre qui rappelle la poudre de cantharide ou d'ergot de seigle : au microscope, on trouve des morceaux de carapace d'insectes et des cristaux mal définis. Cette substance est peu soluble dans l'eau, assez soluble dans l'éther. Quant aux cristaux, M. Constantin Paul a voulu savoir s'ils n'étaient pas formés par du nitrate de potasse; ce qui du reste était vraisemblable, ces animaux, d'une part, vivant le long des murs humides où ils auraient pu accumuler cette substance, et d'autre part, produisant une substance diurétique, analogue aux propriétés du nitrate de potasse ; mais il ne peut l'affirmer. La conclusion de M. Constantin Paul est que ce médicament ne présente aucun avenir ; il était bon toutefois de faire la contre-partie des nombreux mémoires affirmatifs publiés en Russie et surtout en Allemagne dans ces derniers temps.

— M. *Moutard-Martin* rappelle à la Société la malade atteint d'anévrysme brachio-céphalique qui a fait l'objet d'une première communication. A la suite de la seconde opération d'électropuncture faite par M. Dujardin-Beaumetz, l'amélioration avait été telle que non-seulement la douleur, mais aussi la toux et le cornage avaient disparu.

Après les résultats de cette seconde opération, la malade sortit de l'hôpital ; au bout de quatorze jours elle y rentra dans un état plus grave qu'au moment de sa première entrée ; non-seulement on constatait de la toux et du cornage, mais de la cyanose qui indiquait une compression plus prononcée des voies respiratoires. La tumeur avait augmenté de volume, les battements et le bruit de souffle étaient plus intenses ; l'état était donc plus grave qu'à aucun moment de la maladie, aussi une nouvelle opération était-elle nécessaire, surtout après les premiers résultats obtenus à la suite des deux opérations précédentes ; ce matin même, M. Dujardin-Beaumetz a procédé à une troisième opération dont M. Moutard-Martin fera connaître les résultats à la prochaine séance.

— M. *Constantin Paul* présente à la Société les aiguilles à acupuncture japonaises qui lui ont servi dans ses diverses opérations d'anévrysme. Ces aiguilles très-longues et extrêmement fines sont en or ou en argent : elles sont flexibles, et présentent à leur pointe un léger renflement qui les fixe dans les régions où elles ont pénétré. Leur introduction, malgré la flexibilité de l'aiguille, est facile dans le tissu cellulaire et les muscles, elle est plus délicate au moment où on arrive sur les parois mêmes de la poche ; il faut alors employer un procédé qu'indique M. Constantin Paul. Ce procédé consiste à imprimer à l'aiguille de légers mouvements et oscillations au moment où on pénètre dans les tissus plus denses.

— M. *Féréol*, communiquant à la Société une dépêche annonçant la mort du professeur Gubler, se fait dans les termes suivants l'interprète de la Société pour exprimer les regrets que lui inspire la perte d'un de ses membres les plus assidus et les plus actifs :

« Depuis notre dernière réunion, nous avons eu le malheur de perdre un des membres les plus éminents de notre Société, dont il avait été l'un des fondateurs et l'un des premiers présidents. M. le professeur Gubler, dont la santé nous inspirait de si vives inquiétudes, vient de succomber à la cruelle maladie qui le retenait depuis plusieurs mois éloigné de ses amis. Ce n'est pas ici le lieu de retracer sa vie, trop tôt brisée, mais si bien remplie, les travaux, et la haute position scientifique d'un homme qui semblait, il n'y a pas longtemps encore, en droit de compter sur un long avenir. En face d'un deuil si récent, et qui nous touche de si près, je veux seulement rendre un légitime et bien faible hommage à notre éminent collègue. Je le lui dois d'abord comme président de cette Société à laquelle il a donné, nos Bulletins en font foi, tant de preuves de son zèle et de son attachement, et dont il était, toutes les fois que ses autres devoirs si multiples et si importants le lui permettaient, un des membres les plus

assidus et les plus actifs; je le lui dois aussi, comme l'un de ses plus vieux disciples, et vous me permettrez bien, messieurs et chers collègues, d'ajouter à l'expression de vos regrets profonds et sincères, dont je ne suis ici que l'interprète, celle de la douleur personnelle que j'éprouve en disant l'éternel adieu à un homme qui a été l'un des maîtres les plus aimés de ma jeunesse.»

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

De la langue noire (glossophytie), par M. le docteur A. Dessois. In-8° de 38 pages. — Paris, 1878. O. Doin.

Cette thèse est fort courte, cependant très-intéressante à consulter, d'abord parce qu'elle rappelle les observations de langue noire qui ont récemment appelé l'attention sur cette singulière affection, et ensuite parce qu'elle contient une observation nouvelle avec examens histologiques, descriptions et dessins, faits sous le contrôle de M. Malassez, au Collége de France; nous avons pu examiner quelques-unes de ces préparations, et nous avons eu l'occasion de vérifier l'exactitude de ces descriptions chez une malade atteinte de cette même affection. C'est pourquoi nous voulons reproduire les conclusions de l'auteur, à savoir que la coloration noire, avec hypertrophie des papilles linguales, coexiste toujours avec la présence d'un parasite végétal. Cette coloration doit être rapportée au microphyte lui-même, qui la communique aux gaînes épithéliales allongées des papilles. L'hypertrophie papillaire, dont l'existence préalable à un certain degré, par suite d'une idiosyncrasie, présentait une condition favorable à l'implantation du parasite, est due principalement à l'irritation nutritive causée par ce cryptogame. Le microphyte étant la cause de l'hypertrophie de l'épithélium papillaire et de la coloration, M. Dessois propose une dénomination rappelant cette influence génératrice, c'est-à-dire que la *glossophytie* est la maladie causée par le *glossophyton* ou champignon de la *langue noire*.

Les indications thérapeutiques résultant de cette étude de la pathogénie de l'affection consistent dans l'emploi du borax et du chlorate de potasse comme moyen de desquamation, le raclage, les lotions ou pulvérisations avec une solution de sublimé à 1/500; en outre, l'usage interne des alcalins comme moyen d'enlever l'acescence de la bouche.

Chirurgie de guerre. Manuel de pansements et d'opérations, par M. le docteur Fréd. Esmarch, traduit par M. le docteur Rouge. In-8 de 316 pages. — Paris, 1879. J.-B. Baillière et fils.

Ce manuel de chirurgie convient plus particulièrement aux médecins militaires; mais, par sa forme concise et précise, grâce à un luxe remarquable de figures et de chromolithographies, il peut rendre des services à tous ceux qui étudient la médecine opératoire. En lisant ces exposés méthodiques très-simples, mais parfaitement à la hauteur de la science chirurgicale la plus moderne, l'on comprend que ce manuel ait été couronné par un jury international à l'exposition de Vienne. En se plaçant sous l'égide de la croix rouge, M. Esmarch a montré qu'il s'adressait plus particulièrement aux Sociétés de secours en temps de guerre, et, sous ce rapport, son œuvre mérite de grands éloges.

VARIÉTÉS

Le cours de clinique mentale. — Conseil général.

(Séance du 1er mai 1879.)

M. *Bourneville* présente un rapport sur un projet présenté par le ministre de l'instruction publique en vue d'installer la clinique de pathologie mentale à l'Asile Sainte-Anne. La commission, persuadée que l'enseignement clinique de la pathologie mentale est indispensable, a le devoir de montrer qu'il serait possible de concilier l'intérêt de l'enseignement et celui du département. Dans ce but, le département pourrait autoriser l'État à construire à ses frais, sur un terrain d'une contenance d'un hectare environ, situé rue d'Alésia, en face de l'Asile, un pavillon pour une cinquantaine de lits, et qui formerait pour ainsi dire une annexe de l'Asile Sainte-Anne. Cette annexe serait pourvue de malades par le bureau d'admission, comme les autres asiles; les malades seraient entretenus aux frais du département et, de plus, le professeur pourrait, d'accord avec les médecins de l'établissement, faire venir à sa clinique les malades paisibles qui lui paraîtraient offrir un intérêt général au point de vue de l'instruction des élèves. De la sorte, l'État serait chez lui et les services ne seraient pas désorganisés.

M. *Loiseau* proteste contre le projet présenté par le ministre. En ce qui concerne l'emplacement choisi pour l'établissement de la clinique mentale, M. Loiseau estime que ce n'est pas sur les terrains de la rue d'Alésia qu'il faudrait construire les bâtiments nécessaires : on ne pourrait y placer qu'un nombre trop restreint de malades pour faire un cours intéressant, susceptible d'attirer un grand nombre d'auditeurs.

Il faut mettre à la disposition du professeur un local plus vaste pouvant contenir deux cents malades. Les deux pavillons neufs placés en dehors de l'Asile Sainte-Anne proprement dit, à gauche du bureau d'admission, paraissent parfaitement propres à cette destination. M. Loiseau présente, en conséquence, un contre-projet tendant à mettre ces deux pavillons à la disposition du ministre de l'instruction publique pour l'établissement de la clinique des maladies mentales. Une salle de cours et un laboratoire y seront annexés par les soins du ministre de l'instruction publique.

M. *Bourneville* ne veut pas examiner le contre-projet de M. Loiseau; il se borne à faire remarquer que le bureau d'admission ayant été reconnu insuffisant, c'est pour cela qu'on y a adjoint les deux pavillons nouveaux, et cette insuffisance est reconnue par tout le monde, même par les instructions ministérielles. On a pensé, même au ministère, non pas à ces deux pavillons, mais à l'un d'eux, et voici comment M. le ministre apprécie cette combinaison : « Ce pavillon ne se prêterait qu'à une sorte de classement rudimentaire des malades. Cependant, pour 90 places de malades, on ne saurait, d'après l'avis de l'architecte, évaluer la dépense d'appropriation provisoire à moins de 100 000 francs, sans compter les frais de remise en état lors de l'installation définitive. »

M. *le Préfet de la Seine* dit que si le conseil vote l'impression du rapport de M. Bourneville et du contre-projet de M. Loiseau, il serait préférable d'ajourner le vote à la prochaine séance. M. le préfet rappelle que depuis deux ans un professeur des maladies mentales a été nommé; depuis ce temps, ce professeur n'a pas pu trouver une clinique pour faire son cours. Cette situation ne peut durer. La question n'est pas insoluble. Le ministre repousse le projet propose par le conseil général en raison de la dépense considérable; mais il peut y avoir une combinaison intermédiaire à proposer. Ce que le préfet désire, c'est que de la délibération du conseil sorte, autant que possible, une solution affirmative et non pas seulement une négation. Il a besoin, pour bien conduire les négociations ultérieures, de connaître le sentiment du conseil général qui, en définitive, restera maître de la solution.

M. *Thulié* constate que le conseil n'a pas l'intention d'entraver l'établissement d'une chaire nouvelle. Un premier projet du ministère a été repoussé par le conseil qui a offert de donner gratuitement un terrain à la condition qu'il y serait bâti un petit hospice destiné à établir une clinique de pathologie mentale. Cette clinique, en effet, n'a pas besoin de contenir de nombreux aliénés; il suffit que les divers types y soient représentés, cinquante ou soixante lits sont suffisants. Le terrain offert semblait d'assez grande contenance. D'ailleurs, il faut s'efforcer, dans l'établissement de maisons hospitalières, d'épargner les finances de la ville.

L'impression du rapport de M. Bourneville et du contre-projet de M. Loiseau, ainsi que le renvoi de la discussion à la prochaine séance, sont prononcés. Il est de plus entendu que cette affaire figurera en tête de l'ordre du jour.

— Dans la séance suivante, après des observations présentées par MM. Loiseau, Thulié, le rapporteur, les conclusions de la commission ont été adoptées, ainsi qu'un article additionnel déposé au cours de la discussion par M. de Lanessan, ainsi libellé : « Le conseil général abandonne, pour le service du professeur de cli-

nique mentale, l'un des deux pavillons neufs de l'asile Sainte-Anne. »

STATUE DE PINEL. — Le *Conseil général* a voté une subvention de 2000 francs à la Société chargée de l'érection de la statue de Pinel, et émis le vœu qu'elle soit élevée sur la place de la Salpêtrière.

APPEL AUX MÉDECINS ET AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS ET DE LA PROVINCE.

Il s'est formé à Paris un comité français de secours aux inondés de Szegedin, ville de Hongrie, détruite par un débordement de la Theiss. Au nombre des membres de ce comité, se trouve un groupe de médecins qui se croient autorisés à faire appel à l'esprit de charité de leurs confrères. La France studieuse n'a pas oublié que, pendant les désastres de 1870-1871, elle a reçu de nombreux témoignages de sympathie, et que nos soldats prisonniers et malades en Allemagne ont été chaleureusement secourus par la bienfaisance des magyars.

La souscription ouverte en faveur des inondés hongrois, si bien accueillie par tous nos concitoyens, trouvera de chauds partisans parmi nos confrères et la jeunesse de nos écoles. Nous venons leur demander de tendre une main secourable à un pays où le nom de la France est dans tous les cœurs.

BALL, BROCA. KRISHABER, baron LARREY, PETER.

NOTA. Les souscriptions sont reçues dans tous les bureaux de la *Société générale* à Paris et en province. Les noms des souscripteurs sont publiés dans le *Journal officiel*. On peut souscrire également au bureau de la *Gazette hebdomadaire*.

— Le bureau de santé de l'empire allemand, bureau établi à Berlin, fait publier que, d'après les rapports du professeur Hirsch, il est hors de doute que l'épidémie qui a éclaté sur le Volga, et qui est maintenant terminée, était la peste bubonique (*Beulenpest*), et qu'il y a certaines probabilités pour que la guerre d'Asie ne soit pas étrangère à la marche et au développement du fléau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nous avons annoncé, dans notre dernier numéro, que le vote qui a eu lieu à la Faculté de médecine de Paris, pour la nomination d'un professeur de pathologie générale, avait donné 17 voix à M. Bouchard et 13 à M. Hayem. Nous ajoutons que M. Maurice Raynaud avait obtenu 2 voix.

— M. G. Hayem, agrégé désigné pour faire cette année le cours de thérapeutique a commencé ses leçons le mardi 6 mai, à cinq heures, et les continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure. M. Hayem a choisi comme sujet de cours : « Les grands médicaments. »

BUREAU CENTRAL. — *Concours pour deux places de chirurgien du Bureau central.* — Voici les noms des membres du jury : MM. Broca, Gosselin, de Saint-Germain, Maisonneuve, Marc Sée, Lucas-Championnière, Vidal.

EXERCICE DE LA MÉDECINE. — Un décret en date du 3 mai 1879, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, a réglementé aux îles Saint-Pierre et Miquelon l'exercice de la médecine, de la pharmacie et de la profession d'accoucheuse.

QUARANTAINE. — Le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décider la suppression de la quarantaine appliquée aux provenances du littoral de l'empire ottoman, et le maintien, jusqu'à nouvel ordre, d'une observation de vingt-quatre heures contre les provenances des ports russes des mers Noire et d'Azoff, avec désinfection des objets suspectés.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — Pendant le premier trimestre de 1879, 1383 malades ont été soignés par le service médical de nuit, dans la ville de Paris.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer les médecins du XIe arrondissement que le dimanche 18 mai 1879 il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à deux heures.

VACANCE DES FONCTIONS DE BOURREAU. « On assure, lisons-nous dans le *Journal des Débats*, que le nombre des postulants à la succession de M. Roch aurait été de 568, parmi lesquels 21 cochers et 87 *médecins*. Le nouvel exécuteur étant déjà nommé, toutes ces demandes ont été rejetées. » Cette nouvelle est absolument inexacte et n'était sans doute qu'une plaisanterie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Par décrets en date du 1er avril 1879, la chaire d'histoire naturelle et matière médicale, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, prend le titre de chaire d'histoire naturelle; la chaire de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie prend le titre de chaire de chimie et toxicologie; la chaire de pharmacie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Par décrets en date du 15 du même mois, la chaire d'anatomie descriptive, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, prend le titre de chaire d'anatomie; la chaire de pathologie externe prend le titre de chaire de pathologie externe et médecine opératoire; la chaire d'histoire naturelle médicale prend le titre de chaire d'histoire naturelle; la chaire de thérapeutique prend le titre de chaire d'hygiène et thérapeutique.

Il est créé à ladite Ecole une chaire de chimie et toxicologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — Par décrets en date du 15 avril 1879, la chaire de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens prend le titre de chaire de pathologie externe et de médecine opératoire; la chaire de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale prend le titre de chaire d'hygiène et thérapeutique.

Il est créé à ladite Ecole une chaire d'histoire naturelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie vient de nommer membres honoraires : MM. Fauvel, médecin à Paris; Pasteur, membre de l'Académie des sciences, et Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous annonçons avec regret la mort du docteur Castara (de Lunéville), chevalier de la Légion d'honneur, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de cette ville.

HÔPITAL DU MIDI. — M. le docteur Charles Mauriac commencera ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le samedi 17 mai, à 9 heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 24 avril au 1er mai 1879, on a constaté 1128 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 22. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 1. Variole, 24. — Croup, 15. — Angine couenneuse, 19. — Bronchite, 78. — Pneumonie, 105. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 12. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 5. — Erysipèle, 4. — Autres affections aiguës, 270. — Affections chroniques, 474 (dont 182 dus à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 40. — Causes accidentelles, 30.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 15 mai 1879.

LA PLEURÉSIE AIGUE MULTILOCULAIRE. — RÉCLAMATION DE M. JACCOUD.

M. le professeur Jaccoud nous a fait l'honneur de nous écrire pour protester qu'en citant Monneret, dans sa communication à l'Académie de médecine, il n'avait fait que reproduire les idées professées par son éminent prédécesseur. « Évidemment, nous écrit M. Jaccoud, vous n'avez pas tenu compte de la date dont j'ai fait suivre son nom; si vous vous étiez reporté au mémoire répondant à cette date, vous y auriez trouvé la preuve que Monneret a bien exprimé l'opinion que je lui ai prêtée, car vous auriez lu : 1° la conclusion suivante : la vibration thoracique est très-marquée dans la pneumonie, la congestion, l'œdème pulmonaires, dans les tubercules crus et disséminés, enfin dans les pleurésies avec adhérences et sans épanchement; 2° dans le corps du mémoire : l'ondulation thoracique n'est pas modifiée de la même manière dans les pleurésies avec épanchement de liquide ou avec adhérences pseudo-membraneuses. Dans ces dernières, elle est presque naturelle si les fausses membranes sont molles, récentes et peu épaisses; *si, au contraire, elles relient solidement le poumon à la paroi costale, et s'il n'y a pas de liquide, la vibration acquiert une intensité très-grande.* Voilà ce qu'a dit Monneret dans son mémoire de 1848 (*Mémoire sur l'ondulation pectorale dans l'état physiologique et dans les maladies*, in *Revue médico-chirurgicale*, octobre 1848), et voilà ce que je lui ai fait dire à cette même date de 1848. Qu'il ait plus tard changé d'opinion, cela importe peu pour mon exactitude, puisque j'ai indiqué à quelle date je le cite. »

Nous commencerons par reconnaître non-seulement, comme nous le demande M. Jaccoud, que les phrases qu'il nous oppose se trouvent textuellement imprimées dans le mémoire auquel il nous renvoie, mais encore que Monneret, dans les citations que nous avons faites, a manqué d'exactitude en rappelant ce travail de 1848, alors qu'il affirmait, au contraire, en 1861, que les vibrations thoraciques étaient *toujours* abolies ou notablement diminuées dans les cas d'adhérence médiate *ou immédiate* du poumon avec la paroi pectorale. Mais nous le demandons à tous les esprits honnêtes et sérieux, et par conséquent à M. Jaccoud, n'est-il pas évident que Monneret, ayant développé, dans son *Traité de pathologie interne*, écrit en 1861, les idées que nous avons exprimées en citant textuellement ses paroles, ne peut plus être considéré aujourd'hui comme le représentant des idées opposées qu'il a pu émettre en 1848? M. Jaccoud était-il dès lors bien inspiré en ne citant que ses premières allégations sans tenir aucun compte des réfutations que Monneret s'était appliqué avec tant de soin à formuler lui-même? Monneret affirme en 1861, après une longue expérience, que la vibration thoracique est nulle ou à peine sensible dans les points qui correspondent aux adhérences médiates ou immédiates du poumon avec la paroi pectorale. Il prend même la peine d'ajouter que, si l'on ne comprend pas qu'une disposition anatomo-pathologique qui semble établir une continuité plus parfaite entre les différentes parties de la poitrine et le corps sonore (le larynx) soit précisément une cause qui anéantisse l'ondulation pectorale, *rien cependant n'est mieux démontré pour lui que ce fait de diagnostic.* S'il a le tort d'ajouter que ces observations ont été faites par lui dès l'année 1848, et qu'il se borne à reproduire, en 1861, ce qu'il avait constaté treize années auparavant, ne faut-il point reconnaître cependant que cette dernière opinion, mûrement réfléchie, exprime la théorie à laquelle il s'est définitivement arrêté?

Si donc nous avons déclaré que Monneret n'avait pas, au sujet de la valeur des vibrations thoraciques, les idées que

FEUILLETON

Ambroise Paré (1510-1590).

LA DATE DE SA NAISSANCE. — SA FAMILLE. — SA DEMEURE. — SA RELIGION. — SES ŒUVRES.

[Ce travail était déposé à la *Gazette hebdomadaire*, quand elle fit paraître une série d'articles de M. Emile Bégin sur Ambroise Paré. Au sujet de ces articles, je me contenterai de faire remarquer que le voyage d'Ambroise Paré dont il y est question a eu lieu, non à *Dourdan-sur-Orge* (Seine-et-Oise), mais bien à *Dourlan, Durlentium, Dourlens*, aujourd'hui *Doullens* (voy. *Gaz. hebd.*, n° 1 de janvier 1879, p. 6.).]

I. Quand il s'agit d'Ambroise Paré, on est heureux de trouver le monument littéraire élevé par J.-F. Malgaigne à la gloire du grand chirurgien du seizième siècle (*Œuvres complètes*, 3 vol., 1840). L'étude si connue et si remarquable sur sa vie et ses œuvres, qui forme la troisième partie de l'introduction (pages CCXXIII à CCCLI), tout en étant digne d'éloges mérités, n'est pas cependant sans quelques erreurs et quelques omissions sur les points que je viens d'indiquer. C'est pour corriger les unes et réparer les autres que ce petit travail a été entrepris.

L'erreur principale a été de fixer l'époque de la naissance d'A. Paré à l'année 1517. Et malheureusement, sous l'autorité de l'éminent professeur, elle a été acceptée et propagée par tous les historiens qui ont écrit depuis 1840. Jusque-là on avait cru, et j'espère qu'on croira encore, d'après Pierre de l'Estoile, que « maistre Ambroise Paré, chirurgien du roy, mort le jeudi 20 décembre 1590, la veille de la saint Thomas, à Paris, en sa maison, à l'âge de quatre-vingt ans, » était né en 1510. Pourquoi Malgaigne a-t-il refusé de se ranger à l'opinion commune? Uniquement parce que les dates des divers portraits d'A. Paré, qui se trouvent en tête de la plu-

lui attribue M. Jaccoud, nous en avions le droit; car nous devions conclure de la lecture des passages que nous avons cités qu'une plus longue expérience avait dû l'éclairer, et que les controverses qu'il avait eues avec Grisolle l'avaient engagé à observer avec plus de soin et d'attention, de manière à les mieux définir, les conditions dans lesquelles se propagent ou se suppriment les vibrations du thorax. Aux yeux de tous ceux qui tiennent à reproduire fidèlement les opinions d'un auteur classique, Monneret nous paraît donc encore devoir être considéré non comme le fondateur de la doctrine qui vient d'être rappelée à l'Académie, mais bien comme son adversaire. Or, c'est là précisément la seule idée que nous ayons exprimée à ce sujet.

Nous regrettons de ne pouvoir nous rendre davantage aux raisons que nous donne M. Jaccoud pour affirmer, sinon l'exactitude (elle n'a jamais été contestée), du moins l'autorité de sa citation. « Du reste, ajoute-t-il, si j'ai fait cette citation et non pas une autre, c'est pour rendre hommage à notre compatriote, car son opinion de 1848, admise et formulée d'une manière plus générale en 1854 par Wintrich, est devenue justement classique sous le nom et par l'autorité de ce dernier, et l'on a trop souvent oublié que la conclusion de Monneret en 1848 était le véritable point de départ de cette manière de voir. »

Ici encore nous différons d'avis avec l'honorable académicien. Monneret ayant affirmé, dans un livre justement classique qui résume son enseignement, des idées contraires à celles que lui prête M. Jaccoud; Monneret, qui les a affirmées après avoir déclaré, dans sa préface, qu'il éviterait avec soin de citer des faits douteux ou des théories hasardées, ne peut être considéré comme le parrain de la théorie qu'il a combattue en 1861. Ceux qui admettent l'hypothèse que défend aujourd'hui M. Jaccoud nous paraissent donc avoir raison quand ils l'attribuent à Wintrich et non à Monneret. Quant à cette théorie elle-même, elle ne nous paraît pas aussi nettement démontrée ni surtout aussi classique que le déclare M. Jaccoud. Nous persistons, au contraire, à penser que, *dans le plus grand nombre des cas*, les vibrations thoraciques sont atténuées lorsqu'il existe des fausses membranes épaisses reliant le poumon à la paroi costale. S'il nous fallait citer encore Monneret et le mémoire de 1848 auquel nous renvoie M. Jaccoud, nous lui ferions remarquer que, dans la page d'où il a extrait le passage qu'il nous oppose, Monneret déclare que « l'ondulation pectorale reste longtemps affaiblie ou nulle dans le côté de la poitrine qui a été atteint de pleurésie avec épanchement, » et que les faits qu'il cite (en 1848) pour appuyer à cette époque l'hypothèse de la persistance des vibrations sont deux cas de pleurésie très-ancienne avec retrait considérable du thorax et adhérences constituant, avec la paroi costale « une double enceinte solide que le son traverse avec une grande facilité ». Ces faits sont-ils comparables à ceux que M. Jaccoud a exposés devant l'Académie? Nous le répétons: rien n'est plus difficile que de tirer de l'existence ou de l'absence des vibrations dans les pleurésies chroniques des lois immuables. Rien ne nous semble plus hypothétique que les assertions qui viennent d'être émises à cet égard. Rien ne ressemble moins à la doctrine défendue par Monneret, en 1848, comme en 1861, que la théorie des vibrations transmises à la paroi pectorale par des fausses membranes tendues sous la pression du liquide qu'elles contiennent. Nous aurons d'ailleurs l'occasion, si la discussion soulevée par le travail de M. Jaccoud se continue devant l'Académie, de revenir sur ce sujet. Qu'il nous suffise d'avoir établi que nous avions consciencieusement et sérieusement exposé les idées émises par Monneret. Nous différons, il est vrai, d'avis avec son honorable successeur dans la chaire de pathologie interne; mais cette divergence d'opinion tient à ce qu'il n'a cité que le mémoire écrit en 1848 par Monneret, tandis que nous avons recherché dans son traité publié en 1861 l'ensemble de ses idées sur un sujet qu'il a pendant de longues années très-sérieusement étudié.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contribution a l'étude de la méningite compliquant la pneumonie, avec quatre observations, par MM. H. Barth et A. Poulin, internes des hôpitaux.

L'inflammation des méninges survenant dans le cours de la pneumonie n'est pas un fait absolument rare, et on le trouve assez souvent mentionné parmi les complications possibles de cette maladie. Grisolle, dans son *Traité de la pneumonie*, signale l'infiltration purulente des méninges, qu'il a rencontrée huit fois à l'autopsie dans des cas de pneumonie avec délire; mais il se borne à citer ces faits sans ajouter aucun détail. Andral a vu également l'inflammation méningée survenir dans plusieurs cas de pneumonie. Durand-Fardel, bien qu'il n'admette pas la méningite vraie comme complication des phlegmasies pulmonaires, reconnaît cependant avoir vu plus d'une fois des traces manifestes d'irritation méningée.

---

part de ses ouvrages, ne concordent pas. Il les met soigneusement en regard les unes des autres, se complait en quelque sorte à augmenter leur confusion, et arrive à ce résultat incroyable, p. CCXXV : « C'est que Paré n'était pas sûr de son » âge, qu'il accusait successivement pour date de sa naissance » les années 1510, 1514, 1516, 1518. La date de 1516 est » celle qu'il adoptait dans son âge mûr; les trois autres, adop- » tées tour à tour par lui dans sa vieillesse, semblent accuser » un affaiblissement de mémoire qui ne permet pas de leur » accorder grande confiance. » Nous verrons bientôt que ce sont justement les dates des derniers ouvrages qui seules sont exactes. « Tel était le point où j'étais arrivé, ajoute Malgaigne, lorsque me sont parvenus les renseignements de M. E. Bégin, qui tranchent la difficulté; A. Paré était véritablement né en 1517. » Et alors on s'attend à voir Malgaigne établir la valeur de ces renseignements. Vain espoir! il se borne à dire, ouvrage cité, Introduction, p. CCXXIV : « Louis, le secrétaire de l'Académie de chirurgie, avait fait faire à Laval des recherches spéciales sur la famille et l'époque de la naissance d'A. Paré; mais rien n'avait été publié sur ces documents, et l'on en ignorait jusqu'à l'existence, lorsqu'ils tombèrent entre les mains de M. E. Bégin, docteur en médecine à Metz. » Voilà tout. On ne sait seulement pas qui a fait cette enquête (1), dont les résultats n'avaient pas même été jugés dignes de l'impression. Comprend-on que Malgaigne se soit ainsi laissé prendre à si peu de chose? Je suis persuadé que, sans ce hasard qu'il a cru favorable, il aurait suivi, pour arriver à la vérité, une autre voie, celle que je vais parcourir avec le lecteur, en cherchant moi-même au lieu de me fier à un autre.

Le portrait d'Ambroise Paré le plus connu, le plus répandu, est celui de A. Vallée : ANNO ÆTATIS 75 — 1585, qui a été

(1) D'après le docteur Hubert (*Notice sur le monument élevé à la mémoire d'Ambroise Paré*. Laval, 1840), ce serait le professeur Lassus qui, en 1804, présidant le jury médical à Laval, avait reçu la mission d'y rechercher les descendants de Paré que l'empereur voulait honorer de ses bienfaits.

Le premier auteur qui ait étudié d'une manière spéciale la méningite comme complication de la pneumonie est M. Verneuil (*De la congestion et de l'inflammation des méninges dans la pneumonie*, thèse. Paris, 1873), dans sa thèse inaugurale soutenue en 1873; deux ans plus tard, une autre thèse, due à M. Surugue (*De la méningite compliquant la pneumonie*, thèse. Paris, 1875) et inspirée par M. le professeur Vulpian, a fait connaître un certain nombre d'observations relatives au même sujet; enfin, vers la même époque, M. le docteur Laveran (*De la méningite comme complication de la pneumonie*, in *Gaz. hebd.*, 1875) résumait ici même les notions existantes sur ce point intéressant de pathologie.

Nous n'avons pas la prétention de recommencer une étude déjà faite ailleurs; nous venons seulement ajouter aux faits déjà connus quatre observations de méningite dans le cours de la pneumonie, qui se sont présentées à nous récemment; nous y joindrons quelques remarques propres à mettre en lumière les points particulièrement intéressants que ces cas nous ont paru offrir.

Obs. I. *Pneumonie droite, puis gauche, chez un alcoolique; céphalalgie et délire; aphasie transitoire; rigidité du cou; rétention d'urine. Mort. Autopsie : pneumonie étendue des lobes antérieurs des deux côtés; méningite suppurée.* — Georges (Frédéric), âgé de quarante-deux ans, corroyeur, entre le 31 janvier 1879 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le docteur Bucquoy.

Cet homme, habituellement bien portant, mais très-adonné à la boisson, a éprouvé, il y a dix jours, un léger frisson, suivi de fièvre, de toux et de dyspnée; les jours suivants, sensation de gêne thoracique, surtout du côté droit; toux fréquente, quinteuse, et expectoration de crachats blancs, muqueux. Il a néanmoins continué son travail.

Dans la nuit du 29 au 30 janvier, il s'est réveillé en proie à une douleur violente sous le sein droit, avec dyspnée extrême; le jour suivant il a gardé le lit, souffrant d'une fièvre vive et d'une gêne respiratoire de plus en plus intense; en même temps la toux est devenue plus fréquente, a donné lieu à une expectoration jaunâtre, visqueuse et légèrement teintée de sang.

Le 31 janvier au soir, le facies est fatigué, la langue très-blanche, chargée, l'anorexie complète. Pouls, 96, large; peau moite, modérément chaude; température, 39°,4. Douleur vive dans le côté droit et gêne notable de la respiration; diminution et élévation de la sonorité sous la clavicule droite; souffle tubaire rude et gros râles crépitants en un point très-limité au niveau du troisième espace intercostal; en arrière, dans la fosse sous-épineuse, respiration rude, sans râles. Crachats visqueux, légèrement jaunâtres, peu abondants. Urine colorée, légèrement albumineuse.

Le 1er février, température : matin, 38°,6; soir, 40 degrés. Le souffle tubaire s'est étendu à toute la région sous-claviculaire droite. — Ipéca stibié.

Le 2, température : matin, 39 degrés; soir, 39°,6. Crachats moins visqueux.

Le 3, température : matin, 39 degrés; soir, 39 degrés. État général satisfaisant.

Le 4, température : matin, 39°,8; soir, 40 degrés. Matité étendue dans la fosse sous-claviculaire droite; absence du murmure vésiculaire; souffle tubaire perceptible seulement près de la racine de la bronche. Les bruits du cœur sont transmis dans toute la région hépatisée avec une intensité remarquable. Pouls, 90, très-dicrote.

Le 5, température : matin, 39 degrés; soir, 38°,4. Le malade se plaint d'éprouver depuis deux jours un peu de point de côté à gauche. L'auscultation ne révèle rien d'anormal de ce côté.

Le 6, température : matin, 36°,2. Malgré la défervescence, le malade est toujours oppressé; il a, dit-il, la tête lourde; pas de céphalalgie à proprement parler. Température : soir, 38 degrés.

Le 7, température : matin, 37°,2; soir, 37°,8. Il y a toujours matité et silence respiratoire sous la clavicule droite.

Le 8, un peu de diarrhée; dépression des forces. Température, 37°,6 matin et soir; dyspnée et malaise général.

Le 9, température : matin, 37°,4; soir, 39 degrés. Céphalalgie frontale; gêne respiratoire plus accusée. Les signes stéthoscopiques ne se modifient pas.

Le 10, température : matin, 40 degrés. Le malade a eu cette nuit du délire; il a voulu se lever et est tombé à bas de son lit; ce matin il est prostré; son regard est fixe; il y a de l'étrangeté dans ses réponses. Température : soir, 40 degrés.

Le 11, température : matin, 37 degrés. La nuit a été plus calme; mais la céphalalgie persiste. Température : soir, 40°,8. Depuis trois heures de l'après-midi, G. est tombé dans un état d'hébétude complète; il ne paraît pas comprendre les questions et n'y répond pas; la sensibilité et la motilité sont intactes et les mouvements de défense très-énergiques. Le regard est fixe; il n'y a pas de strabisme. Pouls, 116. — Potion Todd, 80 grammes.

Le 12, délire et agitation pendant la nuit. Température : matin, 40 degrés. Le malade a recouvré sa connaissance; mais il est aphasique et ne peut prononcer que les syllabes *sedéguedé*; à toutes les questions qu'on lui fait il ne répond que ce même mot. La sensibilité est normale; la vigueur musculaire paraît très-diminuée; les mouvements ne s'exécutent qu'avec lenteur et hésitation. Il y a une roideur très-prononcée, presque tétanique de la nuque, rendant l'auscultation en arrière très-difficile. Les pupilles sont contractées.

Le soir, température, 40°,4. Pouls, 90, élevé. L'aphasie a disparu; le malade s'exprime avec beaucoup de netteté, en cherchant ses mots, mais les trouvant assez rapidement.

Le 13, température : matin, 40 degrés. Dyspnée; roideur toujours très-prononcée des muscles de la nuque. Matité et souffle tubaire de nouveau très-intense, s'entendant surtout à l'expiration, sous la clavicule droite. A une heure de l'après-midi, frisson intense et prolongé.

Le soir, température, 40°,4. Dépression marquée des forces; la respiration est suspirieuse et bruyante.

Le 14 au matin, nouveau frisson très-violent, pendant lequel la température s'élève à 41°,4. Pouls petit, concentré; le souffle tubaire s'entend jusqu'à la partie gauche du sternum; pas de matité appréciable dans la fosse sous-claviculaire gauche.

Le soir, température, 41°,3. Facies très-grippé; respiration courte et haletante; râles sonores et sous-crépitants dans toute l'étendue des deux côtés de la poitrine, révélant une congestion pulmonaire généralisée. Etat semi-comateux; contracture toujours

---

fait pour la quatrième édition des *Œuvres complètes*, que j'appellerai l'édition par excellence. Mais il avait été précédé par un autre, à peu près pareil, signé S. F., en parfaite concordance de dates : ANNO ÆTATIS 72 — 1582, qui est en tête du discours sur la mumie.

C'est le portrait de Vallée qui a prévalu. On le retrouve dans les cinquième et septième éditions des *Œuvres complètes*, Paris, 1598 et 1614, et gravé plus grossièrement dans les autres, imprimées à Lyon : neuvième, 1633; dixième, 1641; onzième, 1652; douzième, 1664, toujours avec l'inscription ANNO ÆTATIS 75 — 1585.

Le portrait de 1582 : ANNO ÆTATIS 72, signé S., a été reproduit exactement par Giullis Horbeck pour la sixième édition, 1607, et pour la huitième, 1628, avec cette légère variante : ANNO ÆTATIS 75 — 1584. Pourquoi ce changement? Est-ce une rectification? On sait que dans la première moitié du seizième siècle l'année commençait à Pâques. Peut-être A. Paré est-il né à la fin de 1509, comme le veulent quelques historiens. Inutile de faire des suppositions. Il vaut mieux établir que les deux portraits de 1582 et de 1585 fixent l'un et l'autre l'époque de la naissance d'Ambroise Paré à l'année 1510. Ils se ressemblent tellement qu'on a cru qu'ils avaient été copiés l'un sur l'autre. Seulement Malgaigne se trompe quand il dit que Giullis Horbeck a copié Vallée. G. Horbeck a reproduit en 1607 le portrait signé S. de 1582. Le portrait signé A. Vallée est de 1585. Pour les distinguer l'un de l'autre, il faut les avoir sous les yeux. Le dessin n'est pas tout à fait le même, et d'ailleurs il y a une différence matérielle. Le portrait signé S. et copié par G. Horbeck n'a que six boutons au pourpoint, tandis que celui de Vallée en a sept.

Au-dessous du portrait d'A. Paré de 1582, ANNO ÆTATIS 72, et signé S, qui se trouve en tête du discours sur la mumie, on lit :

Quæ tibi sit facies, satis hæc pictura docebit;
Doctrinæ facient, sed tua scripta fidem.
A. Gaudinus.

intense des muscles de la nuque; rétention complète d'urine : évacuation par la sonde de 2 litres environ d'une urine très-foncée, ne renfermant ni sucre ni albumine.

Le malade succombe le 14 février, à dix heures du soir.

Autopsie. — Les lobes antérieurs des deux *poumons* sont hépatisés en masse et forment de chaque côté un noyau compacte du volume du poing; le tissu pulmonaire est ferme, induré; la coupe, lisse et peu granuleuse, est d'une teinte pâle tirant sur le gris; la pression n'en fait sortir aucun suc; le parenchyme, très-friable, se laisse écraser sous les doigts et se convertit en une pulpe grisâtre renfermant beaucoup de pus. La partie postérieure des poumons est fortement congestionnée et œdématiée, mais saine du reste.

Les *plèvres*, dépourvues d'adhérences, ne renferment pas de sérosité.

Les *méninges* sont le siége d'une inflammation généralisée; la dure-mère étant ouverte, la convexité du cerveau apparaît recouverte d'une couche purulente grisâtre qui s'étend depuis les lobes frontaux jusqu'au cervelet, et s'étend de chaque côté à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane; les parties latérales et la base offrent une congestion inflammatoire très-intense, avec traînées purulentes qui commencent à se développer le long des vaisseaux; la pie-mère, infiltrée, se détache néanmoins avec facilité; la pulpe cérébrale sous-jacente ne paraît pas altérée; elle présente sa consistance et sa coloration normales. La troisième circonvolution frontale gauche, examinée spécialement, est saine; les exsudats méningés sont peu abondants à son niveau; l'artère sylvienne et ses branches sont parfaitement perméables.

Les autres organes n'offrent aucune lésion à noter.

Obs. II. *Pneumonie en masse du côté droit; délire, puis coma dans la période terminale; rigidité du cou. Mort. Autopsie: méningite cérébro-spinale avec infiltration purulente de la pie-mère et des espaces sous-arachnoïdiens.* — Boucand (Jean), âgé de trente-huit ans, garçon de cuisine, entre le 28 février à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le docteur Laboulbène.

Boucand affirme qu'il a une bonne santé habituelle et ne boit pas. Il y a juste huit jours qu'il a été pris d'un frisson violent, sans point de côté. Depuis ce temps le malade est resté couché chez lui sans faire aucun traitement; il n'a jamais eu de délire.

Le 28 février, dans la journée, nous trouvons le malade avec une fièvre vive; la peau est chaude, la langue desséchée; dans le crachoir se trouvent des crachats sucre d'orge rouillés caractéristiques, abondants et fortement adhérents. La température axillaire est de 40°,4. A la percussion, nous trouvons de la matité en avant, sous la clavicule droite, et en arrière, du même côté, dans le tiers supérieur. Sonorité normale à gauche. Les vibrations thoraciques, sous la clavicule droite, sont plutôt diminuées, et en arrière, s'il n'y a pas de diminution, il n'y a pas non plus d'exagération nette des vibrations vocales.

A l'auscultation, souffle dans les deux temps de la respiration dans la clavicule droite; en arrière, également souffle intense et aride dans le tiers supérieur; nous ne pouvons percevoir de bouffées de râles, même dans la toux. Dans la moitié inférieure du poumon droit il y a des râles dans l'inspiration, mais à bulles moyennes et n'ayant pas le caractère de râles crépitants. Du côté gauche, bulles sous-crépitantes et respiration soufflante dans toute la hauteur.

Le 1er mars, matin. Le malade n'a pas eu de délire dans la nuit; la fièvre néanmoins est toujours intense, la langue sèche et légèrement fuligineuse. Mêmes signes que la veille à l'auscultation; du côté droit le souffle est toujours aride et s'étend en arrière dans la moitié supérieure du poumon. Du côté gauche, dans le tiers supérieur, il y a vraiment aussi du souffle; mais la sonorité à la percussion est parfaitement conservée, et sans doute il y a simplement une transmission des bruits du côté opposé par les arcs costaux. Les urines ne sont pas albumineuses. — *Prescription.* Potion : oxyde blanc d'antimoine, 1 gramme; sirop diacode, 40 grammes. Température axillaire : matin, 39°,2.

Le soir, le malade est agité, mais sans délire. Température, 40°,4. — Injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

Le 2. Le malade a dormi cette nuit après l'injection de morphine; il n'y a pas eu de délire. L'état fébrile est toujours prononcé. Matité sous la clavicule droite, avec diminution nette des vibrations thoraciques; en arrière, matité très-prononcée, beaucoup plus forte que la matité pneumonique ordinaire, dans la moitié supérieure; les vibrations thoraciques ne sont pas exagérées. Le souffle est toujours intense et non mélangé de râles, même dans la toux. Dans le tiers inférieur du poumon, on constate une diminution considérable du murmure respiratoire. A gauche, la sonorité est toujours très-nette dans toute l'étendue; toujours respiration soufflante et râles de bronchite. L'expectoration est assez abondante et mousseuse, moins visqueuse et moins colorée que la veille. Température axillaire : matin, 39 degrés; soir, 40°,4.—*Prescription.* Potion : oxyde blanc, 1 gramme; cognac, 50 grammes.

Le soir, même état; agitation. — Injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Le 3, matin. Dyspnée vive; expectoration abondante mousseuse peu colorée. Température, 40°,2; rectale, 48. Pouls, 120. Mêmes signes à la percussion et à l'auscultation; seulement râles inspiratoires à bulles fines dans le tiers inférieur à droite et en arrière. La respiration est toujours très-soufflante du côté gauche; mais il y a conservation parfaite de la sonorité. — *Prescription.* Potion avec cognac, 90 grammes; sirop diacode, 40 grammes. Vésicatoire.

Le 3, soir. Agitation; tremblement; la respiration est très-embarrassée; subdélirium. — Injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Le 4, matin. Le malade a déliré toute la nuit; la respiration est très-accélérée; agitation et tremblement; stupeur marquée. En même temps Boucand est roide dans son lit; il y a une rigidité très-marquée du cou et du tronc, si bien qu'il est impossible d'asseoir le malade et qu'on est obligé de le placer de côté dans son lit pour l'ausculter. L'auscultation, très-difficile dans ces conditions, fait cependant constater la persistance du souffle à droite et en arrière dans les deux tiers supérieurs. Température axillaire, 39°,6. — On continue la potion avec 50 grammes de cognac. Soixante ventouses sèches seront appliquées sur le thorax.

Le 4, soir. Coma presque complet. Le malade marmotte des paroles qu'il est impossible d'entendre; la rigidité de la nuque est toujours marquée. Température axillaire : soir, 41°,2.

Mort dans la nuit.

Autopsie le 6 mars. — *Poumon droit :* Pneumonie massive. Le poumon, volumineux, est dur et résistant dans toute la hauteur; il n'y a pas de liquide dans la plèvre.

Tous les autres portraits ont ce distique bien connu :

Humanam Ambrosii verè hæc pictura Paræi
Effigiem, sed opus continet ambrosiam.
Jo. Heroardus.

Seulement, pour la copie de Giullis Horbeck, *ambrosiam* des portraits de Vallée est écrit : Αμβροσίαμ, comme pour le portrait des deux premières éditions des *Œuvres d'Ambroise Paré*, Paris, 1575 et 1579.

Cette image est tout à fait différente de celles que nous venons d'examiner. La main est placée sur le devant de la poitrine. Le dessin, très-fin et très-remarquable, est d'un auteur resté inconnu. Le portrait de 1575 est sans inscription. A côté de celui de 1579, on a mis : *Ætatis suæ* 65, et Malgaigne relève la divergence, bien qu'il entrevoie la réalité; c'est-à-dire que la date se rapporte au portrait et non à l'édition. Lors de la première édition des Œuvres complètes, en 1575, A. Paré est représenté dans sa soixante-cinquième année, ce qui le fait naître encore en 1510. Dans la deuxième édition, 1579, on a reproduit le portrait de 1575 avec l'indication : *Ætatis suæ* 65, qui était exactement l'âge du modèle en 1575. L'erreur *Ætatis suæ* 65 — 1579 est donc par trop facile à expliquer pour qu'on s'y arrête davantage; mais elle en a fait commettre une autre plus sérieuse en apparence.

L'édition en latin des Œuvres complètes d'A. Paré, par Jacques Guillemeau, a été faite sur l'édition de 1579 (voy. les préfaces, etc.), et comme elle a paru trois ans après 1582, le graveur, non prévenu, a tout simplement changé *Ætatis suæ* 65 en *Ætatis suæ* 68, pour tenir compte du temps écoulé. De là encore cet assemblage fautif *Ætatis suæ* 68 — 1582 qui a si bien dérouté Malgaigne. Il n'était pourtant pas difficile de deviner que *Ætatis suæ* 65 se rapportait à l'année 1575, et que l'inscription placée à côté du portrait de l'édition de Guillemeau aurait dû être justement *Ætatis suæ* 72, comme pour le portrait signé S. du discours sur la mumie : ANNO ÆTATIS 72 — 1582. Il n'y a donc là encore qu'une contra-

A la coupe, hépatisation complète de tout le poumon; à la coupe, supérieurement, le tissu résistant est gris jaunâtre, avec très-peu d'orifices bronchiques béants. Nous ne voyons pas de moules fibrineux dans les tuyaux bronchiques. A la base, le tissu pulmonaire est plus rosé, bien que ferme et résistant à la coupe. Les lésions sont évidemment plus jeunes en ce point; la pneumonie a débuté par le sommet. Une petite portion du lobe inférieur, délimitée par un prolongement fibreux qui part de la plèvre viscérale, est simplement engouée. La plèvre est partout épaissie, et à la coupe les lobules se distinguent séparés les uns des autres par un épaississement des cloisons interlobulaires.

Poumon gauche simplement congestionné.

Cœur : Caillot fibrineux organique dans le ventricule droit se prolongeant dans l'artère pulmonaire.

Encéphale : La dure-mère étant incisée, la surface du cerveau paraît recouverte d'une couche verdâtre purulente. Après l'extraction de la cavité crânienne, nous constatons une méningite purulente de la convexité; la pie-mère, épaissie et infiltrée de ce pus jaune verdâtre et épais, se détache difficilement. Les lésions sont surtout prononcées au niveau de la partie antérieure du cerveau. Les circonvolutions frontales, le sillon de Rolando sont masqués par cette couche purulente.

En arrière de la scissure rolandique, les lésions sont moins prononcées.

A la base la méningite est moins marquée; pourtant il y a également du pus dans la scissure de Sylvius et deux plaques jaunes purulentes sur la face inférieure du cervelet, de chaque côté du bulbe rachidien.

Moelle épinière : Nous constatons également une méningite spinale purulente après l'incision de la dure-mère rachidienne. L'infiltration purulente existe nettement à la partie postérieure de la moelle et dans la moitié supérieure.

Obs. III. *Pneumonie massive du côté gauche chez un sujet surmené; délire et prostration; irrégularité du pouls; mort. Autopsie; méningite avec infiltration purulente généralisée.*— Balien (Julien), âgé de cinquante ans, maçon, entre le 18 février 1879 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le docteur Bucquoy.

Il affirme s'être toujours bien porté; il n'a jamais fait d'excès de boisson; mais il a eu depuis plusieurs mois des fatigues excessives et a subi de longues privations.

Il y a quatre jours, il s'est refroidi en travaillant sous la pluie, a été pris d'un frisson violent, avec douleur sous-mammaire très-intense à gauche; les jours suivants, dyspnée, toux fréquente, expectoration de crachats jaunâtres assez visqueux. Ces phénomènes s'aggravant de jour en jour, il entre à l'hôpital le 18 février.

État à l'entrée. — La peau est chaude; température, 39°,6; langue blanche; anorexie complète; pas de diarrhée. La douleur thoracique persiste dans la moitié inférieure du côté gauche; dans la même région, matité absolue; diminution sensible des vibrations thoraciques; souffle tubaire étendu, perceptible surtout au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; un peu de broncho-égophonie au même point. La sonorité et la respiration sont normales du côté opposé.

Le 19 février. Le malade, très-tranquille jusqu'ici, a eu dans la nuit un peu de délire; ce matin, température, 39°,4; pouls, 100, très-ample, très-élevé. (Ipéca, 1gr,50, avec tartre stibié, 0gr,05.) Dans la soirée, vomissements verts très-abondants; température, soir, 39 degrés; face vultueuse; peau chaude; pouls élevé, à 96; un peu d'agitation. Souffle tubaire intense et profond à la base gauche, devenant de plus en plus superficiel à mesure qu'on remonte vers l'épine de l'omoplate, où se retrouve le murmure vésiculaire normal; pas de râles; en avant, à la base, silence du murmure vésiculaire au niveau de la pointe du cœur, laquelle n'est nullement déplacée. (Potion Todd, 80 grammes.)

Le 20. Température, matin, 38°,4; la nuit a été assez calme; soir, température, 38°,6; pouls, 108, moins tendu qu'hier; affaissement comateux. La matité est maintenant à peu près complète dans toute la hauteur du poumon gauche; silence respiratoire dans la plus grande étendue; souffle tubaire intense vers l'épine de l'omoplate. Du côté opposé, sonorité bonne; souffle tubaire à la racine du poumon, ne paraissant pas être un simple phénomène de transmission. Les urines, colorées et troubles, contiennent une notable quantité d'albumine.

Le 21. Température : matin, 38°,4; soir, 38°,4; un peu moins de prostration; pouls, 120. Dyspnée modérée; souffle tubaire sans râles dans toute la hauteur du côté gauche jusqu'à l'épine de l'omoplate, ne se propageant pas en avant. Du côté droit, le souffle voilé entendu hier à la racine du poumon a diminué d'intensité.

Le 22. Température : matin, 38°,8; soir, 39°,4. Langue de plus en plus sèche; subdélirium; roideur marquée des muscles de la nuque rendant l'auscultation en arrière fort difficile. Du côté gauche, matité et silence du murmure respiratoire dans toute la hauteur; pas de souffle tubaire dans les respirations moyennes; retentissement tubaire de la toux; pas d'expectoration.

Le 23. Délire violent et continuel pendant la nuit dernière; ce matin, température, 39°,2; pouls, 72, irrégulier et inégal. La roideur du cou est plus prononcée qu'hier; le malade se tient la tête renversée en opisthotonos; silence complet du murmure vésiculaire dans toute la hauteur du côté gauche et matité absolue.

La dyspnée est extrême; le malade tombe peu à peu dans le coma et succombe à dix heures du matin.

Autopsie. — Le *poumon gauche* est hépatisé en masse; il forme un bloc compacte d'un volume considérable, du poids de 2300 grammes. A la coupe, le tissu, de couleur grise, ferme, peu granuleux, paraît sec et ne laisse échapper aucun liquide; par le râclage à l'aide d'un scalpel, on recueille un pus blanchâtre très-épais; le parenchyme, très-friable, se laisse enfoncer par le doigt et se réduit en putrilage. Les fines ramifications des bronches et leurs rameaux moyens, jusqu'au diamètre de 2 millimètres, sont entièrement remplis par un exsudat blanchâtre, tenace, qui, au microscope, se montre entièrement constitué par de la fibrine et des leucocytes, et diffère peu des masses fibrineuses qui remplissent les alvéoles.

La *plèvre gauche* offre des adhérences récentes d'une faible solidité; elle ne renferme pas une goutte de liquide.

Le *poumon droit*, sain, est notablement congestionné; son poids atteint 980 grammes seulement.

Le *cœur* n'offre aucune altération digne d'être notée.

Les *reins* sont volumineux, fortement congestionnés.

Le *foie*, gros, présente des plaques disséminées de dégénérescence graisseuse.

Les *méninges* sont le siége d'une inflammation intense et géné-

---

diction apparente, et rien n'empêche d'admettre la date 1510 pour l'époque de la naissance d'Ambroise Paré, conformément au renseignement fourni par Pierre de l'Estoile : « mort en 1590 à quatre-vingt ans ».

Restent les dates variables et non concordantes de la première petite estampe ovale, qui porte en exergue : Labor improbus omnia vincit. Elle se trouve en tête de la *Méthode curative des plaies et fractures de la teste humaine* et de l'*Anatomie universelle du corps humain*, ouvrages publiés à trois mois de distance, la même année 1561, à Paris, chez Jean Leroyer, imprimeur du roy es mathématiques, demeurant en la rue Saint-Jacques, à l'enseigne du vrai Potier, près les Mathurins. Au bas est cette inscription : A. P. — AN. ÆT. 45.

Malgaigne s'est trompé en mettant l'*Anatomie universelle* avant l'autre ouvrage, et en disant que l'un des portraits est gravé sur cuivre et l'autre sur bois : ils sont absolument pareils; mais je n'insiste pas. Ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que l'année 1561 n'a pas été placée à côté de AN. ÆT. 45. Dès lors, pourquoi ne pas admettre que l'estampe ovale des ouvrages de 1561 a été exécutée d'après un portrait d'A. Paré fait en 1555, lorsqu'il était dans sa quarante-cinquième année?

Il était déjà célèbre. En 1552 avait paru la deuxième édition de la *Manière de traicter les plaies faites tant par hacquebutes que par flèches*, que « par adveu et exhortement de monsieur de Rohan, amateur des armes, etc., il avait dédié au Roy Henri II ». La première édition, dédiée à René de Rohan, prince de Léon, etc., est de 1545. *La briève collection de l'administration anatomique, avec la manière de conjoindre les os et d'extraire les enfants tant morts que vivants du ventre de leur mère*, etc., est de 1550. Jusque-là A. Paré est maître barbier-chirurgien. Dans les ouvrages publiés en 1561, il a le titre de chirurgien ordinaire du roy et juré à Paris. En 1564, lors de la publication des *dix livres de la Chirurgie*, il est devenu premier chirurgien du roy. Ce der-

ralisée, qui s'étend jusqu'à la région cervicale de la moelle épinière; la pie-mère, très-épaissie, adhérente en beaucoup de points à la dure-mère, est infiltrée d'une abondante sérosité louche et grisâtre, avec des traînées de pus collecté le long des vaisseaux.

La décortication du cerveau se fait sans difficulté; la substance cérébrale est saine, nullement ramollie, et ne se dissocie pas sous le filet d'eau.

Les autres organes sont normaux.

OBS. IV. *Pneumonie massive du côté droit chez un alcoolique; délire violent offrant les caractères du délirium tremens. Mort. Autopsie : congestion inflammatoire et œdème louche des méninges.* — Gigout (Antoine), âgé de cinquante et un ans, journalier, entre le 19 février 1879 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le docteur Bucquoy.

Cet homme, d'une constitution vigoureuse et d'une très-bonne santé habituelle, a des habitudes invétérées d'alcoolisme; il avoue 3 litres de vin par jour, eau-de-vie, etc. Le 14 février dernier, il aurait fait un violent effort en soulevant une charge trop lourde; dans la soirée, douleur vive sous les hypochondres et gêne respiratoire. Pendant la nuit, malaise, insomnie, frissons répétés; le lendemain, fièvre, céphalalgie, incapacité de travailler. Il est resté à la chambre sans faire aucun traitement. Les jours suivants, point de côté à droite, dyspnée, toux quinteuse et quelques crachats jaunes visqueux. Le 18 février, il s'est présenté à l'hôpital, où il n'a pu être admis que le lendemain.

Le 19 février au soir, le facies est bon; les pommettes sont légèrement mais également colorées; il y a de la céphalalgie, un peu d'excitation, mais les idées sont nettes; pas de délire. La langue est un peu blanche, point sèche; l'appétit perdu; pas de coliques ni de diarrhée. Température, 39°,4.

L'examen du thorax révèle une matité notable dans la moitié supérieure du côté droit, en arrière; dans la même étendue, souffle tubaire superficiel, très-rude, sans mélange d'aucun râle; les vibrations thoraciques sont plutôt diminuées. Dans le reste de l'étendue des poumons, sonorité satisfaisante, râles ronflants et sibilants disséminés. La dyspnée est modérée; la toux, peu fréquente, amène sans difficulté des crachats visqueux, couleur caramel. Les urines sont fortement albumineuses.

Le 20 février, pendant la nuit, le malade a été pris d'un délire violent, furieux, qui nécessite l'emploi de la camisole de force; il se débat avec violence, injurie les assistants; il y a du tremblement des lèvres et des membres, des hallucinations de la vue et de l'ouïe; pas d'incertitude de la parole. La matité est complète dans toute la hauteur du côté droit; souffle tubaire intense; diminution marquée des vibrations thoraciques. Pouls élevé, 120; température, 39°,4. (Potion avec eau-de-vie, 100 grammes.)

Le soir, même état; délire toujours très-violent, très-loquace; mais le malade s'affaiblit et a cessé de se débattre; langue sèche; peau chaude; température, 39°,2. (Injection, morphine, 2 centigrammes.) Peu après l'injection le délire se calme, et le malade s'assoupit. Dans la soirée il tombe dans un état comateux, et succombe le 21 février à une heure du matin.

Autopsie. — Le *poumon droit*, hépatisé dans toute son étendue, sauf un très-petit point au sommet et une languette étroite à la base, en avant, se présente sous l'aspect d'un bloc pesant, compacte; le parenchyme, sec et granuleux à la coupe, offre une coloration rouge uniforme, tirant sur le gris principalement dans sa portion antérieure; il ne laisse échapper aucun liquide. Au microscope, les alvéoles ainsi que les ramuscules terminaux des bronches se montrent entièrement remplis par des blocs fibrineux qui les distendent.

Le *poumon gauche*, fortement congestionné, fait contraste avec celui du côté droit par son volume et son poids, beaucoup moindres (poumon droit, 1500 grammes; gauche, 720 grammes).

Le *cœur* est volumineux, flasque; le tissu musculaire, pâle, un peu grisâtre, offre des dépôts abondants de graisse sous le péricarde viscéral.

Les *artères* ne sont nullement athéromateuses.

Le *foie*, très-augmenté de volume, pèse 2300 grammes; sa coloration pâle, et même en certains endroits tout à fait jaunâtre, révèle une altération graisseuse avancée.

Les *reins* sont gros, congestionnés.

Les *méninges*, fortement hyperhémiées, sont épaissies; en certains points, principalement à la convexité, la pie-mère est œdémateuse, infiltrée d'une sérosité louche et jaunâtre renfermant de nombreux globules blancs.

La substance cérébrale est saine.

Les observations qu'on vient de lire offrent entre elles des rapports, des analogies manifestes, qui permettent d'en tirer des notions intéressantes relativement aux conditions pathogéniques, aux symptômes et à l'évolution de la méningite compliquant la pneumonie.

Conditions pathogéniques. — Dans tous les faits observés, nous avons eu affaire à des pneumonies très-étendues; dans les trois derniers cas surtout l'hépatisation occupait la totalité d'un poumon, depuis la base jusqu'au sommet; la pneumonie était bien véritablement *massive*, suivant la qualification proposée par M. Gaucher (*De la pneumonie massive*, in *Gaz. méd.*, 1877-1878); l'oblitération des bronchioles par un exsudat fibrineux membraniforme, sur laquelle cet auteur a particulièrement insisté, a été nettement constatée dans l'observation III. Si les lésions inflammatoires du poumon peuvent avoir un retentissement sur la circulation encéphalique, fait suffisamment démontré par les travaux antérieurs, on conçoit que cette influence doive surtout s'exercer dans les cas d'inflammation suraiguë, où le parenchyme pulmonaire est pris en masse et où l'altération atteint rapidement le plus haut degré.

Observons en deuxième lieu que dans deux cas (obs. I et IV), et vraisemblablement dans un troisième, il s'agissait d'individus manifestement alcooliques; or, on sait à quel point l'alcoolisme engendre dans le système nerveux une susceptibilité spéciale, et combien les ivrognes sont plus exposés que les autres sujets à la fluxion et à l'inflammation des méninges. Calmeil (*Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 1859) a insisté sur la fréquence de l'injection et de l'hyperhémie méningées dans l'alcoolisme aigu et chronique; Magnan (*De l'alcoolisme*, 1874), de son côté, dans ses expériences

---

nier ouvrage est orné d'un nouveau portrait gravé sur cuivre, qui ressemble beaucoup au portrait gravé sur bois dont nous venons de parler. Seulement il n'a plus de cadre ovale, et la devise LABOR IMPROBUS OMNIA VINCIT est reportée en bas avec la légende A. P. — AN. ÆT. 48, et puis un R et un B emmêlés, le monogramme de René Boivin. Malgaigne, p. CCCXIV, l'a remplacé à tort par un R, sans ajouter la moindre réflexion. Le célèbre graveur, chargé par le même imprimeur Jean Leroyer de reproduire le portrait d'A. Paré dans un ouvrage publié trois ans après, a tout simplement mis un 8 à la place du 5. De là vient la concordance de ces deux dates : AN. ÆT. 45 (1561) et AN. ÆT. 48 (1564), relevée par Malgaigne. Mais cela ne prouve rien, pas plus que la divergence singulière que donne le portrait ovale A. P. — AN. ÆT. 45, reproduit en 1572 et 1573 avec la légende A. P. — AN. ÆT. 55, en tête des *cinq livres de chirurgie :* 1° des bandages; 2° des fractures; 3° des luxations; 4° des morsures et piqueures venimeuses; 5° des gouttes; et des *deux livres de chirurgie :* I. *de la génération de l'homme*, etc.; II. *des monstres*, etc. Ici l'imprimeur André Wechel n'a pas cru devoir modifier l'âge du portrait pour deux années cependant différentes. Peut-être même aurait-il mieux fait de conserver l'inscription primitive 45, puisque c'est le même portrait d'A. Paré, dans sa quarante-cinquième année, qu'on retrouve avec l'inscription 55, dans les ouvrages parus en 1572 et 1573.

Il n'y a donc pas de contradiction absolue entre les dates des portraits d'Ambroise Paré, comme l'avait cru Malgaigne.

Le premier, A. P. — AN. ÆT. 45, qui est en tête des ouvrages publiés en 1561, et reproduit dans ceux de 1572 et 1573, avec la nouvelle inscription A. P. — AN. ÆT. 55; le second, avec la légende *Ætatis suæ* 65, pour les premières éditions des *Œuvres complètes* en 1575 et 1579, ne peuvent infirmer la valeur des deux autres, qui seuls ont les années en regard de l'âge : ANNO ÆTATIS 72 — 1582 et ANNO ÆTATIS 75 — 1585. Ils fixent exactement l'époque de la naissance à 1510,

sur les chiens aussi bien que dans les autopsies qu'il a eu occasion de pratiquer, a constamment rencontré la congestion et même l'infiltration œdémateuse de la pie-mère sous l'influence de l'alcool.

Nous croyons donc pouvoir admettre qu'une pneumonie étendue, survenant chez un sujet alcoolique, constitue la condition la plus favorable au développement des complications méningées. Si maintenant l'on se demande quelle est la cause directe, quel est le processus intime qui engendre la méningite, il est difficile de répondre autrement que par des hypothèses; nous mentionnerons seulement celle qui nous paraît la plus vraisemblable. M. le professeur Gubler (*Union médicale*, 1857) a prouvé, il y a plus de vingt ans, que la phlegmasie pulmonaire était capable de produire, par voie réflexe, une paralysie vaso-motrice de la tête et de la face du même côté ou même du côté opposé. C'est à un phénomène de ce genre qu'est due la rougeur de la pommette. C'est aussi à une paralysie vaso-motrice que Lépine (*De l'hémiplégie pneumonique*, thèse. Paris, 1870) a cru pouvoir rattacher l'hémiplégie pneumonique, dont il avait observé plusieurs cas. Avec M. Laveran (*loc. cit.*), nous serions tentés d'attribuer à la même cause le développement de la méningite dans la pneumonie. Sans doute, une simple hyperhémie neuro-paralytique ne suffit pas à déterminer l'inflammation; mais peut-être peut-on, sans trop de témérité, admettre que l'alcoolisme vient créer précisément cette opportunité morbide sans laquelle les désordres circulatoires ne dépasseraient pas la simple congestion. Les faits seuls peuvent fixer l'opinion sur ce point.

Symptomatologie. — Si nous venons maintenant à analyser les phénomènes que nos malades ont présentés, nous remarquons en premier lieu l'existence constante du *délire*, qui n'a manqué dans aucune de nos quatre observations. Il a été remarquable tantôt par sa continuité, sa violence excessive (obs. IV), tantôt par son alternance avec un état comateux qui s'est établi définitivement peu d'heures avant la mort (obs. I, II, III). Sa marche n'a pas suivi celle de la fièvre; son apparition a été tardive (du sixième au douzième jour) et en rapport manifeste avec le début des accidents méningitiques. Ces divers caractères en font un symptôme d'une valeur incontestable; en effet, la pneumonie simple, si on excepte celle des vieillards, est rarement accompagnée de délire; Grisolle n'a noté ce phénomène que dans un onzième des cas. Lorsqu'il existe, il se produit ordinairement dès le début de la maladie ou dans la période d'augment; il affecte tantôt les caractères du délire alcoolique, tantôt ceux du délire lié à l'adynamie. Chez nos malades, tous hommes dans la force de l'âge, la pneumonie a débuté sans délire; plus tard seulement il s'est montré, alors que la fièvre durait déjà depuis plusieurs jours et avait même baissé chez deux d'entre eux (obs. I et III); il a affecté une marche irrégulière, a présenté une violence ou une durée inusitées; enfin il a été accompagné ou suivi de coma.

A côté du délire dont nous venons de faire ressortir la physionomie toute particulière, nous trouvons un autre symptôme presque aussi constant et plus caractéristique : c'est la *roideur du cou*, notée dans trois cas sur quatre (obs. I, II et III). Ce phénomène s'est développé à peu près vers le même moment que le délire; il s'est accentué au point de rendre presque impossible le maintien de la position assise pendant le temps nécessaire pour ausculter postérieurement; enfin il a persisté jusqu'à la mort. Il présente une importance réelle comme indice d'une irritation des méninges; il se montre, en effet, presque constamment dans toutes les formes de méningite cervicale, dans les variétés cérébro-spinales de la fièvre typhoïde, et surtout dans la grave maladie connue sous le nom de typhus cérébro-spinal. Dans cette dernière affection, la roideur de la nuque constitue, d'après Laveran, un symptôme caractéristique: « elle donne au malade un aspect tellement frappant que les dénominations populaires désignent précisément la méningite par ce symptôme (fièvre de nuque). » Sous l'influence d'une cause identique, l'irritation des méninges cervicales, la roideur de la nuque s'est montrée chez nos malades tout aussi évidente, et ce seul symptôme aurait presque pu suffire au diagnostic (1).

Nous nous bornons à signaler, comme symptômes plus rares, mais non moins caractéristiques, cette *aphasie transitoire*, accompagnée de parésie des membres, qui s'est manifestée deux jours avant la mort chez un de nos malades (obs. I) et aussi cette *irrégularité du pouls* que nous avons notée chez un autre (obs. III). Comme le délire, comme la roideur de la nuque, ces phénomènes doivent évidemment être rattachés à l'inflammation des méninges.

Marche et évolution. — Le début de la méningite a été, dans tous nos faits, très-nettement consécutif à celui de la pneumonie. Les premiers symptômes se sont révélés, dans un cas, au cinquième jour (obs. IV), dans un second, au sixième (obs. III); enfin, dans les deux autres, au douzième jour (obs. I et II). Il s'agit donc d'une véritable *complication* et non pas d'une méningite accompagnant la pneumonie. La marche a été rapide : dans notre seconde observation, trente-six heures ont suffi pour amener l'infiltration purulente des enveloppes cérébrales. Enfin la mort a paru résulter moins de l'intensité de la phlegmasie pulmonaire que de l'affection encéphalique qui est venue compliquer celle-ci.

Que conclurons-nous de ces faits? Sans attribuer à des ob-

(1) Notre collègue M. Savart a communiqué récemment à la Société anatomique une observation intéressante de méningite compliquant la pneumonie, dans laquelle la *roideur de la nuque* a également été notée.

---

peut-être 1509, suivant l'inscription rectifiée de Giullis Horbeek : ANNO ÆTATIS 75 — 1584.

Malgaigne en adoptant la date 1517 des documents fournis par M. E. Bégin aurait dû admirer la précocité de son héros; car, à ce compte-là, A. Paré aurait fait des observations sur les monstres à sept ans, en 1525, à Angers (ch. XX, XXI, XXII). Venu à Paris à quinze ou seize ans, en 1532 ou 1533, commo apprenti barbier, à dix-neuf ans il aurait déjà fait ses études et passé ses trois années à l'Hôtel-Dieu, et c'est à vingt ans, qu'en 1537, il aurait été chirurgien de M. de Montejean, à cette expédition du pas de Suze, où il fit ses premières observations sur les plaies par armes à feu. Malgaigne a même accepté sans la vérifier la date 1536, donnée par A. Paré. Cependant, au voyage de Thurin, 1536 (grande apologie), « quand le grand roi François envoya une grande armée pour ravitailler Thurin et reprendre les villes et châteaux qu'avait pris le marquis Dugaast », on était en août 1537, et le pas de Suze ne fut franchi par le connétable de Montmorency qu'en octobre (1). Si l'illustre historien avait songé à rectifier la date 1536, il n'aurait pas eu l'idée, p. CCLXV, dans un parallèle entre André Vésale et Ambroise Paré, de les croire « peut-être en face l'un de l'autre » dans des armées ennemies. En 1536, Paré n'était pas en Italie, et en 1537, lorsqu'il y vint, au pas de Suze, Vésale était professeur à Padoue.

Mais, pendant que j'y suis, qu'on me permette de relever encore quelques erreurs. Au bas de la même page on lit : « De nombreuses éditions latines avaient répandu partout les ouvrages et les planches de Vésale, triste avantage pour qui ne savait pas le latin? Enfin, en 1559, il en parut une édition française. Dès lors Paré se mit ardemment à l'œuvre. » Mal-

(1) Thierry de Héry, qui observa des faits « d'intempérature froide » en même temps qu'A. Paré, fixe l'année 1537. « Ce que amplement je practiquay en passant les monts environ le Noel 1537, avec gens de guerre du Roy François premier de ce nom. Plusieurs de notre trouppe endureront telle froidure qu'aucuns non-seulement le nez ou les oreilles, mais aussi..... (Page 185 de la MÉTHODE CURATIVE *de la maladie vénérienne... composée par Thierry de Héry, lieutenant-général du premier barbier-chirurgien du Roy*, 1552.)

servations assurément trop peu nombreuses une importance exagérée, nous croyons néanmoins que, dans les cas où, avec les signes d'une pneumonie d'emblée très-étendue, on verra survenir, avec un délire persistant, une rigidité prononcée des muscles de la nuque, on sera en droit de redouter une complication méningée; que cette présomption pourra se changer en certitude s'il survient, en outre de l'aphasie, de la parésie des membres ou bien encore une irrégularité marquée du pouls; enfin que d'un tel ensemble de symptômes il découlera pour le pronostic une gravité toute spéciale.

Faisons remarquer en terminant que le nombre relativement considérable des faits pareils observés en peu de temps appelle l'attention des observateurs sur les complications méningées des phlegmasies pulmonaires, et doit engager les médecins à examiner attentivement l'encéphale dans tous les cas de pneumonie.

Clinique médicale.

Note sur la possibilité de distinguer rapidement la rhubarbe et la santonine contenues dans les urines, par M. Picot, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Chez les sujets qui prennent soit de la rhubarbe, soit de la santonine, les urines habituellement limpides ont une coloration jaune verdâtre très-claire. Dans ces urines, l'addition de potasse et de soude caustique déterminent immédiatement une coloration rose; et cette réaction vraiment caractéristique permet de distinguer la rhubarbe et la santonine de toutes les autres substances qui peuvent se rencontrer dans l'urine.

Ces caractères sont connus depuis longtemps déjà; mais jusqu'ici il était difficile de distinguer rapidement quelle était l'une ou l'autre de ces substances tenue en dissolution dans le liquide urinaire. Les réactions qui ont été indiquées dans *The Doctor*, 27 septembre 1878, et dans *Lyon médical*, 1er décembre 1878, permettent cette distinction; mais elles demandent un certain temps à se produire et par suite ne peuvent devenir la base de recherches faciles applicables à la clinique.

J'ai fait étudier cette question à la Clinique médicale de Bordeaux, et les analyses qui ont été faites par l'un de mes élèves, M. Doumerc, préparateur à la Faculté des sciences, ont permis d'obtenir un résultat précis et rapide.

Avec l'ammoniaque, on voit se produire dans l'urine qui contient de la rhubarbe la même coloration rose qu'avec la potasse ou la soude caustique; cependant cette coloration est moins intense qu'avec la potasse ou la soude. L'ammoniaque ne produit pas cette coloration rose dans l'urine à santonine, au moins dans l'espace d'une demi-heure à une heure.

Avec les carbonates de potasse et de soude, l'urine contenant de la rhubarbe prend immédiatement une coloration rose, tandis que dans l'urine à santonine cette réaction ne se montre qu'après quinze à trente minutes après l'addition du réactif.

L'analyse spectrale donne des résultats tout à fait caractéristiques. En solution moyennement concentrée, la santonine, traitée préalablement par la potasse, absorbe tous les rayons du spectre, à l'exception des rouges et des jaunes. En solution très-étendue, elle ne laisse passer que les rayons rouges et bleus, tous les autres étant absorbés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 5 mai 1879. — Présidence de M. Daubrée.

Prix Chaussier. — *Commission :* MM. Gosselin, Vulpian, Bouillaud, Sédillot et Cloquet réunissent la majorité absolue des suffrages.

Prix Montyon (physiologie expérimentale).— *Commission.* Sont nommés : MM. Vulpian, Marey, Ch. Robin, Milne Edwards et Bouley.

Prix L. Lacaze (physiologie). — MM. Milne Edwards, Ch. Robin et de Quatrefages.

Prix Montyon (arts insalubres). — MM. Boussingault, Dumas, Chevreul, Peligot et Fremy.

Effets réflexes produits par l'excitation des filets sensibles du pneumogastrique et du laryngé supérieur sur le cœur et les vaisseaux. Note de M. *François-Franck.* — Quand on excite électriquement ou mécaniquement le bout central d'un pneumogastrique ou d'un laryngé supérieur, on observe des effets réflexes qui varient selon que l'animal est calme ou selon qu'il s'agite et fait des efforts : dans le premier cas, le cœur se ralentit ou s'arrête et la pression s'abaisse; dans le second, la pression s'élève et le cœur s'accélère ou ne modifie pas son rhythme. Il était donc indiqué de supprimer les mouvements généraux pour obtenir à coup sûr les réactions cardiaques et vasculaires liées à l'excitation du bout central des nerfs pneumogastrique et laryngé supérieur. En soumettant les animaux (chien, chat) à un empoisonnement graduel avec le curare, suivant la méthode de Cl. Bernard (absorption sous-cutanée avec ligature plus ou moins serrée d'une extrémité), l'auteur a constaté que, avant que les mouvements respiratoires soient supprimés, les réflexes modéra-

gaigne parle évidemment des œuvres de Vésale d'après le dire des autres, et il se trompe gravement. Le grand ouvrage d'anatomie de Vésale a seulement deux éditions, 1543 et 1555, sans aucune traduction française. Il parut, il est vrai, des reproductions des planches de Vésale avec le texte de l'*Epitome*, en divers endroits (Ce que sont devenues les planches de Vésale, *Gaz. hebd.*, n° 5, 1878); un de ces livres, l'*Epitome*, par conséquent, fut traduit en français par Jacques Grévin en 1569 et non pas en 1559. A. Paré ne pouvait donc pas le lire dix ans auparavant. Mais je reviens à mon sujet.

E. Turner.

(*A suivre.*)

Maladies de l'enfance. — MM. Bourdel et Pécholier, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier, viennent d'inaugurer dans cette ville un dispensaire où ils donnent des consultations gratuites pour les enfants malades. Le dispensaire sera ouvert aux étudiants en médecine, et le but que se proposent MM. Bourdel et Pécholier est d'instituer un enseignement clinique spécial et d'exercer les élèves au diagnostic et au traitement des *maladies de l'enfance.* C'est le premier essai de *policlinique* tenté à Montpellier.

Abus du tabac. — La *Société contre l'abus du tabac* vient d'adresser au Sénat et à la Chambre des députés une pétition tendant à obtenir une loi qui interdise aux enfants au-dessous de seize ans l'usage du tabac dans les lieux publics, loi analogue à celle qui les protége déjà contre l'abus des boissons alcooliques.

teurs du cœur ont disparu. L'action paralysante du curare sur les terminaisons cardiaques du pneumogastrique était connue depuis les travaux de Cl. Bernard et de Kölliker (1856); mais ce qu'on n'avait pas noté, c'est que l'excitabilité réflexe disparaît bien avant l'excitabilité directe. Ceci semble impliquer une action primitive du curare sur les centres d'où émanent les nerfs d'arrêt du cœur.

Ayant remarqué, dit l'auteur, dans d'autres expériences que les anesthésiques administrés à petites doses suffisent pour supprimer les réactions générales en atténuant la sensibilité et respectent les réflexes cardiaques, j'ai utilisé cette propriété pour mettre en évidence les réactions produites par l'excitation centripète des nerfs pneumogastrique et laryngé supérieur; dans ces conditions, c'est un arrêt réflexe, surtout dans le cas d'excitation du laryngé, ou un ralentissement réflexe du cœur, qui s'observe. Quand l'arrêt se produit ou quand le ralentissement des battements du cœur est assez considérable, on voit la pression artérielle s'abaisser consécutivement; mais, si le ralentissement est modéré, la pression peut rester stationnaire ou même s'élever notablement. Il devenait donc très-probable qu'une autre cause agissait en sens inverse du ralentissement du cœur : c'était vraisemblablement un resserrement vasculaire d'ordre réflexe. Pour mettre en évidence ce réflexe vasculaire, il suffisait de supprimer le réflexe cardiaque par la section du pneumogastrique opposé à celui dont on excitait le bout central : on permet ainsi à l'effet vaso-moteur de se manifester en toute liberté par une grande élévation de la pression générale. Le même résultat s'obtient encore par l'emploi de faibles doses de curare, qui font disparaître les modifications cardiaques réflexes sans supprimer le resserrement vasculaire. On peut ainsi expliquer les résultats si différents obtenus par l'excitation du bout central du pneumogastrique; les modifications cardiaques réflexes qui tendent à produire une chute de pression et le resserrement vasculaire simultané qui tend à élever la pression se combinant dans des rapports variables, on peut observer des variations de la pression artérielle très-différentes suivant la prédominance de l'une ou l'autre de ces influences antagonistes.

Les réactions normales de l'excitation du bout central du pneumogastrique ou du laryngé supérieur consistent donc en un réflexe cardiaque modérateur qui interfère avec un réflexe vasculaire constricteur. (Renvoi à la commission du prix de physiologie.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Le compte rendu des maladies épidémiques observées, en 1878, dans les départements des Vosges, du Gard, de l'Ain, de l'Aveyron, de la Manche, de la Haute-Loire, de la Drôme, de l'Ariége. (*Commission des épidémies.*) — 2° Les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales de Guagno (Corse), d'Aix-les-Bains, de Brides et Salins, du Capvern, de Bagnols (Lozère). (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit des lettres de MM. les docteurs *Ernest Besnier*, *Brouardel*, *Gallard*, *Léon Colin*, qui se portent candidats dans la section d'hygiène et de médecine légale.

M. *Devilliers* présente, au nom de M. le docteur *Gallard* : 1° Le compte rendu officiel du dernier Congrès de médecine légale et d'hygiène. — 2° Le deuxième fascicule du tome V des *Bulletins de la Société de médecine légale.*

M. *Rochard* présente, au nom de M. le docteur *Bérenger-Féraud*, un volume intitulé : *Les peuples de la Sénégambie;* ethnographie, mœurs et coutumes, etc.

M. *Lasègue* présente : 1° Un exemplaire de la nouvelle édition du *Traité de l'auscultation médiate* de Laennec, précédée d'une Introduction rédigée par MM. les professeurs de la Faculté de médecine, — 2° Au nom de M. le docteur *Boucomont*, un ouvrage intitulé : *Les eaux minérales d'Auvergne.*

M. *Bouley* offre en hommage le premier volume des *Bulletins de la Société d'hygiène publique.*

M. *Depaul* présente, au nom de M. le docteur *Riembault* (de Saint-Étienne), un travail manuscrit intitulé : *De l'encombrement charbonneux des poumons chez les houilleurs.* (Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bouillaud, Parrot, Delpech.)

M. *Gueneau de Mussy* offre en hommage une brochure intitulée : *Deux observations d'hémiglossite*, suivie de réflexions sur la pathogénie de cette affection.

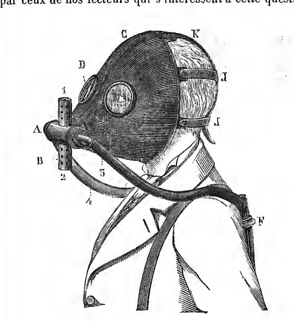
M. *Poggiale* présente, au nom de M. *Léard*, un appareil dit *Respirol.* Cet appareil à soupapes a pour but de faire respirer un air pur dans tout milieu aérien ne contenant pas d'air respirable et offrant des dangers d'asphyxie, ou dont l'air est vicié par des émanations délétères, ou chargé de poussières nuisibles à la santé. (Voyez la figure ci-contre.)

INOCULATION DE LA TUBERCULOSE. — M. *Colin* a cherché depuis longtemps à voir si le tubercule qui résulte de l'inoculation se comporte comme le tubercule développé spontanément et si, par le fait de sa présence, la diathèse tuberculeuse peut se constituer à un certain degré, puis donner des produits nouveaux, soit d'une manière continue, soit par poussées successives.

M. Colin n'a pratiqué jusqu'à ce jour qu'un nombre d'expériences très-limité et ne peut dès lors se prononcer immédiatement d'une façon définitive sur toutes ces questions.

Parmi les résultats qu'il a obtenus dans des conditions bien déterminées, il en est qui montrent la très-longue durée des effets de l'inoculation et semblent indiquer à leur suite le développement d'un état diathésique capable de faire pulluler le tubercule dans la plupart des organes et des tissus.

En attendant qu'il puisse donner des conclusions précises sur toutes ces questions, M. Colin présente à l'Académie différentes pièces anatomiques et des tableaux synoptiques qui permettent de juger de l'augmentation et de la diminution de poids des animaux chez lesquels il a inoculé la tuberculose. Ces tableaux synoptiques, très-complets et très-intéressants, ne se prêtent pas à une analyse sommaire, mais ils seront utilement consultés dans le *Bulletin de l'Académie* par ceux de nos lecteurs qui s'intéressent à cette question.



INOCULATION DU HORSE-POX. — Dans la dernière séance, M. *Pasteur* avait annoncé, d'après Jenner, que le *horse-pox* inoculé à l'homme était malin, tandis que le même virus inoculé à la vache et transmis de ce dernier animal à l'homme était bénin. Cette assertion avait été vivement combattue par M. Depaul et par plusieurs académiciens. M. Pasteur communique aujourd'hui à l'Académie le texte même de l'auteur anglais. Il résulte, en effet, de la lecture du texte de Jenner que le *horse-pox*, lorsqu'il est transmis à l'homme, peut donner lieu à des accidents graves.

DÉDOUBLEMENT DES OPÉRATIONS CÉRÉBRALES. — M. *Luys* donne lecture de la première partie d'un mémoire très-étendu sur le dédoublement des opérations cérébrales et sur le rôle de l'activité isolée de chaque hémisphère dans les phénomènes de la pathologie mentale. Les principaux détails que M. Luys a exposés devant l'Académie se condensent dans les propositions suivantes :

1° Dans les conditions normales du fonctionnement du cerveau, les hémisphères sont doués d'une certaine autonomie.

2° L'hémisphère gauche, plus hâtif dans son développe-

ment, est aussi celui qui présente le plus de masse. En général, il surpasse son congénère de 5 à 6 grammes normalement en poids.

3° Si les lobes cérébraux, au point de vue de certaines opérations psychiques d'ensemble, agissent d'une façon synergique, il existe par contre un certain nombre de circonstances dans lesquelles cette synergie cesse d'exister. Ainsi, dans l'action d'articuler des sons et de tracer de la main droite des caractères graphiques, dans le langage oral ou dans le langage écrit, c'est l'hémisphère gauche seul qui entre en action.

4° Dans l'action de jouer des instruments de musique, et du piano en particulier, la culture crée des conditions artificielles de l'activité cérébrale en vertu desquelles chaque lobe agit isolément, d'une façon indépendante de son congénère, non-seulement au point de vue des phénomènes psycho-moteurs, mais encore au point de vue des opérations mentales, pour lire la musique, assembler des souvenirs, accomplir des opérations de jugement et ordonner des actes moteurs coordonnés.

5° Dans le domaine de la pathologie mentale, ces aptitudes naturelles à l'activité autonomique de chaque lobe cérébral sont susceptibles de se révéler avec un grand caractère d'énergie.

Chez les aliénés, l'écart en poids entre la masse des lobes cérébraux est beaucoup plus grand que normalement. La déséquilibration entre chacun d'eux est beaucoup plus accentuée. C'est le lobe droit qui, dans ces cas, absorbe à lui seul l'activité trophique. L'écart, au lieu d'être de 7 grammes, s'élève quelquefois jusqu'à 25 ou 30 grammes (sans lésion destructive).

Chez certains aliénés, les hallucinés lucides, les hypochondriaques lucides, la coexistence de la lucidité et du délire peut trouver son explication rationnelle dans l'intégrité d'un lobe cérébral et l'hypertrophie morbide de certaines régions du lobe opposé. Dans un certain nombre de cas semblables, nous avons constaté que le travail morbide était unilatéral et manifesté par une saillie insolite du lobe paracentral.

Ces faits semblent donc démontrer la possibilité de la coexistence de l'hallucination et de la lucidité.

Nouveau mode de préparation du cerveau humain. — M. le docteur *Armand Paulier*, ancien interne des hôpitaux de Paris, présente à l'Académie des fragments de *cerveau humain* préparés d'après une méthode qui permet : 1° d'obtenir ensemble l'arachnoïde et la pie-mère cérébrale avec les prolongements que cette dernière envoie dans l'intervalle des circonvolutions ; 2° de montrer nettement la distribution de la substance blanche dans les circonvolutions ; 3° de diviser avec la plus grande facilité cette substance blanche en couches ; 4° de suivre les différents modes de superposition, de stratification des lamelles ; 5° de rendre parfaitement visible la bande blanche décrite par Vicq d'Azyr dans l'épaisseur de l'écorce grise, et de montrer que cette disposition n'existe qu'au niveau de la partie postérieure de la fente cérébrale dans les circonvolutions que sépare la faux du cervelet ; 6° d'enlever toute l'écorce grise du cerveau, de manière à ne conserver que la substance blanche ; 7° de constater que la couche la plus superficielle de l'enveloppe grise du cervelet (probablement la zone corticale périphérique de M. Luys) peut s'enlever facilement dans toute son étendue, sans entamer la couche sous-jacente ; 8° d'étudier dans ses détails le faisceau des fibres convergentes postérieures décrit par M. Luys dans l'épaisseur du lobe occipital. On voit que cette bande, dont les contours sont nettement limités, commence en pointe vers l'extrémité du lobe pour aller en s'élargissant à mesure qu'elle s'approche de la couche optique et du corps strié, où elle acquiert une largeur de 5 millimètres. Elle tranche très-nettement, par sa coloration blanche, sur la teinte légèrement grisâtre du reste de la préparation. On peut constater sur certaines coupes que, vers l'extrémité postérieure du ventricule latéral, elle se divise en deux branches très-distinctes : l'une, interne, plus petite, plus mince, qui se recourbe en bas et en dedans pour se dirige vers le bourrelet du corps calleux, où elle semble se perdre en partie ; — l'autre, externe, plus volumineuse et plus longue, qui traverse la couche optique pour se continuer très-manifestement avec la capsule interne du corps strié.

La disposition de cette bande ainsi que les particularités relatives au cervelet et à la distribution lamelleuse de la substance blanche se voient très-distinctement à l'œil nu, sans le secours du microscope, ni d'aucun instrument.

— La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

Séance du 9 mai 1879. — Présidence de M. Hervieux.

De la phthisie syphilitique : M. Gouguenheim. — De l'action de la métallothérapie et de l'électricité statique dans les troubles visuels d'origine hystérique : M. Dujardin-Beaumetz. — Des rapports du tænia et des cysticerques : MM. Féréol, Vallin, Rendu et Constantin Paul.

M. *Constantin Paul* lit l'éloge de M. le professeur Gubler.

— M. *Gouguenheim* présente les deux poumons d'un sujet syphilitique, mort dans son service à l'Hôtel-Dieu annexe ; ces organes présentent des altérations bien différentes : le poumon droit est le siége d'une infiltration tuberculeuse généralisée, les lésions du poumon gauche sont la conséquence de la syphilis ; c'est un des plus remarquables cas de phthisie syphilitique (pneumonie interstitielle, pleurésie partielle de la base remplie d'un liquide laiteux tenant en suspension de la matière caséeuse, cavités du volume le plus variable dues les unes à la fonte probable des gommes, les autres à une dilatation *vraie* des bronches sous l'influence de la pneumonie interstitielle et de la péribronchite). A la base du poumon droit (tuberculeux) se trouve une masse de tissu calcaire, friable, ramolli à son centre et dû soit à une régression d'une vieille gomme, soit à la crétification d'un vieil épanchement pleural enkysté.

La comparaison de ces deux poumons est très-intéressante, en ce sens qu'elle dévoile à l'œil le plus inexpérimenté une dissemblance profonde des lésions de chacun d'entre eux.

La maladie avait été diagnostiquée pendant la vie ; en effet, le malade, homme de quarante-cinq ans, avait été traité par M. Gouguenheim à l'hôpital Temporaire, il y a plus d'un an, d'accidents cutanés ulcéreux et serpigineux, manifestement syphilitiques, coïncidant avec une phthisie pulmonaire bien avancée du côté droit. La guérison avait été complète au bout de trois ou quatre mois de traitement et l'observation fut remise à M. Fournier, au moment de sa communication à l'Académie de médecine. Le malade revint cette année dans le service de M. Gouguenheim ; il n'avait pas continué le traitement, qui cette fois échoua et ne put être supporté.

Cet homme, atteint de phthisie syphilitique du poumon gauche, succomba à une infiltration tuberculeuse du poumon droit.

— M. *Dujardin-Beaumetz* dans une séance de la Société (février 1879) a fait allusion à une malade guérie de troubles visuels par l'usage de l'électricité statique. Or, chez cette jeune malade, la métallothérapie et l'électricité statique ont été employées, aussi est-il curieux d'examiner les résultats obtenus par l'une et l'autre méthode.

Au mois de janvier, dit M. Dujardin-Beaumetz, je fus appelé par la maîtresse de l'École normale de la Seine pour examiner une élève, mademoiselle R..., âgée de seize ans, qui avait perdu subitement

la vue. La veille, vers cinq heures, se plaignant de lourdeur de tête, elle montait à l'infirmerie pour s'y coucher, et, le lendemain matin, elle se réveillait complétement aveugle.

Je constate, en effet, que cette jeune fille est atteinte d'une cécité absolue; mais, ne trouvant aucune lésion apparente qui pût expliquer un trouble fonctionnel aussi grave, et jugeant qu'un examen ophthalmoscopique était indispensable pour éclairer le diagnostic, je conseille de la conduire chez le docteur Abadie.

Voici le résultat de son examen. Extérieurement, les yeux de cette jeune personne ne présentent rien qui frappe l'attention : les pupilles sont moyennement dilatées, mais ne réagissent pas sous l'influence de la lumière; la contractilité des muscles des yeux est parfaitement conservée, et les globes oculaires se déplacent facilement dans tous les sens. La perception lumineuse, même quantitative, est complétement abolie à droite; à gauche, la lueur d'une lampe est encore faiblement distinguée à 30 centimètres environ.

A l'ophthalmoscope, le fond de l'œil est normal, sauf peut-être une très-légère diminution du calibre des artères (mais on sait combien il est difficile de se prononcer sur ces variations de diamètre des vaisseaux rétiniens en raison de leurs nombreuses variétés physiologiques), la papille ne présente rien d'anomal et l'exploration la plus minutieuse jusqu'aux parties équatoriales de l'œil ne fait découvrir également aucune altération. En présence d'une perturbation fonctionnelle aussi complète, indépendante, au moins en apparence, de toute lésion appréciable, M. Abadie songea à l'hystérie et, prenant une épingle, interrogea la sensibilité cutanée.

Toute la surface du corps était anesthésiée. Des piqûres faites sur le front, au cou, sur les bras, aux jambes, n'étaient pas ressenties, elles ne saignaient pas. L'hypothèse d'une amblyopie hystérique devenant de plus en plus probable, séance tenante, sans prévenir la malade de ce qu'on faisait, trois pièces d'or de vingt francs furent appliquées à la région temporale *gauche* et maintenues au moyen de deux tours de bande.

Au bout d'un quart d'heure environ, la jeune fille commença à dire qu'elle distinguait confusément quelques objets, puis le rétablissement de la vision se fit lentement, progressivement, et au bout d'une demi-heure elle pouvait se conduire seule. La vision s'était rétablie sur l'œil *gauche*, mais à *droite* il n'y avait pas trace de perception lumineuse, même quantitative. A ce moment l'acuité visuelle s'élevait à 1/10 sur l'œil gauche.

Il était de la plus haute importance de rechercher comment s'effectuait le retour de la perception des couleurs; mais, cet examen étant fait le soir à la lumière, les réponses ne pouvaient être précises. On put constater néanmoins que le rouge et le jaune étaient reconnus avec quelque hésitation, mais le vert et le bleu restaient confondus.

Bien convaincus après cette épreuve que nous étions en présence d'accidents hystériques nettement caractérisés, nous interrogeâmes avec grand soin la jeune fille et la directrice de l'école afin de nous éclairer sur les circonstances qui pouvaient avoir favorisé leur apparition. Les antécédents pathologiques sont nuls. Jusqu'au soir du 21, où la jeune fille s'est plainte d'une lourdeur de tête, sa santé a toujours été parfaite; réglée depuis près de deux ans, la menstruation s'est effectuée d'une façon très-régulière, tous les vingt jours. *Elle n'a jamais eu de crises nerveuses et n'a présenté aucune bizarrerie de caractère;* c'est une bonne élève, à tous les points de vue. Sa mère se porte très-bien; son père est, paraît-il, impotent et alité par suite d'une maladie de la moelle. Elle ne peut attribuer à aucune circonstance particulière, ni émotion morale, ni frayeur, ni perturbation de la santé générale, la cécité survenue si brusquement et d'une façon aussi inattendue. Le jour de Noël, il est vrai, elle reçut une lettre de ses parents lui apprenant qu'il y avait eu chez elle un feu sans importance; mais le lendemain, complétement rassurée, elle n'y pensait déjà plus.

Sauf la perte de sensibilité cutanée, elle n'accuse aucun trouble dans les fonctions de l'économie. Pas de douleur dans les régions ovariennes.

Le 23 janvier, à onze heures du matin, nous faisons appliquer un aimant, d'abord à la région temporale gauche : au bout de dix minutes la vision s'améliore lentement; mais, au bout de ce laps de temps, la malade éprouve une sensation très-pénible dans la tête, et on suspend l'application. L'aimant est transporté à droite; au bout de vingt minutes la vision commence à se rétablir de ce côté. Le soir, nouvelle application de l'aimant, mais au bout de quelques minutes la sensation de constriction, de compression autour de la tête, qui a persisté pendant la journée, s'exaspère au point qu'on est obligé de suspendre l'application.

Le 24, nouvelle application de l'aimant comme la veille. La vision s'était affaiblie, mais n'avait pas complétement disparu; elle était toujours beaucoup plus faible à droite. La tête est restée lourde. Après l'application, qui dure dix minutes pour chaque œil, la malade éprouve une sensation de lassitude très-pénible.

Le 25, mademoiselle R... est très-accablée à son réveil. On continue néanmoins les applications de l'aimant; mais à l'accablement succède une somnolence qui va jusqu'à la léthargie, au point qu'elle dort debout et qu'on est obligé de se tenir près d'elle et de la surveiller.

Nous insistons sur ce phénomène, qui a déjà été signalé par M. Landouzy chez une malade atteinte de crises douloureuses qui disparaissaient sous l'influence de l'aimant, mais après chaque séance la malade tombait dans une véritable léthargie.

Le 28, application à chaque tempe d'une pièce d'or, laissée en permanence. Au bout d'une heure, compression très-pénible dans la tête, compression qui va en augmentant jusqu'au moment où l'on retire les pièces. Grande envie de dormir.

Le 29, on continue les applications d'or, et en même temps elle prend chaque jour 2 centigrammes de chlorure d'or et de sodium à l'intérieur.

Le 5 février, on procède de nouveau à l'examen fonctionnel des yeux. L'acuité visuelle à gauche, toujours plus élevée qu'à droite, est égale à 2/7; à gauche elle est 1/5. Le champ visuel est très-rétréci, mais plus à droite qu'à gauche. Les couleurs sont assez bien perçues. La sensibilité cutanée est encore très-émoussée sur toute la surface du corps, mais néanmoins les piqûres faites un peu profondément sont ressenties.

Prescription. — Hydrothérapie, une douche par jour. Continuer le chlorure d'or à l'intérieur; porter de petits bracelets d'or, une chaînette d'or au cou et des boucles d'oreilles également en or.

L'état de la vision reste stationnaire jusqu'au 24.

Le 24, nous essayons de nouveaux métaux. Application de pièces d'argent deux fois par jour pendant une heure : aucun effet appréciable sur l'acuité visuelle.

Le 25, nouvelles applications de pièces d'argent qui ne donnent pas plus de résultat que la veille.

Le 26, essai du cuivre. Le résultat paraît défavorable, l'acuité visuelle semble diminuer légèrement.

Le 28, essai du zinc. Somnolence léthargique dans la journée. Sensation de tiraillement dans les yeux pendant l'application, mais amélioration assez sensible de la vision. Au bout de deux jours l'acuité visuelle atteint 2/5 des deux côtés. Les applications de zinc sont continuées jusqu'au 4 mars, mais l'amélioration cesse de progresser et la malade reste toujours incapable de lire.

A cette époque paraissait précisément un article fort intéressant sur la guérison de certaines manifestations hystériques au moyen de l'électricité statique (Landouzy, *Progrès médical*, n° 8, 1879). Nous résolûmes d'essayer encore ce moyen-là.

Notre malade fut placée sur le tabouret isolant de la machine électrique et mise en communication avec l'un des conducteurs. Quand elle fut suffisamment chargée d'électricité, on lui tira des étincelles sur le pourtour des orbites. L'explosion de chaque étincelle provoquait une douleur assez vive. Après une séance d'un quart d'heure environ, la vision s'améliorait au point que la malade pouvait lire couramment les caractères d'imprimerie ordinaires. D'emblée l'acuité visuelle s'élevait à 2/5. Les jours suivants, nouvelles séances d'électricité statique, l'amélioration va s'accentuant et l'acuité visuelle redevient normale.

Depuis, les séances d'électricité ont été faites régulièrement tous les deux jours, et les troubles visuels n'ont plus reparu de ce côté; la guérison semble complète. Néanmoins, cette jeune fille est encore loin d'être rendue à une santé parfaite. Les phénomènes de somnolence persistent; le matin, on est obligé de la faire lever : elle ne peut se réveiller. Pendant les classes, elle est prise parfois de véritables crises léthargiques.

Le travail intellectuel, beaucoup plus pénible qu'auparavant, ne peut être soutenu longtemps. Bien que les bracelets, chaînette, boucles d'oreilles aient été enlevés depuis le 8 mars, la sensibilité se maintient intacte.

M. *Dumontpallier* demande à M. Dujardin-Beaumetz comment le transfert a été possible, puisque l'anesthésie était générale : le transfert ne peut se comprendre que quand il y a hémianesthésie.

M. Dumontpallier présente un malade qui à la suite d'une hémorrhagie cérébrale fut atteint d'hémianesthésie complète du côté droit; anesthésie des sens spéciaux comme aussi de la sensibilité générale. Après l'application d'un aimant (la

séance dura dix minutes), on constata un retour de la sensibilité et des sens : le malade distingua peu à peu les couleurs dans l'ordre indiqué par Charcot; la seule qu'il ne puisse reconnaître est la coloration verte.

— M. *Féréol* présente un homme présentant plusieurs poches de cysticerques. Cet homme a autrefois rendu un tænia et c'est seulement plusieurs années après qu'il s'est trouvé atteint de ladrerie. Cet homme, en outre, a été diabétique, au point de rendre jusqu'à 450 grammes de sucre et de 10 à 11 litres d'urine par jour. Il est permis de se demander si ce diabète n'a pas été la conséquence de la présence d'un cysticerque dans le plancher du quatrième ventricule. Quant à la coexistence chez le même individu du tænia et de cysticerques, on sait qu'elle a donné lieu à diverses interprétations.

M. *Vallin* fait remarquer que, depuis que l'attention est attirée sur ce point, les cas de coexistence, chez le même individu, d'un tænia et de cysticerques ou de tumeurs hydatiques, deviennent assez fréquents ; depuis les recherches de M. Mégnin, on peut se demander si les œufs contenus dans les cucurbitins mêmes ne peuvent pas se dégager à l'état d'embryon dans l'intestin même du sujet qui porte le tænia, traverser la membrane muqueuse, pénétrer dans un vaisseau et produire ainsi une sorte d'auto-infection.

M. *Constantin Paul* croit qu'on pourrait aussi bien considérer le tænia comme la phase terminale du développement d'un des cysticerques qu'on rencontre sous la peau du malade de M. Féréol.

M. *Vallin* rappelle que chez le malade de M. Broca (Société de chirurgie, février 1876) le tænia avait été expulsé quatre ans avant l'apparition sur la peau des cysticerques enkystés dont M. Broca détruisit en quelques jours 250. Dans les autres cas publiés jusqu'ici, le tænia paraît avoir également précédé l'apparition des cysticerques.

M. *Rendu* rappelle que les expériences de Siebold, Van Beneden, Küchenmeister ont toujours montré que le cysticerque du porc ne donne pas naissance au tænia inerme, et réciproquement que tout prouve qu'il s'agit ici de deux espèces distinctes.

M. *Vallin* dit que c'est précisément le point en discussion ; les expériences récentes de M. Mégnin tendent à infirmer l'opinion ancienne (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, mars et avril 1879). Il semblerait, d'après ces nouvelles recherches, qu'un œuf ou embryon de tænia peut pénétrer dans une glandule, dans un diverticulum de l'intestin, y subir sa phase vésiculaire, puis repasser dans l'intestin où il devient ver sexué, tænia, mais tænia inerme; le tænia resterait armé quand l'animal ou l'homme aurait avalé un cysticerque ou échinocoque déjà développé et quand la transformation en ver sexué se ferait directement dans l'intestin. Si cette opinion se confirmait, on comprendrait aussi bien qu'un œuf se dégageât d'un fragment terminal de tænia contenu dans l'intestin, et que l'embryon, entraîné dans les vaisseaux, allât former au loin des tumeurs hydatiques ou des cysticerques, sans avoir besoin de passer dans le tube digestif d'un autre animal.

Dr Joseph MICHEL.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Hémorrhagies consécutives à l'extraction d'une dent chez un hémophyle; ligature de la carotide primitive; guérison. — Sur l'ostéomyélite. — Présentation d'un malade; ligature de l'artère ischiatique.

M. *Farabeuf* fait un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. *Hémard*, médecin principal à l'hôpital militaire de Versailles.

Le malade s'était fait arracher la deuxième molaire supérieure gauche, et depuis, aucun moyen ne pouvait arrêter le sang. Du 30 juin au 8 juillet, on employa divers tampons, le fer rouge, la compression : l'hémorrhagie se reproduisait toujours, et le malade était très-affaibli. Dans les antécédents, on ne trouva rien du côté de l'hérédité; pas de fièvres intermittentes. Le malade avait eu des hémorrhagies très-rebelles aux traitements employés.

M. Hémard résolut de faire la ligature de l'artère carotide primitive gauche; pendant les jours qui suivirent cette opération, il y eut de fréquentes hémorrhagies capillaires par la plaie; mais le sang cessa de couler du côté de l'alvéole dentaire. Le fil tomba au bout de treize jours. La plaie, blafarde, se fermait lentement; elle n'était pas complétement cicatrisée en octobre. Peu à peu l'état général s'améliorait. Après l'opération, on donna la limonade sulfurique, l'ergotine, le tannin, le sulfate de quinine. Riche alimentation. Les urines contenaient beaucoup d'albumine et un excès de phosphates.

Selon M. Hémard, l'opéré était un hémophyle, et les hémorrhagies étaient dues à la qualité du sang plutôt qu'à une altération des vaisseaux. M. Farabeuf se demande pourquoi, une fois la ligature artérielle décidée, M. Hémard n'a point lié la carotide externe? Probablement parce que, en liant le milieu de la carotide primitive, on est moins exposé aux hémorrhagies secondaires ; mais la clinique n'autorise pas cette opinion qui paraît juste au point de vue anatomique.

M. *Tillaux* voudrait savoir si M. Hémard a tout tenté avant de faire cette ligature. Il y a trois ans, un étudiant en médecine avait une hémorrhagie dentaire ; le tampon de cire était inefficace; M. Tillaux fit une cautérisation au fer rouge qui n'arrêta pas le sang. Alors il introduisit dans l'alvéole une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer, et fit appliquer un doigt sur ce tampon pendant toute une nuit; l'hémorrhagie fut définitivement arrêtée.

M. Tillaux n'accepte point que pour une hémorrhagie siégeant d'une façon évidente sur une branche de la carotide externe, on fasse la ligature de la carotide primitive; quand on a des doutes sur le point de départ de l'hémorrhagie, c'est autre chose, il faut lier la carotide primitive. La ligature de la carotide externe est moins grave ; la ligature de la carotide primitive met bien moins à l'abri de l'hémorrhagie.

M. *Verneuil* est de l'avis de M. Tillaux. Dans l'observation, l'hémophylie n'est nullement démontrée, et on ne doit l'admettre qu'à défaut d'autre chose. Or, le malade était albuminurique, et l'albuminurie prédispose aux hémorrhagies incoercibles. Il y eut des hémorrhagies par la plaie de la ligature; on donna du sulfate de quinine et les hémorrhagies s'arrêtèrent. Chez un étudiant qui avait des hémorrhagies répétées à la suite de l'avulsion d'une dent, M. Verneuil fit donner 1 gramme de sulfate de quinine et le sang s'arrêta définitivement. C'est par là qu'il faut toujours commencer, car ce sont des hémorrhagies diathésiques. On n'est pas autorisé à lier la carotide avant d'avoir essayé ce médicament.

M. *Magitot* n'a jamais vu une hémorrhagie dentaire résister à l'emploi des moyens ordinaires et surtout au tampon de gutta-percha mélangée de charpie.

M. *Le Fort* n'admet pas la ligature d'une carotide pour une hémorrhagie dentaire; car on s'expose presque certainement aux hémorrhagies secondaires.

M. *Desprès* a employé les bouchons de cire avec succès pour arrêter les hémorrhagies dentaires chez des individus diathésiques.

M. *Farabeuf*. M. Hémard a employé tous les moyens, excepté la gutta-percha. La dent arrachée était la deuxième molaire du maxillaire supérieur à gauche; mais l'observateur ne dit pas si le sang venait du rebord alvéolaire ou du fond de l'alvéole. Le malade n'était plus albuminurique trois semaines après

l'opération; s'il avait été albuminurique avant l'hémorrhagie, l'albumine n'aurait pas disparu en si peu de temps.

— M. *Trélat* a écouté avec intérêt la communication de M. Lannelongue; et, quoique d'accord avec son collègue sur le fond de la question, il désire faire quelques remarques. M. Lannelongue a montré la longueur d'évolution des affections ostéomyélitiques et leurs diverses transformations. L'an dernier, à propos d'une discussion sur la résection coxo-fémorale, M. Trélat citait le cas d'un malade amputé de la cuisse à l'âge de cinquante-sept ans, pour une septicémie subaiguë consécutive à l'évidement d'une vieille cavité d'ostéite fongueuse datant de l'âge de treize ans.

Parmi les documents interprétés par M. Lannelongue, ceux qu'il a empruntés à diverses publications sont des cas graves, des exemples de typhus des membres, et il a été conduit à exagérer la léthalité de l'ostéomyélite des enfants. Il y a des cas où les choses se passent avec moins de gravité. M. Trélat a vu une jeune fille dont la main était devenue énorme en quarante-huit heures; il pratiqua des incisions dorsale et palmaire. Un métacarpien était dénudé complétement, sauf en quelques points. L'état général s'améliora rapidement; on retira une partie de l'os nécrosé, et en un mois la guérison était complète.

M. Lannelongue a surtout étudié les cas d'autopsie. Il dit qu'il y a toujours du pus dans la profondeur des os; oui, pour un grand nombre de cas; mais il ne faut pas prendre les cas de mort ou d'opération pour la totalité des cas. Il peut y avoir des ostéomyélites qui bornent leurs ravages à la partie superficielle de l'os et donnent lieu à de petits séquestres.

M. *Després* présente deux malades. Les abcès sous-périostiques sont-ils indistinctement dus à la périostite, à l'ostéite ou à l'ostéopériostite? Il y a une théorie unique qui peut expliquer tous les faits; les malades ont invariablement leur abcès au même point. Il faut excepter les abcès venant dans la convalescence de la fièvre typhoïde ou de la rougeole. Les abcès se développent aux extrémités des os, jamais au milieu de l'os, sauf dans les cas de traumatisme. C'est toujours au niveau du cartilage interépiphysaire que le mal commence. Les abcès sous-périostiques ne sont qu'un symptôme de l'ostéomyélite juxta-épiphysaire des adolescents. M. Després présente ses deux malades à l'appui de son opinion.

M. *Trélat* n'a jamais contesté que l'ostéomyélite, telle qu'il l'entend, n'ait son point de départ au niveau du cartilage. La dissidence avec M. Gosselin réside en ceci : M. Gosselin dit qu'il s'agit d'une ostéite, et M. Trélat dit que ce sont les éléments médullaires qui sont le point de départ de la maladie. Plus le sujet se rapproche de l'âge de quinze ans, plus l'ostéomyélite reste confinée au niveau du cartilage épiphysaire; plus l'enfant est jeune, plus elle s'étend loin du cartilage; 99 fois sur 100 le mal part de l'épiphyse; ces données sont en accord avec le développement normal des os.

— M. *Tillaux* présente un malade sur lequel il a fait la ligature de l'artère ischiatique pour un anévrysme traumatique diffus de cette artère, consécutif à une fracture du bassin.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 10 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Hémisection du pont de Varole et du bulbe : M. Brown-Séquard. — Innocuité du cuivre : M. Galippe. — Péritoine du serpent python : M. Blanchard. — Dosage comparatif de l'urée de l'urine et de l'urée du sang : M. Gréhant.

M. *Brown-Séquard* continue la série de ses communications sur les effets produits par les hémisections du pont de Varole et du bulbe rachidien. Sur des chiens et des lapins, il coupe la moitié droite du pont de Varole et constate que cette lésion n'empêche pas la production de mouvements dans les membres du côté gauche, lorsqu'on excite par des courants galvaniques la moitié droite de l'écorce grise du cerveau. Ce fait est en contradiction manifeste avec les idées actuellement admises sur la transmission des excitations par des fibres nerveuses, qui, parties d'un point du cerveau, suivraient la moitié correspondante du pont de Varole et gagneraient la moitié opposée de la moelle au niveau du bulbe. En présence de cette expérience, on pourrait supposer que la transmission se fait par des fibres entre-croisées au-dessus du pont de Varole. S'il en était ainsi, dans le cas actuel, l'excitation de la moitié gauche du cerveau ne pourrait plus déterminer de mouvements. Or, la lésion droite du pont de Varole ne change rien aux résultats habituels de cette excitation. D'ailleurs, une expérience toute récente (9 mai) faite par M. Brown-Séquard à son cours vient renverser toutes ces hypothèses. Un animal dont le pont de Varole avait été sectionné à droite et le bulbe à gauche présentait, sous l'influence de l'excitation galvanique du cerveau, des mouvements en tout semblables à ceux qu'il présentait avant ces opérations. La transmission croisée des excitations se fait donc par un mécanisme tout particulier; elle ne peut avoir lieu que par la partie de l'isthme étendue entre les deux hémisections; tout semble se passer comme si des fibres en S allaient successivement d'une moitié à l'autre des centres nerveux. M. Brown-Séquard se garde bien, du reste, de croire à l'existence de ces fibres; il ne fait cette comparaison que pour faire mieux saisir le trajet compliqué de ces transmissions, dont il donnera ultérieurement une théorie complète.

M. *Dumontpallier*, rappelant que, dans sa dernière expérience, M. Brown-Séquard reconnaît avoir épargné quelques faisceaux de la moitié droite du pont de Varole et avoir coupé la moitié gauche du bulbe au-dessus de l'entre-croisement des pyramides, fait observer qu'en raison de ces détails précis l'opérateur a laissé échapper des fibres nerveuses capables de transmettre les excitations suivant le mode généralement admis, et fait des réserves sur l'interprétation donnée aux résultats de l'expérience. — M. Bert croit que des sections dans le plan vertical, en suivant la ligne médiane, seraient nécessaires pour élucider ces questions.

— M. *Galippe*. Un lapin d'un an a reçu pendant six mois des aliments assaisonnés chaque jour de 2 grammes de sous-acétate de cuivre. Les 360 grammes de ce sel que cet animal a été forcé de digérer, puisqu'il ne vomit pas, ne l'ont pas empêché d'engraisser de 1300 grammes pendant la période même de l'expérience. Au bout de ce délai, il a été tué et mangé par M. Galippe sans déterminer le moindre accident. Son foie, dont le poids était de 71 grammes, contenait une quantité de sels de cuivre correspondant à 13 centigrammes de métal.

— M. *Blanchard* a pu étudier les viscères d'un grand serpent python. La cavité pleuro-péritonéale admise par Cuvier n'existe pas; le péritoine ne remonte pas au-dessus du pylore; l'estomac, l'œsophage, les poumons ne sont enveloppés d'aucune séreuse, mais d'un simple tissu cellulaire lâche. Ces organes cependant sont animés de mouvements assez étendus. La cavité péritonéale ne se termine pas inférieurement en cul-de-sac, comme on le croyait; elle est en communication avec un très-fin canal qui s'ouvre dans une ampoule perforée de plusieurs ouvertures. L'insufflation de cette ampoule amène la distension non-seulement du péritoine, mais aussi de la grande citerne lymphatique et de tout le tissu conjonctif; ce fait vient à l'appui des théories qui rapprochent les séreuses et le tissu cellulaire du système lymphatique. Enfin le péritoine du serpent python laisse presque en dehors de lui le tube intestinal et semble, comme de Blainville l'avait dit le premier d'une façon générale, plutôt une dépendance de l'appareil génital que de l'appareil digestif.

— M. *Gréhant* a recherché comparativement la quantité d'urée contenue dans un certain poids d'urine et dans le même poids de sang. Il ne s'est livré à cette étude qu'après une série de travaux destinés à mettre ses analyses à l'abri de toute cause d'erreur. En premier lieu, il a modifié la préparation de nitrate acide de mercure (réactif de Millon); il traite simplement une très-petite masse de mercure par une forte proportion d'acide azotique, n'ajoute pas d'eau, ne chauffe point. Puis il mêle à froid le réactif et le liquide à examiner et ne chauffe qu'après; car, si l'on chauffe immédiatement, le réactif semble perdre son efficacité. Enfin, pour être sûr d'employer toujours une dose suffisante de réactif, il n'a agi que sur des liquides très-dilués, après s'être assuré toutefois, en opérant sur des solutions artificielles d'urée de plus en plus faibles, que le réactif était aussi sensible pour elles que pour des solutions concentrées. Entouré de toutes ces précautions, il a pris sur des chiens des poids égaux de sang de l'artère fémorale et d'urine, et a constaté dans trois expériences que le second de ces liquides contenait 285 à 315 et 444 fois plus d'urée que le premier. Ces chiffres montrent avec quelle activité le rein dépouille le sang de son urée.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Diagnostic de l'adhérence du péricarde, par le docteur Reiss.

Les signes de cette affection étant assez obscurs, l'auteur appelle l'attention sur un symptôme non signalé jusqu'ici, et auquel il attache une grande importance diagnostique, quand il existe. C'est une résonnance métallique des bruits du cœur, ainsi que des bruits de souffle (s'il existe des lésions valvulaires) qu'on entend dans la région de l'estomac. L'auteur relate trois cas de symphyse cardiaque observés à l'hôpital général de Berlin, dans lesquels ce symptôme était nettement accusé.

L'un d'eux vient d'être autopsié, l'adhérence du péricarde était générale. Les deux autres sont encore dans le service, et présentent, outre les adhérences, des lésions valvulaires. Les souffles cardiaques sont entendus avec cette résonnance métallique à travers l'estomac. Le phénomène est plus marqué lorsque l'estomac est très-distendu, mais il s'observe aussi avec une distension modérée de cet organe. Cette résonnance est en général plus forte pour le premier bruit et pour le souffle systolique que pour les bruits qui se passent au second temps. (*Berliner klinische Wochenschrift*, et *Lyon médical*, 9 mars 1879.)

Traitement des tumeurs érectiles, par le docteur Delore, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Voici comment l'auteur formule le traitement :

1° Le tissu érectile, sous peine de récidive, doit être détruit complétement par l'*exérèse* ou transformé par la méthode *inodogène*.

2° On ne peut atteindre que les parties qui sont accessibles à nos moyens d'investigation. Par aucun procédé on n'est certain d'atteindre du premier coup le tissu morbide dans toute sa profondeur, à moins qu'on n'empiète largement sur les tissus sains. En dehors de ce cas, on ne se rend bien compte de l'effet produit que quelques jours après la première opération.

3° La destruction peut être obtenue par plusieurs moyens, le fer rouge, les caustiques, la ligature.

4° Lorsque les tumeurs érectiles sont volumineuses, qu'elles progressent rapidement, il importe d'employer contre elles l'exérèse à action rapide; si les moyens sont lents, l'envahissement peut devenir dangereux; mais M. Delore est loin de repousser les moyens lents, quand la marche du mal le permet.

5° Une opération type serait de transformer le tissu érectile sur place en tissu de cicatrice, sans produire une trop grande déperdition de substance. D'après l'auteur, l'électrolyse a rempli le mieux cette indication. (*Lyon médical*, février 1879.)

De la laparotomie dans le pansement de Lister, par le docteur Czerny.

Dans ces derniers temps, on a beaucoup insisté *à priori* sur les avantages que pourrait donner la méthode antiseptique de Lister dans les opérations de gastrotomie, de laparotomie. On a prétendu qu'on pouvait empêcher d'une manière absolue la production de la septicémie. Czerny rapporte à ce sujet une statistique qui ne répond pas à ces prévisions, bien que le résultat général ne soit pas des plus mauvais. Il a pratiqué dix laparotomies en appliquant le pansement de Lister, et malgré cela il n'a pas obtenu le résultat promis.

Sur six ovariotomies, il a eu une mort par péritonite septique. Dans tous ces cas, le pédicule avait été abandonné dans la cavité abdominale et les fils de soie bouillis dans l'acide phénique qui l'étreignaient s'enkystèrent sans accident. Il faut ajouter que dans aucun de ces cas l'opérateur ne pratiqua le drainage abdomino-vaginal.

Dans deux hystérotomies pour myomes utérins, où l'on fixa le pédicule à l'angle inférieur de la plaie, il y eut un début de septicémie et de la fièvre; toutefois les malades finirent par guérir. L'auteur cite deux des autres opérations qui se terminèrent également par la guérison, mais non sans accidents, puisqu'on fut obligé d'établir le drainage. Dans le premier cas, il s'agissait d'une péritonite suppurée (erreur de diagnostic); dans le second cas, d'une tumeur solide du bassin qu'on n'arriva pas à détacher (7° Congrès des chirurgiens allemands). (*Gazette médicale de Strasbourg*, n° 4, janvier 1879.)

Essai sur la méningite en plaques ou scléreuse limitée à la base de l'encéphale, par le docteur Labarrière.

C'est une forme rare de méningite circonscrite, toujours secondaire à une lésion vasculaire et à une altération des parties voisines, surtout de la base du crâne. La syphilis est la seule condition étiologique démontrée; l'alcoolisme affecte plutôt les méninges de la convexité du cerveau, et la tuberculose, évoluant d'une façon aiguë, ne laisse pas à la lésion scléreuse le temps de se développer. L'hydrocéphalie se voit souvent; l'altération la plus fréquente est la dégénérescence vasculaire, l'artérite chronique, qui accompagne constamment la méningite scléreuse. Symptômes : persistance d'une céphalée gravative, se compliquant de paralysies localisées, plus souvent motrices que sensitives. Ces paralysies se font par poussées, peuvent disparaître, mais restent souvent permanentes.

Voici les deux formes principales. Première forme : début par les parois crâniennes antérieures, parésie du nerf optique et surtout de l'oculo-moteur commun, puis les nerfs bulbaires se prennent successivement. Deuxième forme : marche d'arrière en avant des phénomènes paralytiques. Dans les deux formes, d'ailleurs, marche très-lente; la maladie dure plusieurs années.

Les troubles bulbaires consistent en embarras de la parole, tremblement de la langue, dysphagie, c'est le tableau clinique

de la paralysie glosso-labio-laryngée. Un symptôme très-fréquent est la neuro-rétinite, la polyurie aussi. Quelques accès apoplectiformes rappelant ceux de la paralysie générale. (*Revue des sciences méd.*, 15 janvier 1879.)

Travaux à consulter.

Thérapeutique du diabète, par M. Furbringer. — Expériences cliniques portant sur le salicylate de soude, l'acide phénique, le benzoate de soude, le thymol, la quinine, la digitale, les arsenicaux, le bromure de potassium, la térébenthine, la pilocarpine. Beaucoup de ces substances augmentent la glycose dans l'urine, aucune ne la diminue. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXII, p. 468.)

La production et la résorption du tissu osseux, par M. Kassowitz. — « La cause du ramollissement des os rachitiques est une hyperhémie et une production pathologique de vaisseaux de nouvelle formation dans le cartilage d'ossification, processus qui empêche le dépôt des sels calcaires ». Voilà qui n'est guère clair! (*Cent. für med. Wiss.*, 1878, n° 44.)

La blennorrhée chronique des voies respiratoires, par M. Kolbe. — Relation d'un cas. L'affection est due à un virus, probablement le même que celui qui détermine l'uréthrite et la conjonctivite. (*Wien. med. Woch.*, 1878, n° 20.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'asthme, de sa pathologie et de son traitement, par le docteur J.-B. Beckart, un volume in-8 de 264 pages. — Londres, 1878; chez A. Churchill.

M. le docteur J.-B. Beckart n'a pas eu l'intention, en publiant l'ouvrage que nous signalons à l'attention des lecteurs, d'ajouter une théorie nouvelle à toutes celles qui ont déjà été émises plus ou moins heureusement, mais simplement de résumer les travaux les plus importants et de mettre un peu de clarté dans la nature et le traitement de cette affection. Un examen attentif, dit l'auteur dans sa courte préface, lui permet de dire que l'asthme n'est qu'un phénomène de plus dans ceux qui viennent compliquer les inflammations pulmonaires : telle est l'opinion qu'il a déjà soutenue en 1873 devant la Société médicale de Londres, et qu'une étude attentive de tous les faits qui se sont présentés à lui depuis quatre ans l'autorise à soutenir encore aujourd'hui.

Peu d'affections ont été l'objet de théories plus diverses; si certains auteurs, à la suite de Van Helmont, en font une affection purement nerveuse, d'autres, au contraire, la considèrent comme la conséquence d'affections cardiaques ou pulmonaires; d'autres enfin, comme le professeur Sée, déclarent que l'asthme est une affection nettement délimitée, indépendante des lésions pulmonaires ou cardiaques qui l'accompagnent quelquefois, sans jamais la produire; en vertu de cette dernière théorie, la division classique entre l'asthme essentiel et l'asthme symptomatique n'a plus de raison d'être. Sans poser des conclusions aussi absolues, M. Beckart pense que l'asthme serait la conséquence de lésions pulmonaires. L'asthme consiste, pour cet auteur, en une dyspnée intense et intermittente, qui, à cause de l'absence de lésions organiques, attribuée d'abord à une modification morbide nerveuse, est en réalité produite par des modifications pathologiques pulmonaires. C'est un symptôme analogue à ceux qui accompagnent les bronchites chroniques et l'emphysème, comme aussi ceux qui compliquent les affections cardiaques et pulmonaires. C'est à cause de la dyspnée qu'on a attribué à cette maladie une origine nerveuse. M. Beckart consacre un intéressant chapitre à l'étude de cette opinion. Cependant les lésions anatomiques de cette affection n'ont pas seulement une marche lente et latente, mais parfois elles ne sont pas en rapport avec l'intensité des symptômes; il est possible de prouver que l'asthme n'est qu'un symptôme.

Quant aux causes, Hyde Salter, sur 223 cas, n'a pu déterminer l'origine de l'asthme sur 40, et sur les 183 autres les causes étaient les suivantes : catarrhe chronique, pneumonie catarrhale, fièvre typhoïde (132); causes spontanées (10); hérédité et constitution (11); climat et miasmes (8); travail pénible, anxiété, etc. (6); disparition d'affections cutanées et de peau (5); maladie de foie (1); fièvre bilieuse (1); affection de l'estomac (1); indigestion (1). Sans avoir besoin de multiplier les causes occasionnelles et déterminantes, on peut, à l'exemple de M. le professeur Sée, diviser les diverses variétés en quatre classes : les accès dus à une excitation nervo-motrice, comme, par exemple, la présence de poussière organique, le pollen des graminées, principalement décrite avec un soin particulier par M. Beckart dans un intéressant chapitre sur la fièvre des foins; les accès dus à une cause réflexe, c'est-à-dire ayant son point de départ dans une irritation périphérique, soit des organes digestifs (asthme dyspeptique), soit des organes génitaux, soit même des téguments; les accès dus à une excitation centrale, et enfin les accès dus à une altération du système sanguin. Sous l'influence de certaines maladies générales, dit M. Sée, comme la goutte, les divers appareils de l'organisme peuvent être atteints; le système respiratoire se prend particulièrement lorsque les manifestations régulières de la diathèse, c'est-à-dire la goutte des articulations, viennent à cesser brusquement; c'est ce processus morbide qu'on désigne sous le nom de métastase. La maladie appelée dartre détermine tout aussi fréquemment des affections respiratoires, tantôt l'asthme, par suite de l'irritation de la peau, tantôt le catarrhe bronchique, par affection directe de la muqueuse. C'est là un exemple d'asthme mixte d'origine diathésique.

On peut voir que non-seulement ces divisions ne sont pas purement théoriques, mais qu'elles reposent sur une observation attentive des faits cliniques; ces distinctions, en effet, sont d'autant plus utiles à établir que le traitement variera selon la cause occasionnelle ou déterminante des accès d'asthme. On peut donc, à l'exemple de M. Beckart, admettre des subdivisions; mais les types principaux rentrent dans les quatre classes réunies par M. Sée, et les indications thérapeutiques restent les mêmes pour chacune d'elles. On comprend donc l'importance du traitement, une fois la cause reconnue : aussi M. Beckart a-t-il donné un soin particulier à tout ce qui concerne cette dernière question; cette partie de son ouvrage renferme un résumé complet de tous les moyens thérapeutiques proposés.

En résumé, si le traité de M. Beckart ne présente rien de bien original, on y trouvera un résumé très-clair et très-précis de tous les travaux publiés sur cette question, non-seulement en Angleterre, mais en France et en Allemagne; sans se laisser guider par des idées préconçues, l'auteur a exposé impartialement tous les travaux de ses devanciers; c'est à ce titre principalement que nous en recommandons la lecture.

Dr Joseph Michel.

Index bibliographique.

Clinical lectures on stricture of the urethra (Leçons cliniques sur le rétrécissement de l'urèthre et autres affections des organes génito-urinaires), by Reginald Harrison. In-8 de 198 pages. — London, 1878. Churchill and Sons.

L'auteur a condensé en dix-huit leçons le résultat d'une pratique fort étendue, et bien que bon nombre des faits qu'il rapporte aient été publiés çà et là dans des journaux, il n'en est pas moins intéressant de les relire avec les déductions thérapeutiques ou pathologiques que l'auteur a établies.

Les dix premières leçons sont consacrées à l'étude des causes,

des symptômes, des complications et du traitement des rétrécissements.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur admet la classification de Dittel; la dilatation graduelle est l'objet de conseils pratiques exposés avec concision, et l'auteur la préconise pour tous les rétrécissements récents et pour tous les rétrécissements plus anciens où elle est bien supportée, et permet de maintenir une dilatation suffisante; mais la dilatation continue lui semble produire des résultats plus rapides au point de vue de la modification des tissus, et mériterait d'être plus souvent employée qu'on ne fait habituellement.

Dans la rétention d'urine compliquant un rétrécissement infranchissable ou du moins dans lequel on ne peut passer une sonde, M. Harrison a maintes fois employé l'aspiration par la ponction sus-pubienne avec les fins trocarts; il signale l'emploi de cet instrument comme devant remplacer les ponctions sus-pubiennes ou rectales; il cite des exemples prouvant qu'une ponction seule peut suffire et permettre de rétablir en quelques jours le cours de l'urine par les divers moyens de dilatation; et, d'ailleurs, la ponction pratiquée avec un aspirateur convenable et de fines aiguilles peut être répétée sans danger; en effet, le docteur Brown a apporté comme exemple remarquable ce fait d'un malade chez lequel il a pu pratiquer chaque jour et même deux fois par jour, en somme quinze fois, l'aspiration sans produire aucune complication au niveau des ponctions. L'uréthrotomie externe est le remède extrême des cas les plus compliqués; nul chirurgien n'ignore combien cette opération est délicate lorsqu'on doit opérer sans conducteur; c'est pourquoi les moindres détails opératoires sont utiles à connaître; c'est ainsi que le procédé de Weelhouse a été complétement exposé par M. Harrison. Ce procédé est basé sur l'emploi d'un cathéter cannelé et terminé en bouton, de façon qu'il permet d'arriver jusqu'au rétrécissement et de faire porter l'incision à 1 centimètre et demi de distance de ce rétrécissement. On peut ainsi ouvrir l'urèthre au-dessus du rétrécissement, et alors rechercher l'orifice de celui-ci en se servant de cette même sonde cannelée; on arrive ainsi de proche en proche jusqu'à la vessie, et l'on a soin de toujours écarter les deux lambeaux latéraux de l'urèthre au moyen de pinces.

Divers exemples cités par l'auteur viennent appuyer ses conclusions sur la thérapeutique des ruptures traumatiques de l'urèthre, à savoir qu'il faut inciser largement le périnée par une section longitudinale.

Enfin, parmi les opérations les plus ordinairement employées pour le traitement des rétrécissements, l'uréthrotomie interne est considérée par M. Harrison comme l'opération la plus rationnelle et la plus inoffensive; mais il la réserve pour les cas où la dilatation a échoué, c'est-à-dire qu'il ne l'emploie pas dans les rétrécissements récents. La dilatation forcée de Holt peut être employée dans des cas de rétrécissement dont le siége est dans le tissu sous-muqueux; dans ces cas, le rétrécissement peut être rompu sans qu'il y ait déchirure de la muqueuse. Deux autopsies de M. C. Heath et une autre citée par l'auteur ont démontré ce fait; la mort n'avait pas été, dans ces cas, causée par l'opération, mais l'avait suivie de près.

Nous ne résumerons pas les leçons de M. Harrison concernant les corps étrangers de l'urèthre et de la vessie, la rétention ou l'incontinence d'urine, le diagnostic de la pierre, la lithotomie et la lithotritie, le traitement des débris de calculs par les injections diluées d'acide nitrique, parce que, malgré des observations intéressantes, nous n'y avons pas trouvé des indications importantes par leur originalité; nous pensons que cette rapide analyse suffira pour montrer la valeur de ces leçons cliniques.

Des corps étrangers du rectum, leurs migrations dans l'intestin, par M. le docteur C. Gérard. In-8 de 72 pages. — Paris, 1878. V. A. Delahaye.

L'auteur résume trente-quatre observations de corps étrangers, c'est-à-dire qu'il indique les plus extraordinaires; c'est un triste bilan de la manie ou de l'imbécillité humaine; mais, ainsi que le rappelle M. Gérard, « la maladie nous est un objet de pitié et non pas de scandale ». L'auteur a tenté un exposé du mécanisme des migrations des corps étrangers, et au point de vue des dimensions et de la forme ses études doivent être rapprochées des recherches de Simon sur l'exploration du rectum; cette thèse renferme des indications opératoires qui seraient utiles à consulter en présence d'un de ces exemples qui ont exercé l'ingéniosité des chirurgiens.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 10 mai 1879, la chaire de matière médicale et thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris a été déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la publication de cet arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Hôpital Laennec. — M. le docteur A. Ferrand commencera le jeudi 29 mai, à dix heures, et continuera les jeudis suivants, à la même heure, une série de quatre conférences sur *les formes cliniques de la phthisie pulmonaire et les indications qui s'y rapportent.*

Hôtel-Dieu de Lyon. — L'administration des hospices de Saint-Etienne (Loire) fait savoir que le lundi 12 avril 1880 un concours public, pour une place de médecin, sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves. S'adresser, pour les conditions particulières, au secrétariat des hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoîte, n° 40.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 1er au 8 mai 1879, on a constaté 1125 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 17. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 4. Variole, 21. — Croup, 21. — Angine couenneuse, 20. — Bronchite, 54. — Pneumonie, 99. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 14. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 3. — Affections puerpérales, 4. — Erysipèle, 6. — Autres affections aiguës, 264. — Affections chroniques, 476 (dont 201 dus à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 47. — Causes accidentelles, 40.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La fièvre typhoïde, par Ch. Murchison, traduit de l'anglais par le docteur Lutaud, accompagné de notes et précédé d'une introduction par M. Henry Gueneau de Mussy. 1 vol. grand in-8, avec figures dans le texte, et planches hors texte. Paris, Germer Baillière et Ce. 10 fr.

Clinique médicale de l'hôpital de la Charité, par le professeur A. Vulpian : considérations cliniques et observations par le docteur F. Raymond; revues par le professeur. 1 fort vol. in-8 de 950 pages. Paris, O. Doin. 14 fr.

Des agents perturbateurs du développement de la jeunesse (Étude physiologique sur l'alcoolisme, l'abus du tabac et l'onanisme), par le docteur E. Goubert. Paris, O. Doin. 3 fr.

De la ligue contre les vivisections, précédé d'un aperçu sur Cl. Bernard, par le docteur Caradec. In-8. Paris, 1878, A. Coccoz. 1 fr.

De la langue noire (Glossophytie), par le docteur A. Dessois. In-8 de 40 pages, avec une planche lithographique. Paris, O. Doin. 2 fr.

Considérations sur l'amputation du col de l'utérus, et description d'un mode particulier de pratiquer cette opération, par le docteur A. Reichard. In-8 de 70 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 22 mai 1879.

DE L'ÉPIDÉMIE DE VARIOLE.

Ainsi que l'a fait remarquer avec raison M. le docteur Ernest Besnier dans son remarquable rapport sur les maladies régnantes, rapport dont nous n'avons pu donner qu'une trop courte analyse (*Gazette hebdomadaire*, n° 18, p. 283), l'opinion publique, y compris l'opinion médicale, s'est émue un peu plus que de raison de la recrudescence de l'épidémie variolique, qui a occasionné 151 décès dans les trois mois qui viennent de s'écouler. Sans exagérer l'importance de ce dernier chiffre, il importe cependant si on le compare à celui qui indique les décès des années précédentes pendant les trois mois correspondants, de reconnaître là un fait qui doit attirer l'attention non-seulement des praticiens, mais aussi de l'Assistance publique. Depuis 1870, la mortalité par la variole n'avait jamais fourni un contingent aussi élevé; pendant les premiers trois mois, en 1872, on n'avait compté que 32 décès, 6 en 1873, 4 en 1874, 43 en 1875, 102 en 1876, 67 en 1877, et enfin 6 seulement en 1878. Il est vrai que l'année 1878, malgré l'Exposition, qui avait jeté sur Paris une quantité énorme d'étrangers de tous les mondes, les uns vaccinés, les autres non vaccinés, avait été remarquable par une bénignité telle que, dans les neuf premiers mois de l'année, la variole n'avait fourni que 37 décès pour les malades de la ville et de l'hôpital. Les trois derniers mois avaient été moins heureux : les décès s'étaient élevés alors à 52. Aussi M. Besnier avait-il raison de considérer cette recrudescence comme un premier avertissement d'une épidémie nouvelle, en s'appuyant sur ce fait démontré par lui à plusieurs reprises avec évidence, que la variole poursuit une marche ascendante de l'automne jusqu'aux mois de janvier et février, où elle atteint son paroxysme, pour décroître au printemps. « Ce qui était certain, ajoutait-il, c'est que la menace d'exacerbation variolique est sans cesse imminente, et que les années stériles, comme celles qui ont suivi les années 1870 et 1871, ne doivent pas faire oublier le retour probablement inévitable des années fécondes. » Il y avait donc lieu, dès ce moment, de prévoir la formation de petits foyers pouvant, à un moment donné, prendre une extension considérable, grâce à la négligence de la population parisienne qui, depuis l'année 1870, ne pensait plus à l'utilité de la revaccination, et de prescrire toutes les mesures pour empêcher l'épidémie de s'étendre dans les diverses parties de la ville : il eût fallu, dès ce moment, instituer des mesures nécessaires pour lutter contre les retours offensifs d'une affection véritablement permanente, malgré sa bénignité des dernières années.

Il n'est pas possible de nier que, depuis 1870, l'administration de l'Assistance publique ait déjà apporté des modifications heureuses, soit en créant des services spéciaux pour les varioleux, soit en multipliant les revaccinations. Mais ces mesures, tout en constituant un progrès, sont-elles suffisantes? Non, sans aucun doute, tant qu'on n'aura pas ordonné les trois mesures suivantes, mesures si souvent réclamées par un grand nombre de médecins des hôpitaux et principalement par M. le docteur E. Besnier dans presque tous ses rapports trimestriels : 1° la création dans tous les hôpitaux, sans exception, d'un pavillon d'isolement temporaire pour tous les malades douteux ou trop gravement atteints pour qu'il soit possible de les transporter dans les hôpitaux spéciaux; 2° la réglementation des transports de ces malades dans des voitures spéciales, ne servant que pour eux; 3° et enfin la création d'un institut vaccinal public, où les médecins pourraient d'une part se procurer de bon vaccin, et d'autre part où les habitants pourraient se faire vacciner, on n'obtiendra que des résultats tout à fait insuffisants. L'isolement dans les hôpitaux n'est, en effet, qu'un palliatif illusoire. Pour n'en donner qu'une preuve, citons le fait signalé par M. Vallin en 1877 : Sur 35 cas de variole observés au Val-de-Grâce, 18 avaient été contractés à l'intérieur de l'hôpital, soit par des malades entrés pour toute autre maladie, soit par des employés de l'administration. Un fait qui démontre mieux encore l'importance de l'isolement est celui que nous trouvons dans le rapport de M. E. Besnier (1er trimestre 1870). Sur un mouvement de 1691 varioleux traités dans les hôpitaux, du 1er janvier au 21 mars, on compte 1490 venus du dehors, et 201 cas intérieurs. Mais combien plus nombreux doivent être les cas de variole contractés à l'hôpital par les parents ou amis des malades, qui n'ont fait que passer dans les salles où se trouvaient des varioleux, qui ont ainsi contracté une maladie dont l'origine, contagion, est si souvent méconnue! Il en est donc pour la variole comme pour la diphthérie, ainsi que l'ont démontré à plusieurs reprises et avec tant d'insistance MM. Archambault et Bergeron, en demandant un isolement sérieux, qui mette les petits malades à l'abri d'une contagion dont on n'a que de trop nombreux exemples.

Il faut un isolement, non pas dans une chambre ou dans une salle attenant à d'autres salles, où sont accumulés des malades atteints d'affections diverses, mais dans un corps de bâtiments spécial, sans aucune communication directe avec le reste de l'hôpital. Tel est le but à atteindre, tel est ce qu'on doit demander à l'administration dans tous les hôpitaux.

Depuis 1870, la population parisienne, grâce à la décroissance des cas de variole, vivait dans une sécurité absolue; mais, à l'annonce de la recrudescence que nous avons signalée, les demandes de vaccination se sont élevées à ce point, qu'il est difficile aujourd'hui de se procurer le vaccin nécessaire. Et, en effet, les hôpitaux ne peuvent fournir qu'un petit nombre d'enfants vaccinifères : les enfants vaccinés sont emmenés presque toujours le huitième ou dixième jour

de leur naissance par leur mère avant que les boutons naux aient complétement évolué ; les hôpitaux, sauf es exceptions (1), n'en fournissent que des quantités vér ent insuffisantes, même pour le service de l'hôpital, à plus forte raison pour les médecins qui viennent en demander pour le besoin de leur clientèle. Il y a donc lieu de se préoccuper de cette pénurie de vaccin pour les vaccinations, comme aussi pour les revaccinations, qui devaient être exigées, non-seulement par les administrations à tous les employés, mais même des chefs d'atelier à tous leurs ouvriers. Rien ne prouve mieux l'importance des revaccinations que les chiffres fournis par M. Champouillon à la Société médicale des hôpitaux (séance du 25 mars 1870). De 1867 à 1868, 3319 militaires ont été atteints de variole ou de varioloïde; sur ce nombre, 2432 avaient été vaccinés dans leur enfance, mais n'avaient pas été revaccinés; 720 avaient été revaccinés; 38 avaient eu autrefois la variole; 109 n'avaient pas été vaccinés et n'avaient pas eu la variole. Ajoutons enfin que les revaccinations faites sur les militaires, principalement à leur entrée au corps, avaient fourni une proportion considérable de succès, 32 pour 100, et dans les maisons centrales 33 pour 100. Telle est, en effet, la moyenne ordinaire des succès de la revaccination; le fait suivant en est une preuve nouvelle.

Dans une note importante communiquée en 1877 à M. Ernest Besnier, M. Lereboullet appelle l'attention sur le résultat des revaccinations : les résultats sont d'autant plus importants qu'ils reposent sur 886 hommes, qui ont été suivis avec soin. Or, sur ces 886 hommes, M. Lereboullet a constaté lui-même 237 succès, ce qui fait en moyenne 1 succès sur 3,7. Ces chiffres se décomposent ainsi :

1° Hommes arrivant au corps sans présenter de traces manifestes de vaccin et ne pouvant affirmer qu'ils aient été vaccinés : vaccinés avec vaccin d'enfant, 20, 5 succès; vaccinés avec vaccin d'adulte, 22, 4 succès. Moyenne avec vaccin d'enfant, 1/4; moyenne avec vaccin d'adulte, 1/5,5.

2° Hommes ayant déjà été vaccinés ou même revaccinés : revaccinés avec vaccin d'enfant, 613, 172 succès; revaccinés avec vaccin d'adulte, 231, 56 succès. Moyenne avec vaccin d'enfant, 1/3,5; moyenne avec vaccin d'adulte, 1/4,1.

Ces résultats permettent déjà de faire repousser le vaccin d'adulte comme fournissant des résultats évidemment moins favorables que ceux du vaccin d'enfant. « Or, ajoute M. Lereboullet, j'ai pris du vaccin d'adulte, et je m'en suis servi pour vacciner des enfants. Dans ce cas, les pustules que j'ai obtenues étaient infiniment moins belles, moins développées, moins riches en lymphe vaccinale que lorsque je me suis servi du vaccin d'enfant. Bien plus, en vaccinant un bras avec du vaccin d'enfant et un autre bras avec un vaccin d'adulte, j'obtins d'un côté de magnifiques pustules (vaccin d'enfant), de l'autre des pustules avortées ou même nulles (vaccin d'adulte). »

Il est donc de toute nécessité que l'administration se préoccupe de la pénurie des sources vaccinales; les enfants vaccinifères sont trop rares pour qu'on puisse espérer en faire la source unique du vaccin nécessaire. Mais n'a-t-on pas le vaccin de génisse? Le cowpox, à la suite d'insuccès (Constantin Paul, 12 insuccès sur 13 vaccinations), est tombé un moment dans un discrédit immérité, discrédit dû à ce que, grâce à des entreprises particulières, on épuisait le cowpox par des inoculations successives, on voulait faire produire aux pustules plus qu'elles ne pouvaient donner, on provoquait ainsi des suppurations artificielles sans aucune propriété antivariolique pour suffire aux demandes d'une population affolée à ce point que, le 15 mars 1870, M. Depaul déclarait à l'Académie de médecine que, la veille, 3000 personnes s'étaient présentées à l'Académie pour être revaccinées, et que le jour même où il faisait cette communication on n'en avait pas compté moins de 2000. A ce moment, sans aucun doute, l'industrie de la vaccination par la génisse essayait par tous les moyens possibles de surmener la production et la quantité des boutons vaccinaux ; aussi les résultats étaient-ils déplorables; mais en se procurant des génisses atteintes de cowpox spontané, et en chargeant des vétérinaires de la surveillance et de la direction des inoculations, on obtiendrait un vaccin dont les résultats seraient, sans aucun doute, favorables; n'est-ce pas avec le vaccin de génisse qu'à Bruxelles on procède aux vaccinations comme aux revaccinations? On procède, il est vrai, avec tout le soin désirable, soin qu'il serait aussi facile d'apporter à Paris qu'à Bruxelles, et on pourrait ainsi obtenir les mêmes résultats, résultats surprenants, puisque sur 2556 vaccinations d'enfants par la génisse, M. Warlomont n'a eu aucun insuccès.

Dr Joseph MICHEL.

(1) Citons parmi ces exceptions l'hôpital de la Pitié, où la sœur chargée du service des accouchements, la sœur Ursule, avec un zèle et une patience des plus louables, recueille le vaccin et en fournit généreusement à tous ceux qui lui en demandent. La sœur Ursule, depuis le 1er janvier, a fourni ainsi plus de 700 tubes d'excellent vaccin, ainsi que des enfants vaccinifères qui ont servi à vacciner plusieurs lycées et administrations. Tel est un exemple que l'administration devrait encourager.

HISTOIRE ET CRITIQUE

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE : INNERVATION DU CŒUR

(Cinquième et dernier article.)

II. *Provenance des nerfs modérateurs du cœur.*

Les fibres modératrices du cœur contenues dans le tronc du pneumogastrique au cou sont-elles primitivement contenues dans les racines propres du pneumogastrique ou arrivent-elles à ce nerf par les anastomoses qu'il contracte à sa partie supérieure, notamment avec le nerf spinal? Cette question a été résolue dans l'un et l'autre sens par les physiologistes, cependant plusieurs raisons nous semblent militer en faveur de l'influence du nerf spinal sur le ralentissement direct au réflexe du cœur. Waller a annoncé en 1856 (*Gaz. méd. de Paris*, p. 420) que, quelques jours après l'arrachement du nerf spinal d'un côté, l'excitation du nerf pneumogastrique correspondant cessait de produire le ralentissement ou l'arrêt du cœur. La destruction du spinal avait donc déterminé la dégénération dans le tronc même du pneumogastrique des filets qui sont capables de ralentir ou d'arrêter le cœur quand on soumet le tronc du nerf tout entier aux excitations électriques. Cette opinion de Waller a été admise par plusieurs physiologistes qui ont répété son expérience, par Heidenhain, Datzkiewitch, Schiff, etc. D'autres, comme Giannuzzi (*Centralblatt.*, 1873), ont soutenu au contraire que la section du spinal et la dégénérescence des filets qu'il fournit au pneumogastrique n'empêchent pas l'excitation du bout périphérique de ce dernier nerf d'agir sur le cœur (voy. *Rev. des sc. médic.*, juillet 1874). Nous avons essayé de notre côté de reproduire sur le lapin l'expérience de Waller; chez cet animal l'arrachement du spinal réussit beaucoup moins facilement que sur le chat, mais nous l'avions choisi parce qu'il est beaucoup plus convenable que tout autre pour les expériences sur l'arrêt réflexe du cœur. Après avoir réséqué le pneumogas-

trique d'un côté, nous arrachions le spinal du côté opposé par le procédé de Cl. Bernard, en suivant la branche interne : l'arrachement a réussi sur deux animaux seulement, et chez ces deux lapins qui ont été conservés plus d'un an, nous avons souvent montré que le cœur ne pouvait plus être ralenti par les excitations nasales avec l'ammoniaque ou le chloroforme, effet réflexe qui est constant chez le lapin. Quand nous avons voulu sacrifier ces deux animaux, le pneumogastrique correspondant au spinal arraché a été sectionné à la partie moyenne du cou : le bout inférieur excité n'a plus produit d'arrêt ni de ralentissement du cœur. Enfin l'examen du nerf à l'aide de l'acide osmique nous a fait constater la dégénération d'un grand nombre de tubes nerveux, mais ce résultat anatomique a moins d'importance que le résultat expérimental, parce que les filets dégénérés pouvaient être tout aussi bien considérés comme les filets moteurs laryngés, envoyés au pneumogastrique par la branche interne du spinal. Il faut dire cependant que nous avons retrouvé des filets dégénérés au-dessous du point de départ du récurrent. Il résulte de ces expériences que le spinal paraît bien en réalité, comme l'a dit Waller, fournir au pneumogastrique les fibres modératrices du cœur. Les expériences contradictoires pourraient être discutées et le seront ailleurs, en partant de ce fait que l'excitation du bout inférieur du pneumogastrique d'un côté peut produire le ralentissement réflexe du cœur par sensibilité récurrente si l'autre pneumogastrique n'a pas été sectionné.

MODE D'ACTION ET PROVENANCE DES INFLUENCES QUI AGISSENT PAR VOIE RÉFLEXE SUR LE CŒUR.

Les influences qui agissent par voie réflexe sur le cœur, soit pour l'accélérer, soit pour le ralentir ou l'arrêter, ne diffèrent pas essentiellement les unes des autres, sauf peut-être en ce qui concerne les variations importantes et rapides de la pression artérielle.

Il semble qu'il n'y ait guère entre elles qu'une différence d'intensité et que telle excitation des nerfs sensibles qui produit l'arrêt ou le ralentissement du cœur quand elle est brusque et violente, peut, si elle est moins intense, en déterminer l'accélération. Nous nous bornerons donc à exposer avec quelques détails les actions modératrices réflexes, réservant pour notre prochain travail sur l'innervation vasculaire ce que nous avons à dire des accélérations réflexes du cœur.

Arrêt ou ralentissement réflexe du cœur. — On peut dire, d'une manière générale, que tout organe sensible ou ayant acquis une sensibilité pathologique exagérée est susceptible de devenir le point de départ d'une action réflexe dont l'appareil modérateur du cœur est le dernier terme. Il suffit d'une irritation violente, affectant, autant que nous avons pu l'observer, un certain caractère de soudaineté, pour produire chez les animaux des arrêts réflexes du cœur. L'homme est dans les mêmes conditions, au point de vue de la suspension des battements du cœur à la suite d'une irritation douloureuse périphérique ; il est de plus sujet à des arrêts du cœur déterminant la syncope quand une émotion morale vient le frapper inopinément. Ce dernier point est trop connu pour qu'il soit utile d'y insister et d'en rapporter des exemples ; nous nous bornerons à rappeler les principales expériences sur lesquelles repose la théorie de l'arrêt réflexe du cœur à la suite des excitations douloureuses périphériques.

Comme nous l'avons dit, ces excitations peuvent être portées sur des nerfs normalement très-sensibles, comme le trijumeau, les laryngés : l'irritation violente des muqueuses nasale et laryngée avec le chloroforme, l'ammoniaque, etc., produisent des troubles cardiaques réflexes, arrêt ou ralentissement, sur lesquels un grand nombre de physiologistes, Dogiel, Hering et Kratschmer, Rutherford, Paul Bert, etc., ont insisté depuis dix ans ; c'est à ces irritations périphériques qu'ont été attribués les accidents du début des inhalations chloroformiques ainsi que ces troubles si alarmants que signale Trousseau, à propos de la cautérisation du pharynx avec l'ammoniaque par la méthode que Ducros (de Sixt) avait préconisée contre l'asthme.

C'est aussi aux excitations violentes des racines rachidiennes postérieures qu'on peut faire remonter la mort subite des animaux chez lesquels on pratique des opérations sur le canal rachidien. L'arrêt du cœur observé par Legallois dans ses expériences sur la destruction de la moelle ne reconnaissait évidemment pas d'autre cause que l'extrême douleur infligée brusquement aux victimes de ces recherches. Comme l'a depuis montré Cl. Bernard, l'anesthésie en supprimant la douleur supprime en même temps la mort subite observée chez les animaux dont la sensibilité était conservée.

L'arrêt réflexe du cœur s'est aussi produit dans les expériences faites par Brown-Séquard (1856), par Goltz, par Bernstein, etc., sur les ganglions du plexus solaire, le péritoine et les nerfs sympathiques de l'abdomen chez la grenouille ; les traumatismes de la région épigastrique, les froissements du testicule agissent de la même façon pour produire la syncope chez l'homme. On peut aller plus loin dans cet ordre d'idées, et montrer, comme l'a fait d'abord Tarchanoff sur la grenouille, et comme nous l'avons répété nous-même sur les mammifères, que l'inflammation préalable de la séreuse péritonéale constitue une cause prédisposante manifeste aux arrêts réflexes du cœur; ainsi pourraient s'expliquer les morts subites dans certaines péritonites aiguës avec ou sans perforation.

La piqûre du bulbe produit, comme on le sait, l'arrêt du cœur au moment où elle est pratiquée, mais cet arrêt ne dure pas. La respiration des animaux reste suspendue et le cœur reprend spontanément ses battements; quand la mort survient, elle résulte donc d'une suppression des mouvements respiratoires et d'une asphyxie rapide, comme le démontre la conservation de la vie chez les animaux dont on entretient artificiellement la respiration. Or cet arrêt passager du cœur produit par les lésions du bulbe nous paraît être tout aussi bien de nature réflexe que ceux qui sont de provenance réellement périphérique : on ne détruit pas dans le bulbe la source des mouvements du cœur, on détermine seulement une violente irritation des parties nerveuses sensibles situées au voisinage de l'origine du nerf d'arrêt du cœur et retentissant sur eux par voie réflexe. De la même manière agissent les traumatismes du crâne chez les mammifères et chez l'homme, qu'on admette ou non le choc bulbaire direct qui serait produit sur le plancher du quatrième ventricule par le déplacement brusque du liquide céphalo-rachidien, comme l'admet M. Duret ; c'est encore par voie réflexe sur le bulbe que les petits chocs successifs appliqués à la région postérieure du crâne chez la grenouille (Vulpian) nous semblent déterminer l'arrêt du cœur.

Dans ces différents exemples, que nous choisissons entre beaucoup d'autres (voy. Fr. Franck, *Recherches sur les effets des excitations des nerfs sensibles*, C. R. Lab. Marey, 1876), l'arrêt du cœur se produit en vertu d'un phénomène réflexe dont le point de départ est à la périphérie, le centre dans le bulbe ou les régions voisines de la moelle (origines du spinal)

et la voie de transmission centrifuge dans les filets modérateurs du pneumogastrique; le terme ultime de cet acte réflexe se trouve dans l'appareil ganglionnaire du cœur.

Figurons avant d'aller plus loin ce trajet du réflexe par un simple schéma (fig. 5) dans lequel les nerfs sensibles, partie initiale de l'arc réflexe, seraient représentés par les flèches centripètes 1, 1, — les centres bulbo-médullaires des filets modérateurs du cœur par le groupe ganglionnaire 2, seconde étape du réflexe, — les cordons de transmission centrifuge, nerfs pneumogastrique, spinal, par le trait n° 3, et enfin le groupe ganglionnaire périphérique, modérateur, par l'appareil terminal, n° 4. On comprend aisément qu'une influence agissant sur l'un des éléments 1, 2, 3, 4, modifiera le résultat de l'excitation périphérique : c'est en développant cette idée que nous allons rapidement nous rendre compte de plusieurs faits très-complexes en apparence.

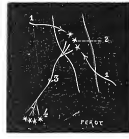


Fig. 5.

Pourquoi, dans l'anesthésie par exemple, cesse-t-on d'observer les arrêts réflexes du cœur? Il faut, pour répondre à cette question, savoir sur quels éléments de l'arc réflexe agissent les anesthésiques. Il est bien établi qu'ils atténuent l'excitabilité périphérique; le terme n° 1 de notre schéma est déjà en cause ; on sait aussi qu'ils diminuent le pouvoir excito-moteur des centres nerveux en général : le point n° 2, c'est-à-dire le centre bulbaire modérateur du cœur, est donc atteint à son tour; enfin l'appareil modérateur terminal 4 devient inexcitable à une certaine période de l'anesthésie. Si donc on inflige à un nerf sensible une excitation violente, dans ces conditions où les différents termes du réflexe sont plus ou moins complétement supprimés, l'arrêt du cœur ne pourra plus se produire. Ajoutons qu'un élément du phénomène, surtout important chez l'homme, la douleur perçue, est supprimé dans l'anesthésie et bien avant qu'elle ne soit poussée au point d'abolir l'excitabilité directe des appareils modérateurs périphériques, comme dans l'emploi combiné de la morphine et du chloroforme. dont l'action analgésique nous a été révélée par Cl. Bernard, et qui est actuellement préconisé par quelques chirurgiens, notamment par le docteur Guibert (de Saint-Brieuc). L'anesthésie réalise donc au grand complet les conditions favorables à la conservation régulière de la fonction cardiaque, soit dans les grandes opérations chirurgicales, soit dans les vivisections laborieuses. Mais nous croyons que pour qu'elle procure ce bénéfice, il faut que l'anesthésie soit poussée jusqu'à un certain degré, car dans les périodes initiales de l'administration du chloroforme, par exemple, on observe une excitabilité exagérée des appareils d'arrêt du cœur : c'est peut-être là, comme nous l'avons développé ailleurs (*loc. cit.*), la cause de ces morts subites observées dans des opérations sans gravité, comme l'avulsion d'une dent, avec une chloroformisation insuffisante.

Si nous considérons maintenant l'action d'autres substances à la suite de l'absorption desquelles les arrêts réflexes du cœur cessent de se produire chez les animaux, nous verrons que le curare, l'atropine, la nicotine agissent, non plus comme les anesthésiques, sur presque tous les points de l'arc réflexe, mais sur la partie terminale de son trajet : ces poisons suppriment seulement la portion représentée dans notre schéma par le chiffre 4, mais la continuité physiologique n'en est pas moins interrompue au point de vue de l'action réflexe d'arrêt. Elle ne l'est pas, comme nous le savons, au point de vue de l'action réflexe accélératrice, puisque les nerfs accélérateurs du cœur sont respectés : aussi voit-on, ce dont nous avons été souvent témoin, les mêmes influences, qui avant la curarisation, par exemple, déterminaient par voie réflexe, soit l'arrêt, soit le ralentissement du cœur, agir maintenant en sens opposé et produire l'accélération.

Les faits paradoxaux en apparence s'expliquent donc assez nettement jusqu'ici. Essayons d'aller plus loin et de comprendre comment se comportent, pour ralentir ou arrêter le cœur, des excitations d'un autre ordre, les augmentations brusques et considérables de la pression sanguine. Nous ne ferons qu'effleurer cette question, qui a déjà soulevé tant de discussions, des rapports qui existent entre les variations du rhythme du cœur et les variations de la pression sanguine : il nous faudra y revenir plus tard dans un autre article d'ensemble sur l'innervation des vaisseaux. Bornons-nous à considérer le cas où on observe un arrêt ou un ralentissement du cœur à la suite d'une augmentation notable et assez brusquement produite de la pression du sang. Chez l'animal dont tout le système nerveux intra et extra-cardiaque est intact, la variation brusque de la pression artérielle semble agir comme un excitant à la fois sur les centres bulbaires des pneumogastriques et sur les appareils ganglionnaires du cœur. C'est ce que nous avons cherché à établir dans un travail publié l'année dernière dans les *Comptes rendus du laboratoire de M. Marey*. En se reportant au schéma précédent, on verra que l'excès de pression sanguine peut agir simultanément sur les régions 2 et 4, c'est-à-dire dans le bulbe et dans le cœur. Qu'on supprime la région 2 par la destruction du bulbe en entretenant artificiellement la respiration, ou mieux encore qu'on opère, comme l'a fait depuis longtemps M. Marey, sur un cœur isolé soumis à une circulation artificielle de sang défibriné; dans l'un et l'autre cas, la même cause, l'augmentation brusque de la tension artérielle, produira le même effet, le ralentissement, quelquefois l'arrêt du cœur. Dans ces conditions l'action réflexe se fait tout entière dans les appareils cardiaques modérateurs, c'est-à-dire à la périphérie.

Dans l'état physiologique, ces modifications du rhythme cardiaque interviennent comme un moyen de régulation de la circulation; l'étude du mécanisme grâce auquel se produit cette adaptation de la fonction cardiaque aux variations circulatoires doit nous occuper en terminant.

La membrane interne du cœur est susceptible d'être impressionnée par une pression sanguine exagérée et de devenir le point de départ d'un réflexe dont le résultat est de ramener à une valeur normale la pression du sang momentanément trop élevée. Cette réparation physiologique s'opère grâce au ralentissement réflexe du cœur d'une part, et à la dilatation vasculaire réflexe d'autre part. C'est à cette formule générale que se ramène l'étude importante des nerfs sensibles du cœur, que nous devons à MM. Ludwig et Cyon.

Ces auteurs ont constaté que quand on excite le bout supérieur d'un petit filet nerveux accompagnant le cordon sympathique du cou chez le lapin, et aboutissant au pneumogas-

trique par deux filets au niveau du laryngé supérieur, on détermine une grande chute de la pression artérielle et un ralentissement notable des battements du cœur : le nerf qui provoque cette dépression circulatoire générale a été désigné sous le nom de *nerf dépresseur de la circulation*. Les expériences ont démontré qu'il n'y a pas de rapport de cause à effet entre les deux phénomènes cardiaque et vasculaire déterminés par l'excitation du bout central du dépresseur : le ralentissement du cœur survient à la suite d'un réflexe du nerf excité sur le pneumogastrique ; l'abaissement de la pression résulte d'une dilatation réflexe des vaisseaux. On a pu dissocier les deux effets, supprimer l'un en conservant l'autre

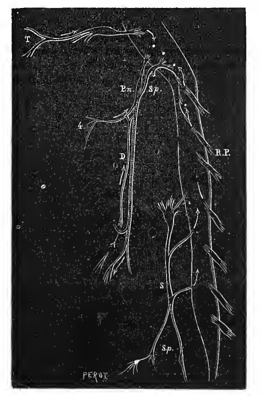


Fig. 6. — Schéma général montrant les rapports physiologiques entre les nerfs sensibles rachidiens (racines postérieures, R. P.), les filets du trijumeau (T), du laryngé supérieur (4), du dépresseur (D), du sympathique abdominal (S), et les nerfs modérateurs du cœur contenus dans le spinal Sp et le pneumogastrique Pn. Une série de flèches ascendantes, convergeant vers les centres d'arrêt du cœur situés dans le bulbe et représentés par des points, indique la marche des impressions périphériques centripètes ; les flèches descendantes correspondent aux fibres d'arrêt centrifuges.

et par suite établir leur indépendance réciproque. C'est par l'intermédiaire de ce nerf sensible du cœur que peuvent se produire certaines régulations circulatoires nécessaires dans l'état physiologique chez l'animal intact.

Il est maintenant facile de représenter par une figure schématique générale la provenance et le trajet des impressions périphériques capables d'agir sur le cœur pour le ralentir ou l'arrêter par voie réflexe. Cette figure résume suffisamment tout ce qui précède, et la légende qui l'accompagne servira de résumé à cette dernière partie de notre exposé.

François-Franck.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contribution a l'étude de la mort subite dans la fièvre typhoïde. Trois nouvelles observations avec lésions anatomiques, par MM. Barberet, médecin principal, et Chouet, médecin aide-major à Clermont-Ferrand.

Depuis que M. Dieulafoy, dans sa savante thèse inaugurale (Thèse de Paris, 1869) appelait l'attention sur la mort subite dans la fièvre typhoïde, les observations et les travaux sur ce sujet se sont multipliés, sans arriver malheureusement à dissiper l'obscurité qui entoure la pathogénie de ce mode de terminaison. Faute de lésions anatomiques bien nettes et suffisantes pour expliquer la mort, on a dû se borner jusqu'ici à de pures théories, qui sont : 1° la théorie de la mort subite par altération cardiaque (Hayem) ; 2° la théorie de la mort subite par syncope, sans altération cardiaque, qui est celle de M. Dieulafoy. L'histoire et la critique de ces théories ont été exposées récemment dans ce journal (nos 20 et 22, année 1877) par ce dernier auteur lui-même, qui, arrivant à exclure la première, disait, relativement à la seconde, que la syncope, soit par action réflexe, soit par anémie, était loin de donner le dernier mot de la question.

En effet, la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde doit être multiple. Si la dégénérescence du cœur est insuffisante pour occasionner la terminaison subite, elle n'en est pas moins une cause qui, dans certains cas, pourra favoriser une syncope rapidement mortelle. Dans le numéro 13 de la *Gazette hebdomadaire* (1878) nous avons signalé deux faits, recueillis avec notre collègue le docteur Burlureaux (*Mort subite dans la fièvre typhoïde*, par MM. les docteurs Burlureaux et Chouet), et que nous croyons devoir résumer de nouveau. Dans les deux cas, le cœur avait subi une dégénérescence plus ou moins profonde ; cet organe, qui déjà remplissait imparfaitement ses fonctions, fut vite arrêté dans ses battements par suite d'une compression extrême, exercée par l'estomac subitement rempli de gaz. Dans l'un des cas, où la mort fut subite, cette compression mécanique se transmit facilement à toute la surface du cœur par l'intermédiaire d'un liquide assez abondant épanché dans le péricarde. Dans l'autre, où la distension stomacale se fit graduellement, l'agonie fut plus longue et la mort n'arriva que lorsque la pneumatose fut assez prononcée pour comprimer complétement le cœur. Sans cette dégénérescence cardiaque, peut-être cet organe eût-il été assez fort pour résister à cette compression. Il nous semble donc que cette altération a joué ici un certain rôle dans la terminaison fatale.

Le plus souvent la cause immédiate de la mort subite est loin d'être nette comme dans nos deux observations. Devant un tableau clinique toujours le même, devant l'absence de lésions anatomiques dominantes, comme dans les 63 cas réunis par M. Dieulafoy, il faut bien avoir recours, soit à la théorie de cet auteur de la syncope par action réflexe, soit à celle de MM. Laveran et Bussard, de la syncope par anémie cérébrale brusque. Mais il n'en faut pas moins continuer, dans des cas semblables, les recherches anatomiques, car elles seront parfois couronnées de quelque succès, témoins les nouveaux faits qu'il nous a été donné d'observer. Dans l'un, malgré des lésions évidentes, nous ne saisissons pas, peut-être par inexpérience, la relation qui peut exister de cause à effet, et ne savons pas trop comment expliquer la mort subite. Mais, dans l'autre, nous avons trouvé nettement le corps du délit. Cette dernière observation, ainsi que les pièces anatomiques, ont été présentées par nous à la Société de médecine de Clermont dans sa séance du 2 décembre. Voici ce fait, qui nous semble des plus intéressants.

Obs. I. *Fièvre typhoïde de moyenne intensité. Au dix-neuvième jour, première attaque apoplectiforme, suivie d'une hémiplégie droite complete; au vingt-deuxième jour, nouvelle attaque suivie de mort subite. Altérations anatomiques: Artérite et thrombose de la branche sylvienne, de l'artère cérébrale moyenne et de la carotide interne gauches. Ramollissement cérébral consécutif.* — T..., âgé de vingt-deux ans, soldat au 36e d'artillerie, est d'une constitution moyenne et d'un tempérament lymphatique. Il présente à la caserne des symptômes d'embarras gastrique avec courbature générale, céphalalgie, inappétence, diarrhée et paroxysmes fébriles le soir et la nuit. Il entre à l'hôpital de Clermont le 17 novembre 1878, qui est le douzième jour de sa maladie. Le soir, la prostration est assez prononcée, la peau est chaude et sèche, la face est colorée, le pouls est fréquent; la céphalalgie intense; la langue blanche, humide, non tremblotante. Le ventre est souple, non ballonné, mais il y a du gargouillement et de la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. La diarrhée persiste.

Le 18, diminution des symptômes à la visite du matin : rémission. Mais le soir, paroxysme marqué, élévation de la température; quelques papules rouges apparaissent sur le ventre.

Le 19, mêmes symptômes. Diarrhée persistante, prostration et affaiblissement prononcés. Paroxysme le soir.

Le 20, grande faiblesse, émaciation; mais il existe néanmoins une amélioration de tous les symptômes.

Le 21, la diarrhée est toujours abondante. La température est tombée. Les papules rouges sont plus nombreuses.

Les 22 et 23, même état; persistance de la diarrhée. Le malade prend des bouillons.

Le 24, état satisfaisant à la visite du matin. Intelligence nette. A midi, le malade, étant assis sur son lit et causant avec la sœur, éprouve une gêne subite dans la parole, il pâlit, est pris de mouvements convulsifs dans les muscles de la face, et particulièrement des paupières et des yeux qui roulent dans leur orbite. On l'étend immédiatement dans son lit, on lui frictionne le visage et les membres. Il n'y a pas eu de syncope ni de plainte poussée pendant ce léger malaise. Il semble mieux et avoir envie de dormir; on le laisse alors tranquille.

A trois heures, à la contre-visite, le médecin traitant s'aperçut que la tête était tournée à gauche et ne pouvait pas être ramenée à droite; les mouvements du cou étaient douloureux et arrachaient des plaintes au malade. La parole était un peu embarrassée, et la langue déviée à gauche; la pupille droite était dilatée et la paupière ne fermait l'œil qu'incomplétement; en un mot, la moitié droite de la face était paralysée. Enfin, le bras et les membres inférieurs du côté droit étaient sans mouvements volontaires possibles, et insensibles à des piqûres.

Le 25, même état. Fièvre intense le soir.

Le 26, amélioration de l'état général. L'hémiplégie persiste. Fièvre modérée le soir.

Le 27 (matin), le malade se trouve bien et cause avec lucidité, même avec gaieté, de son prochain envoi en congé de convalescence. A trois heures du soir, une nouvelle attaque, semblable à la première, se produit dans les mêmes conditions, le malade étant assis, et le fait mourir en moins d'une minute.

Autopsie *faite vingt-quatre heures après la mort, le 28 novembre.* — *Estomac.* — Sans altération notable autre que de la pâleur de la muqueuse.

Intestins. — Relativement sain dans sa partie supérieure, l'intestin grêle est injecté régulièrement dans l'iléon, surtout au voisinage de la valvule iléo-cœcale; nous ne trouvons que cinq plaques de Peyer altérées, la dernière, située à 60 centimètres de la valvule; ces plaques sont saillantes, ulcérées en cratère; mais ces ulcérations étaient en voie de cicatrisation. Les follicules clos ne sont pas saillants.

Le gros intestin ne présente pas d'altération appréciable à l'œil nu.

Foie. — Le volume et le poids de cet organe ont augmenté d'un bon tiers. Il est rouge de chair à la surface et dans ses sections : celles-ci laissent écouler une grande quantité de sang.

Rate. — La rate a doublé de volume et de poids; la boue splénique d'un rouge vermeil foncé n'est pas trop diffluente.

Reins. — Ils sont tous les deux congestionnés, comme du reste les autres viscères abdominaux.

Poumons. — Les poumons sont libres d'adhérences dans la cavité pleurale, qui ne renferme pas d'épanchement. Ces organes sont d'un rouge foncé uniforme : c'est encore de la congestion simple, prononcée surtout à la base; ils surnagent parfaitement. La muqueuse bronchique est aussi légèrement congestionnée. La surface de la trachée et du larynx est pâle et ne présente rien autre d'anormal.

Cœur. — Le cœur est flasque; les cavités sont remplies d'un sang rouge foncé presque noir, demi-liquide; quelques caillots mous sans consistance (*post mortem*).

Les orifices et les valvules ne présentent ni ulcérations ni rugosités. Le myocarde est un peu décoloré, mais ne paraît pas avoir subi de dégénérescence. Enfin, les gros vaisseaux et leurs branches principales ne présentent pas le moindre caillot organisé ancien ou récent; du reste, ils sont presque vides.

Cerveau. — C'est dans cet organe que se trouve la lésion importante, celle qui a été la cause immédiate de la mort. Rien d'anormal sur la dure-mère. Mais le cerveau, extrait de la boîte crânienne et posé sur une table, présente des altérations extérieures qui frappent immédiatement. L'hémisphère gauche est congestionné à sa surface, avec des suffusions sanguines disséminées principalement sur la partie moyenne externe et supérieure. En outre, les circonvolutions en sont aplaties et tranchent nettement, sous ce rapport, avec celles du côté droit.

D'une façon générale, tout cet hémisphère gauche est ramolli, et, à la palpation, ce ramollissement est surtout prononcé au niveau de la circonvolution frontale ascendante dans sa partie supérieure et externe.

La lésion mortelle siége à la base. Toutes les artères y sont vides de sang et aplaties, sauf la terminaison de la carotide interne et la cérébrale moyenne gauches. Sur une longueur de 4 centimètres environ, ces vaisseaux sont distendus et ont en ce point un aspect bleuâtre. Leur calibre est obstrué par trois caillots sanguins séparés les uns des autres par un léger intervalle. Il n'est pas inutile de dire que le noyau externe, c'est-à-dire celui de la cérébrale moyenne, paraît plus dur que l'interne, que par conséquent il doit être plus ancien. Ce premier noyau, long d'environ 1 centimètre, occupe d'une part l'origine de la grosse branche de la cérébrale moyenne, c'est-à-dire la branche qui suit le fond de la scissure de Sylvius. Le calibre du vaisseau est complétement obstrué; la branche superficielle, à son origine, présente aussi quelques petits caillots collés à la paroi interne, mais qui ne bouchent pas complétement son orifice.

Un second noyau ayant à peu près la même longueur que le précédent, mais ne fermant pas tout le calibre de l'artère, siégeait vers l'origine de la cérébrale moyenne, à la paroi de laquelle il était aussi adhérent; cependant, il bouchait tout à fait les orifices des petites collatérales qui plongent dans l'espace perforé, de l'artère choroïdienne et de la communicante postérieure, et envoyait des prolongements dans leur canal. Enfin, un troisième caillot parfaitement net, plus gros que les précédents, collé aussi à la paroi interne de l'artère dont il obstruait complétement le calibre, se trouvait au point où la carotide interne se termine en faisant son coude. Ce caillot, d'un peu plus de 1 centimètre, avait latéralement un petit prolongement qui bouchait exactement l'orifice de la cérébrale antérieure.

Ces différents caillots étaient homogènes : c'étaient bien des thromboses; leur surface était polie, à reflets blanchâtres, leurs extrémités mousses et arrondies; ils ne ressemblaient donc nullement à ceux trouvés dans le cœur, ceux-ci probablement *post mortem*. A leur niveau, les artères étaient loin d'être saines. En les comparant à celles du côté opposé, et après les avoir lavées avec le plus grand soin, on voyait nettement qu'elles étaient le siége d'une altération anatomique. En effet, leur paroi interne était dépolie, et on y observait à la loupe de petites rugosités : les autres tuniques, vues par transparence, présentaient une injection très-marquée depuis la terminaison de la carotide interne jusqu'au delà de la bifurcation de la cérébrale moyenne. Bien que l'examen microscopique n'ait pas été fait, il n'est pas téméraire de conclure à une *artérite localisée avec thrombose* Nous rappellerons, en effet, que ni au cœur, ni dans les gros vaisseaux, ni spécialement dans l'artère vertébrale et la carotide interne gauche, nous n'avons pas trouvé la moindre altération ayant pu produire une embolie. Ces caillots étaient réguliers, à extrémités arrondies, à reflets blanchâtres dus à la fibrine; ils adhéraient légèrement à la paroi artérielle sur laquelle ils s'étaient développés.

Le ramollissement cérébral de l'hémisphère gauche, localisé aux régions irriguées par ces vaisseaux obturés, est encore une preuve de l'ancienneté relative de ces altérations artérielles. Ce ramollissement était surtout prononcé au centre de l'hémisphère dans le corps strié et les couches optiques, et encore plus au niveau de la partie externe et supérieure de la circonvolution fron-

tale ascendante. En tous ces points, la substance cérébrale était une vraie bouillie et le couteau ne pouvait pas y faire, comme ailleurs et dans l'autre hémisphère, des coupes régulières. En outre de tout cet hémisphère gauche, surtout des portions antérieures et moyennes, s'écoulait du sang noir présentant une différence notable avec celui que la section faisait sortir de la moitié droite du cerveau. Les autres parties du système nerveux central supérieur, la protubérance, le bulbe, paraissent être dans un état normal, par conséquent sans le moindre ramollissement.

Réflexions. — Nous pensons avoir nettement établi la nature de la lésion, cause immédiate de la mort subite. La Société de médecine de Clermont, à laquelle ont été soumis le fait clinique et les pièces anatomiques, a été unanime à conclure comme nous à une thrombose par artérite localisée.

L'examen anatomique donne aussi l'explication des deux attaques successives et de leur différence de gravité. L'altération artérielle ne s'est pas produite subitement : son développement a été graduel, en effet, et sans grand retentissement sur l'organisme, puisque le malade paraissait entrer en convalescence. A une certaine période de l'évolution de cette artérite a commencé la thrombose, par un dépôt successif de fibrine sur la paroi artérielle dépolie. Le sang circulait encore plus ou moins librement, mais le jour de la première attaque le canal artériel était bien près d'être complétement bouché dans la branche sylvienne, la choroïdienne et les autres collatérales de la cérébrale moyenne. Le malade se met sur son séant; dans cette position, la circulation cérébrale devient plus pénible et plus lente; par cela même le dépôt de la fibrine se fait plus facilement, le bouchon se complète et la circulation est interrompue dans toutes ces artères : c'est là l'origine de la première attaque avec l'hémiplégie consécutive. Vient ensuite le travail pathologique que nous avons constaté à l'autopsie, et qui, durant la vie, s'était révélé à nous par une élévation subite de la température : c'est de la congestion cérébrale tout autour des régions qui viennent d'être privées subitement de leur circulation, ce sont les suffusions sanguines de la surface des circonvolutions; c'est enfin le ramollissement final. Notons que la parole n'a jamais été troublée autrement que par la difficulté qu'éprouvait le malade à parler avec une langue demi-paralysée; le centre de la parole, en effet, recevait encore du sang par son artère incomplétement bouchée, la branche superficielle de la cérébrale moyenne.

La deuxième attaque, survenue dans des conditions semblables, le malade s'étant assis sur son lit, a été produite par le même mécanisme que la première : le caillot fibrineux développé graduellement dans la carotide interne se complète tout d'un coup et amène brusquement la mort.

Nous arrêterons ici les considérations, peut-être trop étendues, dans lesquelles nous a entraînés ce fait si curieux et constaté pour la première fois.

Quant au second cas de mort subite, nous avons déjà dit que nous ne comprenions pas trop sa pathogénie; nous nous bornerons donc à résumer rapidement le tableau clinique et les principales lésions anatomiques trouvées à l'autopsie.

Obs. II. *Fièvre typhoïde de moyenne intensité. Mort subite au vingt-troisième jour. Lésions anatomiques du pancréas et des reins.* — D..., soldat au 86e de ligne, âgé de vingt-deux ans, de constitution forte et d'un tempérament sanguin, après huit jours de malaise à la caserne, caractérisé par une fièvre continue, de la diarrhée et des symptômes d'embarras gastrique, entre à l'hôpital le 17 septembre 1878.

La face est colorée, vultueuse; la langue saburrale, humide, rouge sur les bords; le ventre ballonné avec gargouillements et douleur à la pression de la fosse iliaque droite : la diarrhée est abondante. La fièvre est continue, rémittente, avec paroxysmes le soir et la nuit. La fièvre typhoïde, d'autant plus caractérisée qu'on se trouve dans une période d'endémo-épidémie, suit son évolution ordinaire.

Dyspnée le 19 : éruption papuleuse rouge sur le ventre le 20; météorisme et douleurs abdominales.

Rémission fébrile le 24; la diarrhée persiste; insomnie et agitation nocturne ; rêvasseries. Toux fréquente sans expectoration; fuliginosités nombreuses sur les lèvres et la langue; légère stupeur.

Le 30, rémission générale de tous les symptômes. Le malade commence à prendre du bouillon.

Cet amendement persiste durant les premiers jours d'octobre, et D... paraissait entrer en convalescence.

Le 5 octobre au soir, D... s'étant assis sur son lit, aurait éprouvé, au dire de ses camarades, une courte crise convulsive. A minuit, la fille de service constate un nouveau malaise subit qui ne dure que quelques instants.

Le 6 octobre, à huit heures du matin, le malade se disposait à prendre quelques cuillerées de chocolat, lorsqu'il éprouve un malaise subit avec pâleur de la face et accès convulsif généralisé qui dure environ quatre minutes et se termine par la mort.

Les urines n'ont pas été examinées pendant la vie, et l'on n'a pas songé après la mort à prendre celles qui se trouvaient encore dans la vessie, malgré tout l'intérêt qui s'attachait à leur analyse. Durant la vie cependant, elles étaient abondantes et pas sanglantes; le malade accusait aussi des douleurs dans la région lombaire; mais ce symptôme a passé inaperçu au milieu de ceux dont s'est accompagné l'état typhoïde.

Autopsie. — L'estomac n'est pas distendu par des gaz. Les lésions des plaques de Peyer s'étendent à environ 2 mètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Gaufrées en haut, exulcérées plus bas, ulcérées vers la valvule où quelques-unes présentent des ulcérations en cratère. Deux de ces dernières arrivant jusqu'à la tunique séreuse sont cicatrisées; l'anneau du cratère est saillant, dur, résistant, c'est un véritable tissu cicatriciel; le fond en est lisse, poli, et semble indiquer que la réparation est complète.

Les follicules clos ne sont pas altérés. Le gros intestin est congestionné à sa partie supérieure. On trouve quelques ganglions mésentériques hypertrophiés.

Organes thoraciques. — Adhérences pleurales anciennes, très-difficiles à déchirer. Poumons emphysémateux avec congestion généralisée. Les bronches présentent une vascularisation ancienne avec des ganglions hypertrophiés : *bronchite chronique avec emphysème.*

Le péricarde renferme environ 200 grammes d'un liquide citrin.

Le cœur est dilaté, ses parois sont peu épaisses; la section montre un myocarde décoloré un peu jaunâtre, granuleux. Cette dilatation cardiaque ancienne correspondait évidemment à la bronchite avec emphysème que nous venons de constater.

Les cavités gauches sont vides de sang et ne renferment pas le moindre caillot. Il en est de même des cavités droites; mais celles-ci contiennent cependant une petite quantité d'un sang noir, liquide.

Rien d'anormal aux valvules, ni dans les gros vaisseaux.

Cerveau. — Léger ramollissement et anémie générale.

Foie et rate. — Un peu congestionnés.

Pancréas. — Cet organe hypertrophié pèse 110 grammes. Il est dur au toucher et non moins dur à la section. Nous ne savons pas au juste quelle est la nature de cette lésion, qui nous paraît cependant être de la sclérose.

Les deux reins étaient notablement hypertrophiés. Le rein droit pesait 220 grammes, et le gauche 250. Les capsules n'étaient pas adhérentes : les deux reins avaient une surface régulière et d'un blanc jaunâtre. La section fait voir que cette hypertrophie porte exclusivement sur la substance corticale, qui est jaunâtre, granuleuse, et présente, en un mot, l'aspect du *gros rein blanc.*

Cette lésion rénale est ancienne, probablement d'origine alcoolique, et ne peut pas être imputée à la fièvre typhoïde; mais n'a-t-elle pas joué un certain rôle dans les crises convulsives qui ont précédé la mort (albuminurie)? ou bien celles-ci doivent-elles être rattachées à de l'anémie cérébrale brusque? Nous ne concluons pas, car, à dire vrai, dans ce cas, la pathogénie de la mort subite nous échappe complétement.

Obs. III. — *Fièvre typhoïde ambulatoire. Mort subite du quinzième au vingtième jour par asphyxie d'origine bulbaire. Surcharge graisseuse et dégénérescence granulo-graisseuse du cœur. Etat spécial légèrement poisseux du sang avec coloration rosée.* — J..., jeune soldat de constitution robuste, âgé de vingt et un ans, entrait à l'hôpital le 25 janvier 1879. Il ne se disait malade que depuis six jours, et son talon d'entrée portait le diagnostic d'embarras gastrique fébrile.

La maladie avait débuté par quelques frissons suivis de fièvre, de courbature générale, de céphalalgie, d'inappétence, sans diar-

rhée ni constipation. Depuis deux jours, les symptômes généraux et nerveux s'étaient aggravés : la fièvre était devenue plus intense, continue; il y avait en outre de l'insomnie et une violente rachialgie.

A son arrivée à l'hôpital, nous lui trouvons une face crispée par la douleur; la rachialgie est, en effet, tellement prononcée que le moindre mouvement est très-douloureux. Le malade est courbé sur sa chaise, plongé dans la stupeur, et il lui tarde fort de se trouver dans son lit. La céphalalgie et la fièvre sont légères. La langue, rouge sur les bords, est chargée en son milieu d'un enduit saburral jaunâtre. Il y a un peu de diarrhée, mais sans météorisme abdominal ni douleur à la pression de la fosse iliaque droite. Enfin, des papules rouges, saillantes, se voient sur les côtés latéraux du cou, sur la paroi antérieure de la poitrine et de l'abdomen, et aussi à la racine du membre inférieur.

Le diagnostic est hésitant : la rachialgie avec l'éruption papuleuse, avec une fièvre modérée, peuvent faire croire à une variole à sa période d'éruption; d'autant plus qu'il règne en ce moment dans la garnison une épidémie de variole. Mais, d'un autre côté, les symptômes généraux graves ne paraissent pas en rapport avec une variole se bornant à une éruption si discrète et peuvent faire craindre une affection plus sérieuse.

Le diagnostic exact n'est donc pas porté ce premier jour : on se borne à une médication expectante. Dans la soirée du même jour, J... paraissait un peu plus abattu. La fièvre était assez forte; la peau était couverte de moiteur : cependant rien ne pouvait faire penser à une terminaison brusque. Au commencement de la nuit, le malade, s'asseyant sur son lit, demanda à boire à plusieurs reprises : on l'entendit pousser quelques profonds soupirs, et ce fut tout. A trois heures du matin on le trouvait mort.

A notre visite du 26, nous lui trouvâmes un aspect violacé de la face, du cou et de la partie supérieure de la poitrine. Un épanchement sanguin sous-conjonctival abondant avait produit un chémosis double.

Autopsie. — L'intestin grêle présente une injection par zones avec altération des plaques de Peyer jusqu'au voisinage du duodénum; vers la valvule iléo-cœcale, ces plaques sont saillantes, mais non ulcérées; plus haut, elles offrent l'aspect d'une barbe fraîchement rasée. La lésion intestinale dominante était de la psorentérie : les follicules clos faisaient saillie dans toute l'étendue du petit et du gros intestin.

Le foie, la rate, les reins n'ont rien de bien anormal. Les poumons sont légèrement congestionnés, surtout à leur base.

Au cœur, nous trouvons une stéatose des plus manifestes. Les parois en sont flasques et amincies, surtout au niveau du ventricule gauche. Le myocarde présente un aspect jaune pâle. L'examen microscopique, en effet, a fait reconnaître une surcharge graisseuse générale du cœur avec dégénérescence granulo-graisseuse de la fibre cardiaque. Les cavités du cœur sont vides; cependant le ventricule gauche renferme une petite quantité d'un sang ayant la consistance et la coloration de gelée de groseille diluée. L'endocarde, en cette région, est coloré en rose foncé.

Notons une congestion cérébrale intense et généralisée.

Les sinus sont gorgés d'un sang rose foncé et légèrement poisseux; nulle part dans le système cérébro-spinal supérieur, nous ne trouvons trace d'hémorrhagie interstitielle ou autre.

Mais ce qui domine comme lésion, ce sont les nombreuses ecchymoses sous-cutanées de la face, du cou, de la poitrine. Dans les organes profonds, dans le tissu cellulaire intermusculaire et périvasculaire, nous trouvons de nombreux épanchements sanguins en nappe au cou, autour du paquet vasculo-nerveux de l'aisselle et du bras, le long des gros vaisseaux placés au-devant de la colonne vertébrale, etc.

Réflexions et conclusions. — Nous avons donc eu affaire à une *fièvre typhoïde à forme ambulatoire*, arrivée entre les quinzième et vingtième jours. Selon toute probabilité, la mort subite serait survenue par *asphyxie:* les ecchymoses et épanchements sanguins multiples, la congestion cérébrale, nous paraissent des preuves suffisantes. Il nous semble, ensuite, que l'origine bulbaire de cette asphyxie ne saurait être douteuse ; mais il est plus difficile de dire si celle-ci est résultée d'une anémie brusque ou d'une congestion cérébro-bulbaire. Quoi qu'il en soit, notons la coïncidence de la stéatose avec dégénérescence granulo-graisseuse du cœur et l'état spécial du sang, et arrivons une fois encore à conclure que la mort subite dans la fièvre typhoïde peut être produite par des lésions fonctionnelles ou anatomiques diverses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Effets des inhalations d'essence de térébenthine. Mémoire de M. *Poincaré*. — L'auteur a examiné et interrogé 282 ouvriers employant cette substance à un titre professionnel quelconque; en outre, il a maintenu, pendant sept, huit, douze et même seize mois, des animaux dans un milieu fortement chargé de vapeurs de la même substance. Les phénomènes accusés par les ouvriers étaient de la céphalalgie, un trouble du sentiment d'équilibre, une grande irritabilité du caractère, une sensation de picotement aux yeux, du larmoiement, de l'affaiblissement de la vue se manifestant surtout à la lumière artificielle, des coryzas fréquents, de la toux, des irritations granuleuses du pharynx et du larynx, des vomissements et des troubles digestifs variés. Au début, ces effets se produisent en général, même quand le travail est de peu de durée et qu'il s'effectue dans de bonnes conditions d'aération; mais, sous l'influence d'une habitude rapidement acquise, ils ne se montrent plus qu'à la suite d'un travail prolongé ou fourni dans un milieu confiné. Quant aux inhalations expérimentales, si les animaux sont maintenus dans un milieu dont l'air est renouvelé constamment, tout en apportant avec lui une quantité modérée de vapeurs d'essence de térébenthine, ils paraissent rester dans un état physiologique. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

Concours de prix. — M. *Gréhant* adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie : 1° un mémoire imprimé *Sur le mode d'élimination de l'oxyde de carbone;* 2° un mémoire manuscrit *Sur l'absorption de l'oxyde de carbone par l'organisme vivant*. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Maladies du cœur. — M. *Rosolimos* adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, trois mémoires intitulés : 1° *Recherches expérimentales sur l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires;* 2° *Du premier bruit du cœur;* 3° *Une nouvelle doctrine de la pulsation cardiaque.* (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

De l'influence de la chaleur sur les fonctions des centres nerveux de l'écrevisse. Note de M. *Ch. Richet.* (Voy. *Société de biologie*, p. 336).

De la régénération des nerfs de l'épithélium antérieur de la cornée et de la théorie du développement continu du système nerveux. Note de M. *L. Ranvier*. — Pour étudier la régénération des nerfs de l'épithélium antérieur de la cornée, l'auteur a employé la méthode de l'or. Le procédé qu'il a suivi est celui qu'il a communiqué à l'Académie dans le courant de l'année dernière (*Comptes rendus*, 1878, p. 1142).

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes :

La régénération des cellules de l'épithélium antérieur de la cornée précède celle des nerfs. La reproduction et la nutrition du revêtement épithélial de la cornée sont donc indépendantes du système nerveux. La régénération des fibrilles nerveuses intra-épithéliales se fait par le bourgeonnement des nerfs amputés. Le processus de régénération des nerfs de la cornée se produit suivant le type du développement physiologique. En effet, chez l'enfant nouveau-né et chez le lapin qui vient de naître, la cornée ne contient encore ni plexus sous-épithélial ni fibres nerveuses intra-épithéliales. Les fibres perforantes, après avoir traversé la membrane limitante antérieure, se terminent par de simples bourgeons situés sous l'épithélium ou entre les cellules épithéliales de la première rangée. Chez le cochon d'Inde, qui naît les yeux ouverts et

qui alors est déjà bien développé, le plexus sous-épithélial et les fibres intra-épithéliales sont entièrement formés au moment de la naissance.

Suivant l'auteur, les dernières ramifications nerveuses, tout en suivant le plan qui leur est imposé par leur organisation, auraient une tendance à végéter continuellement à la périphérie, et elles ne seraient arrêtées dans leur croissance que par les obstacles qu'elles rencontrent, comme les racines des plantes dans l'intérieur du sol. Cette théorie, il l'appelle *théorie du développement continu du système nerveux.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'intérieur informe l'Académie qu'il met à sa disposition une somme de 2000 francs dont le montant devra être employé à récompenser les auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité des enfants du premier âge.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie un mémoire intitulé : *Mes idées en médecine,* qui lui a été adressé par M. *Barbé.*

M. le ministre de la marine et des colonies accuse réception d'un envoi de vaccin. (*Commission de vaccine.*)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : 1° Le compte rendu des épidémies observées, en 1878, dans les départements de l'Orne et de l'Ardèche. (*Commission des épidémies.*) — 2° Le tableau des vaccinations pratiquées dans les départements du Lot, de la Nièvre, de l'Orne, de la Corse, de la Dordogne, du Cher, de la Vendée, de l'Isère, des Landes et de la Haute-Saône. (*Commission de vaccine.*) — 3° Des pièces relatives à l'exploitation des sources minérales de la Bourboule. (*Commission des eaux minérales.*) — 4° Le rapport général de M. le médecin-inspecteur des eaux de Greoulx pour l'année 1877. (*Même commission.*) — 5° La formule d'un médicament auquel M. *Nielle* attribue des propriétés curatives dans le choléra. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

L'Académie reçoit : 1° Mme *Finqueneisel,* sage-femme, adresse l'état des vaccinations qu'elle a pratiquées en 1878 à Constantine. (*Commission de vaccine.*) — 2° M. le docteur *Vallin* adresse une lettre de candidature pour la section d'hygiène et de médecine légale. — 3° M. *Michel Lévy* adresse à l'Académie la troisième édition du *Traité d'hygiène* de feu M. le docteur *Michel Lévy.* — 4° M. *Labbée* adresse une brochure sur l'*Avenir des écoles préparatoires de France.*

M. *Larrey* présente, au nom de M. *Bintot,* une *Étude sur les dyspepsies.*

M. *Jules Guérin* présente, en son nom, une *Étude sur l'intoxication purulente.*

M. *Bergeron* présente, au nom de M. *Lunier,* le *Compte rendu du congrès pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme.*

Nécrologie. — M. *le Président* annonce à l'Académie la perte de l'un de ses membres, M. Paul Jolly, qui vient de succomber à l'âge de quatre-vingt-huit ans.

Opération césarienne. — M. *Depaul* présente une femme sur laquelle M. le docteur Bailly a pratiqué l'opération césarienne avec succès. Cette femme, dont la taille est de 1^m^,20, présentait un bassin rachitique de 6 centimètres. L'enfant était mort, et c'est uniquement dans l'intérêt de la mère que M. Bailly a choisi ce mode d'intervention. La guérison eut lieu rapidement et sans complications.

Dédoublement des opérations cérébrales. Du rôle isolé de chaque hémisphère dans les phénomènes de la pathologie mentale. — M. le docteur *Luys* donne lecture de la deuxième partie du mémoire dont nous avons fait connaître les premières conclusions dans notre dernier compte rendu.

Cette partie du mémoire de M. Luys traite surtout du rôle des hémisphères et des fonctions cérébrales. Elle peut être résumée dans les propositions suivantes :

a. Dans le domaine de la pathologie mentale, les aptitudes naturelles à l'activité autonomique de chaque lobe cérébral sont susceptibles de se révéler avec un grand caractère d'énergie.

Chez les aliénés l'écart, en poids entre la masse des lobes cérébraux est beaucoup plus grand que normalement. La déséquilibration entre chacun d'eux est beaucoup plus accentuée. C'est le lobe droit qui, dans ces cas, absorbe à lui seul l'activité trophique. L'écart, au lieu d'être de 7 grammes, s'élève quelquefois jusqu'à 25 et 30 grammes (sans lésion destructive).

Chez certains aliénés, les hallucinés lucides, les hypochondriaques lucides, la coexistence de la lucidité et du délire peut trouver son explication rationnelle dans l'intégrité d'un lobe cérébral et l'hypertrophie morbide de certaines régions du lobe opposé. Dans un certain nombre de cas semblables, nous avons constaté que le travail morbide était unilatéral et manifesté par une saillie insolite du lobe paracentral.

Ces faits semblent donc démontrer la possibilité de la coexistence de l'hallucination et de la lucidité.

b. En dehors des cas qui viennent d'être signalés, il existe encore un grand nombre d'états psycho-pathiques, les impulsions, les aliénations avec conscience, chez lesquels les troubles morbides ne peuvent avoir d'autre explication rationnelle et véritablement physiologique qu'une désharmonie passagère survenue entre les deux lobes cérébraux, dont l'un fonctionne d'une façon irrégulière alors que son congénère est dans les conditions normales.

Au point de vue du pronostic de la maladie mentale, la survivance de la lucidité et sa persistance étant bien constatées, on peut en déduire des données d'une certaine importance, car ce symptôme impliquerait l'intégrité persistante d'un lobe seulement avec toutes ses aptitudes dynamiques; et réciproquement l'absence de la lucidité constatée d'une façon précise impliquerait l'envahissement simultané et parallèle des deux lobes cérébraux. On sait en effet que la plupart des hallucinés qui au début sont lucides pendant un certain temps, finissent par cesser de l'être, et qu'au bout de plusieurs années par l'évolution naturelle du processus morbide, ils finissent par être complètement oblitérés pour les incitations du dehors et plus ou moins privés de la compréhension de ce qui se passe autour d'eux. Dans les cas de ce genre les lésions portent également sur les deux hémisphères, et c'est la démence qui se révèle avec ses caractères d'incurabilité absolue.

c. La théorie, en un mot, du dédoublement de l'activité cérébrale peut donner une explication rationnelle à certains phénomènes morbides des psychoses, qui jusqu'à présent sont restés dans l'ombre faute de données suffisantes, destinées à les mettre en saillie.

— A quatre heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Guyon sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 14 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Des engelures dans la paralysie atrophique de l'enfance. — Hémorrhagies dentaires. — Ostéomyélite. — Traitement des exostoses épiphysaires par la myotomie. — Anévryme de l'artère ischiatique.

M. *Nicaise* présente de la part de M. *Onimus* une observation de paralysie atrophique de l'enfance. Une petite fille fut atteinte de paralysie à l'âge de cinq ans : la paralysie portait sur les muscles de la région postérieure de la jambe droite, et sur les muscles de la région antéro-externe de la jambe gauche; pied plat consécutif à gauche, pied creux valgus à droite. Depuis quelques années l'enfant a des engelures aux pieds : à droite, sur le quatrième et le cinquième orteils; à gauche sur le gros orteil. Ces engelures sont en rapport avec la paralysie des muscles et la distribution des filets nerveux.

— M. *Magitot* donne quelques renseignements sur le tamponnement alvéolaire pour arrêter les hémorrhagies dentaires. Le tampon à la gutta-percha serait insuffisant si on ne prenait pas la précaution de mélanger cette substance avec de la charpie pour faire une masse fibreuse et malléable.

Avant d'appliquer le tampon, faire un lavage complet de l'alvéole avec du chloroforme.

— M. *Després* présente le dessin d'une pièce que M. Nélaton a montrée aux élèves à la suite d'une leçon sur l'ostéomyélite juxta-épiphysaire. On voit que l'extrémité supérieure de l'humérus est remplie de petits foyers purulents qui occupent non-seulement la tête de l'os, mais aussi une partie de la diaphyse ; on y voit aussi un commencement de décollement épiphysaire. En pareil cas, la trépanation ne donnerait aucun résultat utile.

— M. *Le Dentu* lit un travail sur le traitement des exostoses épiphysaires. Dans une séance précédente, il a montré un jeune homme opéré à l'hôpital Saint-Louis, par section sous-cutanée du muscle vaste externe et de la bandelette du *fascia lata;* la disparition de la douleur avait été immédiate.

Il est de règle de ne pas toucher aux exostoses qui n'amènent aucun symptôme fâcheux. M. Le Dentu s'occupe surtout des exostoses de développement; elles sont souvent pédiculées et parfois coudées. Quand il y a des douleurs, ordinairement ces douleurs ne siègent pas dans l'exostose elle-même. Elles sont dues parfois à des phénomènes inflammatoires qui se développent au niveau d'une bourse séreuse accidentelle. M. Le Dentu en cite un exemple chez une jeune fille de quatorze ans. La formation de cette bourse sur l'exostose n'est pas inévitable ; parfois l'inflammation se localise dans le tissu cellulaire lâche qui en tient lieu. Ou bien la douleur est due à la compression des filets nerveux par l'exostose ; enfin, la douleur peut siéger dans les muscles passant sur l'exostose ; il se produit alors une irritation musculaire douloureuse ; M. Le Dentu en a vu deux exemples.

Chez une jeune fille, l'exostose épiphysaire était placée au côté interne du genou gauche; M. Le Dentu enleva cette tumeur osseuse qui occasionnait des douleurs vives pendant la marche; la malade guérit. Chez un jeune homme de dix-sept ans, l'exostose était au côté externe de la partie inférieure du fémur : ablation, guérison.

Dans le cas suivant, la nature des accidents fut mise hors de doute. Il y avait une exostose de la face antérieure du condyle externe du fémur gauche ; M. Le Dentu fit la myotomie sous-cutanée au niveau de l'exostose; les douleurs cessèrent aussitôt. Le malade souffrait nuit et jour ; tous les muscles de la cuisse étaient contracturés. L'extirpation eût été possible, mais on pouvait craindre la propagation de l'inflammation à la synoviale. C'était un exemple frappant de contracture musculaire multiple. Il a suffi d'une myotomie pour supprimer douleur et contracture. La myotomie n'empêche pas l'exostose de se développer; si la tumeur s'accroît, il est toujours temps de faire une opération radicale. M. Le Dentu conseille de faire agir le ténotome au-dessus et au-dessous de l'exostose.

M. *Trélat* accepte que dans quelques cas on pourrait faire appel à la méthode de soulagement décrite par M. Le Dentu ; mais il veut faire quelques remarques sur les causes de la douleur existant au niveau de l'exostose. Pour les douleurs provoquées par la compression des filets nerveux, il n'en connaît pas d exemple. L'inflammation des bourses séreuses est bien réellement douloureuse. Chez le dernier malade cité par M. le Dentu, la contracture musculaire était multiple, et une seule ténotomie l'a fait disparaître ; cela ne prouve pas que le point de départ ne soit pas la pression des muscles sur une bourse séreuse douloureuse. M. Trélat a pratiqué deux fois l'ablation des exostoses; les malades ont guéri.

M. *Berger* a vu un malade opéré par M. Richet, à l'Hôtel-Dieu. L'exostose siégeait à l'extrémité inférieure du fémur, un peu au-dessus du tubercule d'insertion des adducteurs. La marche était tout à fait impossible. Le malade guérit sans accident. Si on avait voulu recourir à la ténotomie, il eût fallu couper le tendon du troisième adducteur au voisinage de l'artère fémorale, ce qui eût été très-difficile.

M. *Théophile Anger* a enlevé quelques exostoses; il a été frappé du temps très-long que met la plaie à se cicatriser.

M. *Le Dentu.* Dans certaines arthrites on observe des contractures musculaires extrêmement douloureuses. Un hygroma enflammé peut aussi provoquer une contracture musculaire généralisée au membre. M. Le Dentu croit bien avoir constaté la contracture du muscle vaste-externe au niveau de l'exostose; la section du muscle a fait disparaître la douleur. M. Berger s'exagère le danger de la lésion de l'artère fémorale chez le malade qu'il a vu dans le service de M. Richet; sur le quart inférieur du fémur on est assez éloigné de l'artère.

— M. *Tillaux* communique l'observation du jeune malade qu'il a présenté dans une précédente séance. Ce garçon, âgé de dix-sept ans, tomba d'un quatrième étage et se fractura la cuisse gauche à la partie moyenne; il y avait une petite plaie qui ne semblait pas communiquer avec le foyer de la fracture. Rien du côté des viscères. Le membre fut mis dans un appareil de Scultet.

Vers le quinzième jour, le malade accusa une vive douleur au grand trochanter du même côté ; il y avait un peu de tuméfaction à ce niveau. Bientôt on constata une tumeur volumineuse à la région fessière, sans battements ni bruits de souffle. Une collection liquide existait sous le muscle grand fessier. M. Tillaux diagnostiqua un abcès sous-musculaire, la peau était rouge, chaude. Le malade fut chloroformé.

M. Tillaux fit une incision verticale et tomba dans une énorme poche anévrysmale; une autre incision horizontale alla jusqu'au sacrum; arrivé sur l'échancrure sciatique, M. Tillaux vit l'artère coupée à sa sortie du bassin par une esquille pointue. C'était l'artère ischiatique, qui fut saisie avec une pince; l'hémorrhagie s'arrêta. La pince fut laissée en place pendant quarante-huit heures : le malade guérit. La forcipressure rendit un grand service dans ce cas particulier, car la ligature ou la torsion présentaient de grandes difficultés d'application.

M. *Nicaise* a fait il y a deux ans une opération analogue sur un homme de quarante ans, tombé d'un troisième étage. Un gonflement considérable était survenu à la fesse. Au bout d'un mois, la fesse augmenta encore de volume et fut le siège de douleurs très-vives. Fluctuation : pas de battements, pas de souffle. Les douleurs allèrent en augmentant ; le nerf sciatique était comprimé par le gonflement. M. Nicaise fit une incision et tomba dans une poche qui contenait 800 grammes de caillots. Dans le fond de la plaie, une artère donnait du sang ; cette artère était sous l'échancrure sciatique ; une pince à forcipressure fut appliquée et laissée en place jusqu'au troisième jour ; le malade guérit.

M. *Farabeuf.* Dans les tumeurs hémorrhagiques de la fesse, on observe souvent des poussées de gonflement: c'est un signe précieux pour le diagnostic. Depuis que M. Champenois s'est occupé des plaies de la fesse, il est admis qu'on ne doit plus temporiser quand on a reconnu l'existence d'un épanchement de sang. Dans l'observation de M. Nicaise, c'est l'artère fessière qui était rompue. La grande douleur observée coïncide avec les poussées. Les anévrysmes venus à la suite d'une chute siégent presque toujours sur l'artère ischiatique. Il est impossible de placer un fil sur l'artère fessière, parce que son tronc est intra-pelvien.

M. *Le Dentu* cite un fait à l'appui des services rendus par la forcipressure. Il y a trois ans, il ruginait une côte nécrosée; en retirant un fragment d'os, l'artère intercostale fut piquée; l'artère fut saisie avec une pince hémostatique et le sang s'arrêta.

M. *Théophile Anger* cite un cas dans lequel le chirurgien n'a pas le temps d'intervenir. Un individu fit une

chute sur la fesse gauche; la tumeur augmentant par poussées devint énorme. Un médecin croyant avoir affaire à un abcès fit une incision, d'où hémorrhagie; le malade perdit beaucoup de sang; pendant la nuit, nouvelle hémorrhagie; le malade mourut. L'autopsie montra qu'on n'aurait pu faire la ligature dans la plaie, l'artère fessière étant effilée. En pareil cas, M. Th. Anger propose de lier l'artère iliaque interne.

M. *Nicaise* a perdu peu de sang pendant l'opération, en incisant les muscles fessiers.

M. *Farabeuf*. C'est parce que M. Nicaise a placé son incision dans une bonne région qu'il a eu peu de sang; des hémorrhagies ont parfois succédé à l'incision de la fesse.

M. *Tillaux* avait peut-être affaire à un anévrysme diffus primitif passé inaperçu à cause de la fracture du fémur et de l'immobilisation forcée du membre. Si l'on était sûr d'avoir affaire à un anévrysme, il faudrait agir de suite; mais il faut savoir qu'on n'a pas affaire à une bosse sanguine.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Phénomènee intraoardlaques de l'arrêt du cœur et de l'effort : M. François-Franck. — Expériences eur l'action des centres nerveux : M. Brown-Séquard. — Nouveau galactomètre : M. Esbach. — Présentation d'un malade hèmlaneethéeique : M. Ball. — Organe formateur de la outicule de la coquille des hellx : M. Longe. — Du chlorure de magnésium et des eaux de Châtelguyon : M. Agullhon. — Musoles et eyetème nerveux de l'écreviese : M. Charlee Riohet.

M. *François-Franck*. Je désire présenter à la Société les résultats d'expériences relatives aux modifications de la circulation intracardiaque qui se produisent pendant l'arrêt du cœur, déterminé par l'excitation directe ou réflexe du pneumogastrique pendant les mouvements généraux accompagnés d'effort violent.

L'observation directe du cœur pendant l'arrêt diastolique permet de constater une augmentation graduelle de volume de l'organe tout entier. On a pu suivre avec détail les modifications de la pression intracardiaque qui accompagnent ce gonflement par l'exploration manométrique, comme l'ont fait MM. Chauveau et Marey, Arloing et Tripier sur les grands animaux; ces physiologistes ont vu la pression prendre une importance croissante et parallèle dans le ventricule et dans l'oreillette. J'ai moi-même étudié le gonflement croissant des oreillettes et du ventricule sur la grenouille à l'aide d'un double myographe, qui fournit l'inscription simultanée des mouvements de l'oreillette et de ceux du ventricule. Les courbes que je présente permettent de suivre le gonflement progressif et rapide de l'oreillette et la réplétion du ventricule pendant l'arrêt diastolique réflexe du cœur produit par le procédé de Goltz, Bernstein, etc. (excitation du sympathique abdominal). On voit que l'oreillette se distend considérablement, tandis que le ventricule ne subit qu'un gonflement modéré; au moment de la reprise des battements, qui débute par une systole de l'oreillette, l'augmentation de volume du ventricule prend de l'importance, parce que sa cavité se remplit d'une quantité de sang excessive; sur les courbes ventriculaires, cette réplétion s'accuse par l'ascension rapide de la ligne diastolique et surtout par l'importance remarquable du soulèvement présystolique dû à l'évacuation de l'oreillette.

Ce gonflement considérable du cœur pendant l'arrêt diastolique, provoqué directement ou par voie réflexe, est proportionnel à la durée de l'arrêt: il résulte, en effet, de l'afflux du sang veineux général et pulmonaire, qui se fait sans pression croissante. Pour expliquer la distension des cavités du cœur, il n'y a point d'autre cause à invoquer que l'abord d'une quantité surabondante de sang veineux; c'est un phénomène tout passif et non point le résultat de la mise en jeu d'une propriété particulière qu'on a désignée sous le nom de *diastole active*. La force aspiratrice que suppose cette dénomination n'existe point, comme me paraît le démontrer l'expérience suivante: On fait à l'intérieur du péricarde sur le chien une contre-pression réglée avec un manomètre par le procédé que j'ai indiqué dans mes expériences sur les accidents des épanchements du péricarde. La contre-pression exercée à la surface du cœur est exactement graduée d'après le chiffre de la pression veineuse explorée pendant l'arrêt du cœur dans un des gros troncs de la base du cou. Or, cette pression veineuse subissant une augmentation graduelle par suite de l'afflux continu du sang qui revient des artères, on fait suivre la même marche ascendante à la contre-pression intrapéricardique; on constate alors que le cœur mis en état de diastole par l'excitation du pneumogastrique ne reçoit pas la moindre quantité de sang; par conséquent, il ne se dilate pas activement, sans quoi, il surmonterait la contre-pression exercée à sa surface et aspirerait du sang veineux.

Ces phénomènes de dilatation passive du cœur ne sont point spéciaux à l'arrêt diastolique provoqué par l'excitation du pneumogastrique; ils existent aussi à la suite des efforts violents, et leur étude dans ces conditions peut avoir un certain intérêt au point de vue de la pathogénie des accidents qui caractérisent la lésion cardiaque étudiée dans ces dernières annés sous le nom de *cœur forcé*. Pendant l'effort lui-même, la glotte étant fermée, le sang artériel est mécaniquement chassé du thorax, et le sang veineux n'y peut rentrer si l'augmentation de la pression intrathoracique a acquis une valeur suffisante pour faire équilibre à la pression veineuse croissante qui tend à faire entrer le sang des veines dans la poitrine. Mais à la cessation de l'effort tout ce sang veineux accumulé sans pression aux abords du thorax s'y précipite en abondance, et le cœur se trouve ainsi brusquement surchargé. Il exécute dès lors un travail qui peut être notable pour se débarrasser de cette surcharge sanguine: d'où la possibilité d'une véritable fatigue avec dilatation du cœur si les efforts se répètent avec intensité et à courts intervalles.

M. *Paul Bert* dit qu'il croit que pendant l'effort le sang du poumon doit s'accumuler dans l'oreillette gauche et que le sang veineux peut entrer dans le thorax.

M. *Franck* répond qu'il ne voit aucune raison pour admettre cette accumulation du sang du poumon dans l'oreillette gauche, puisque l'excès de pression thoracique produit l'expulsion du sang à la fois hors du poumon et hors du cœur gauche; d'autre part, il maintient que si la pression intrathoracique acquiert une valeur plus grande que la pression veineuse générale, le sang veineux ne peut affluer dans la poitrine.

— M. *Brown-Séquard* communique une série de faits nouveaux relatifs à l'action des diverses parties de l'encéphale. Comme M. Bert l'avait proposé dans la séance précédente, il a pratiqué sur la ligne médiane la section du corps calleux dans toute sa longueur, et n'a pas vu que cette division modifiât en rien l'action des centres moteurs. Alors il a coupé la moitié droite du pont de Varole: cette opération faite, la galvanisation des centres moteurs du côté droit a provoqué des mouvements dans les membres gauches, et celle des centres moteurs gauches a été suivie de mouvements beaucoup plus énergiques dans les membres droits. M. Brown-Séquard a également sectionné le pont de Varole sur la ligne médiane; l'action des centres moteurs a été simplement diminuée, mais non abolie; dans un cas, il est vrai, la section était incomplète. Dans une autre série d'expériences, il a coupé le corps strié droit et les moitiés droites du pont de Varole et du bulbe. Les centres moteurs des deux côtés ont été ensuite galvanisés successivement; les mouvements croisés provoqués par l'excitation du côté gauche ont été moins prononcés que ceux qu'a déterminés l'excitation du côté droit. Enfin, après

avoir déterminé chez des chats des paralysies des membres droits par l'hémisection droite du pont de Varole, M. Brown-Séquard ayant coupé le cou de ces animaux a constaté qu'au lieu des mouvements désordonnés des quatre membres, qui suivent, en général, la section de la moelle cervicale, il y a eu uniquement des mouvements dans les membres gauches. Des faits semblables observés chez les pigeons et les grenouilles ont déjà été communiqués à la Société. Les paralysies, que l'on attribue habituellement à la destruction de centres moteurs ou à l'interruption de conducteurs nerveux, semblent, d'après ces expériences, relever d'un autre mécanisme : il s'agirait d'une influence d'arrêt partant des points lésés de l'encéphale et venant suspendre l'action des cellules de la moelle. Ainsi frappées, ces cellules demeurent inactives, alors même que toute communication vient à être interrompue entre la moelle et le cerveau.

— M. *Galippe* présente, au nom de M. *Esbach*, un galactomètre destiné à remplacer l'appareil de Marchand, dont les défauts sont aujourd'hui reconnus. C'est un simple matras très-étroit, dont le col est formé par un tube gradué et qui doit recevoir 10 centimètres cubes de chacun des liquides suivants : 1° le lait à examiner; 2° un mélange de 100 centimètres cubes d'alcool à 90 degrés et 6 grammes d'acide citrique pur; 3° un mélange de 15 parties d'alcool à 90 degrés et de 85 parties d'éther à 65 degrés. L'appareil est plongé dans un bain à 40 degrés centigrades. Le beurre s'isole et forme une colonne dont on peut lire la hauteur sur le tube gradué. Une table permet ensuite de calculer facilement la richesse réelle du lait d'après le chiffre observé. Les résultats donnés par ce procédé ont été constatés plusieurs fois par l'analyse complète du lait.

— M. *Ball* présente un malade atteint d'hémianesthésie. C'est un homme de vingt-six ans, strabique depuis son enfance et n'ayant jamais eu d'autre maladie que des lésions mal définies des doigts, consistant en refroidissements, lividité et exfoliation partielle des téguments des dernières phalanges. Il y a un an, il eut une amaurose passagère de l'œil droit. Le 12 mai, à la suite d'une violente colère, il est devenu subitement sourd et muet, sans présenter d'ailleurs le moindre trouble intellectuel et écrivant lui-même qu'on allât chercher un médecin. Seize heures après, le mutisme cesse, mais la surdité persiste; elle s'atténue pourtant un peu du côté gauche. De ce même côté, la face semble très-légèrement paralysée; mais l'anesthésie est absolue sur toute la surface de cette moitié du corps, sauf sur la conjonctive. La vision de l'œil gauche est affaiblie, mais la perception des couleurs est distincte; l'odorat et le goût sont abolis à gauche. Le début instantané de ces accidents, l'absence de toute intoxication par le plomb ou le mercure, les commémoratifs, tels que les lésions digitales, tels que l'amaurose temporaire signalées plus haut, engagent M. Ball à rapporter les symptômes actuels à un trouble cérébral de nature ischémique. M. Magnan croit plutôt à une hémianesthésie hystérique; les cas de ce genre, chez l'homme, ne sont pas, d'après lui, absolument rares.

— M. *Pouchet*, au nom de M. *Longe*, donne la description d'un organe découvert par cet observateur chez les *helix*. C'est une sorte de bande allongée le long du manteau, formée par une accumulation d'épithélium, dont le rôle semble être de produire la cuticule externe de la coquille. Quand celle-ci est terminée, cet appareil formateur disparaît : si elle vient alors à être cassée, elle se répare; mais au niveau de la fracture, ainsi cicatrisée, on ne retrouve plus de cuticule, l'*organe de Longe* ayant cessé d'exister.

— M. *Aguilhon*. Les propriétés purgatives des eaux de Châtelguyon sont depuis longtemps connues; mais on n'avait pas encore cherché quel était chez elles l'élément actif. Il semble que ce soit le chlorure de magnésium qu'elles contiennent à la dose de 1gr,56 par litre. Ce sel purge un chien de forte taille à la dose de 2 à 9 grammes; les effets sont presque toxiques; injecté dans les veines, il purge tout aussi bien que s'il est ingéré dans les voies digestives. C'est un fait que M. Rabuteau avait déjà constaté lui-même, bien qu'il fût contraire à la loi qu'il a établie sur l'action des purgatifs salins.

— M. *Charles Richet*. L'écrevisse présente deux muscles très-différents dans leur action : celui de la queue dont les contractions sont courtes, celui de la pince dont la contraction d'abord rapide se prolonge fort longtemps. Malgré cette dissemblance, le temps perdu, c'est-à-dire l'intervalle entre l'excitation et le début de la contraction, est le même pour les deux muscles. L'action d'une chaleur progressivement croissante donne chez ces animaux les résultats suivants : à 23 degrés, abolition des mouvements volontaires; à 28 degrés, des mouvements réflexes; à 31 degrés, arrêt de la respiration; à 34 degrés, suppression des actions nerveuses; à 36 degrés, disparition de la contractilité musculaire. M. Richet a commencé à étudier l'action des poisons : une injection de 3 centigrammes de strychnine provoque un tétanos du muscle de la pince, tétanos qui survit à la section du nerf sciatique. Faut-il, pour expliquer ce fait, admettre que le poison agit directement sur le muscle? Il vaut mieux vérifier d'abord si les filets nerveux ne s'y terminent pas dans des cellules ganglionnaires dont la présence rendrait compte de la persistance de ce tétanos. M. Bert demande que dans les expériences ultérieures M. Richet distingue soigneusement l'une de l'autre les pinces de l'écrevisse, dont l'action est absolument différente : la gauche, en effet, sert à fixer la proie que la droite déchire; la première est pour ainsi dire une tenaille, la seconde une fourchette.

X. ARNOZAN.

REVUE DES JOURNAUX

Deux observations d'hémiglossite, suivies de réflexions sur la pathogénie de cette affection, par M. le docteur Noël GUENEAU DE MUSSY.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de quatre-vingts ans, eczémateux, convalescent d'une pharyngo-laryngite légère, qui, après plusieurs jours de céphalée gauche, fut pris de fièvre, sentit sa langue devenir douloureuse et se tuméfier. La tuméfaction augmenta rapidement, ayant son siége principal dans la moitié gauche; gros ganglion engorgé sous l'angle maxillaire gauche. La langue quadrupla de volume et la respiration en fut très-gênée. Sous l'influence d'un collutoire au chlorate de soude et calmant, la résolution se fit assez rapidement; elle était très-avancée le dixième jour, bornée alors au côté gauche de la langue, avec douleurs lancinantes aboutissant à une petite saillie ovalaire d'une sensibilité excessive, et coïncidant avec des douleurs semblables dans le côté correspondant de la tête. Le borax fut alors substitué au chlorate de soude, et la guérison eut lieu au bout de peu de jours.

Le second cas, relatif à un sujet âgé de vingt-cinq ans, est analogue au précédent. Le début de la maladie a succédé, comme chez le premier malade, à une pharyngo-laryngite. La tuméfaction portait presque exclusivement sur le côté gauche, où se faisait sentir un endolorissement sourd, sans élancements, et coïncidant avec une douleur analogue sous l'oreille gauche et dans le côté gauche de la tête, mais survenue au cours de la glossite. Il survint de l'herpès *labialis*, et quand la langue eut un peu diminué de volume, on put constater sur le côté gauche de cet organe, à la face supérieure et à la face inférieure, une érosion ovalaire, une petite tache rosée, et vers le frein un groupe de granulations

purpurines. Il y eut aussi chez ce malade un engorgement ganglionnaire sous l'angle du maxillaire inférieur.

M. Gueneau de Mussy rappelle que Graves « a fait cette singulière remarque, confirmée par M. Dechambre, que dans tous les cas connus (d'hémiglossite) l'affection siégeait du côté gauche ». M. Dechambre, dans son article Langue, du *Dictionnaire encyclopédique*, n'a pas écrit : *dans tous les cas connus*, mais seulement : *presque toujours*. Quant à la pathogénie de cette affection, l'auteur la rapporte à un « état irritatif des nerfs de la langue » (lingual et corde du tympan), ayant déterminé la lésion trophique de l'organe. Certaines particularités symptomatiques tendent, en effet, à autoriser cette explication. Pourtant, il est à remarquer que les douleurs n'ont été lancinantes et n'ont précédé l'hémiglossite que chez un seul des deux malades ; que celle-ci a été, au contraire, dans les deux cas, précédée de pharyngo-glossite, et l'inflammation du pharynx a été considérée par beaucoup d'auteurs comme étant souvent le point de départ de la glossite. Quoi qu'il en soit, les deux nouveaux faits observés avec beaucoup de rigueur par M. Noël Gueneau de Mussy apportent un contingent précieux à l'histoire de l'hémiglossite parenchymateuse. (*Archives générales de médecine*, avril 1879.)

De la transmission héréditaire de la surdi-mutité,
par le docteur Johannes Mygge.

L'auteur vient de publier une statistique de l'Institut royal des sourds-muets, à Copenhague, comprenant 478 élèves inscrits pendant la période de 1858 à 1877 (inclusivement), parmi lesquels, cependant, un assez grand nombre, après un séjour de peu de durée dans l'Institut, ont été déclarés *non véritablement sourds-muets*, et, par cette raison, renvoyés à leurs foyers ou reçus dans d'autres institutions. Ces 478 élèves appartenaient à 443 familles, dont le total des enfants sourds-muets, avec ceux qui habitaient des demeures privées, était de 514. Quant à 327 de ces enfants, appartenant à 292 familles, il est indiqué dans les dossiers s'ils ont eu des parents sourds-muets ou non ; pour 36 la réponse est affirmative, pour 291 elle est négative; parmi ceux de la première catégorie, 22 seulement ont eu des parents sourds-muets dans des générations antérieures. 2 seulement ont eu des pères et des mères sourds-muets, et cela dépend de ce que les mariages contractés entre des sourds-muets ont été rares en Danemark jusqu'à ces derniers temps. Pour aucun des enfants indiqués comme ayant eu des parents, des aïeuls, des oncles, des tantes, des grands-oncles ou des grand'tantes sourds-muets, on ne trouve aucune des causes généralement supposées de la surdi-mutité; et il semble donc assez raisonnable de présumer l'existence d'une disposition héréditaire dans tous les cas.

Pour 280 seulement de tous les 514 enfants sourds-muets, on a pu savoir s'il y avait dans la famille des personnes sourdes ou souffrant de dureté de l'ouïe ou de maladie des oreilles; pour 36 appartenant à 32 familles, la réponse est affirmative ; quant aux 198 enfants appartenant à 184 familles, elle est négative.

La raison pour laquelle la plupart des questions abordées dans ce mémoire n'ont permis qu'une réponse approximative, est due à cette circonstance que les renseignements obtenus des différents instituts de sourds-muets ou fournis par les dénombrements officiels manquent d'uniformité ; en outre, ces renseignements sont trop peu nombreux et trop incomplets pour qu'on en puisse tirer des conclusions définitives. Afin de remédier un peu à ces imperfections, l'auteur a précisé les circonstances qu'il faudra nécessairement avoir en vue dans des recherches nouvelles, si l'on veut recueillir des matériaux d'une importance véritable pour la science. En ce qui concerne le Danemark, il sera facile d'exécuter les changements proposés, parce que chaque année tous les pasteurs fournissent des comptes rendus sur les sourds-muets qui se trouvent dans leurs paroisses respectives, et qu'on n'a besoin pour atteindre le but que d'une amélioration des formules des listes à remplir pour faire ces rapports. L'auteur croit cependant que lorsqu'un enfant sourd-muet, dont aucune mention n'a été faite auparavant, sera inscrit sur ces listes, le rapport n'en doit pas être fait par le pasteur, mais par le médecin de la famille ou celui qui demeure dans le voisinage. (*Nordiskt med. ark.*, vol. I, 1878.)

Observation de cloaque vésico-vaginal,
par le docteur Consalvi.

Le fait suivant, que nous considérons comme très-intéressant, a été observé à la clinique obstétricale du professeur Morisani, de Naples.

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans qui, huit mois auparavant, était accouchée, après une grossesse régulière. Le fœtus s'était présenté par l'extrémité céphalique, on ignore dans quelle position. Néanmoins cet accouchement fut des plus laborieux, la tête s'arrêta dans son trajet, et ici encore on ne sait pour quelle cause. Le médecin et la sage-femme firent quelques tentatives purement manuelles, sans amener aucun résultat. La tête fœtale séjourna donc dans l'excavation pendant au moins six jours. Au bout de ce temps, l'accoucheur se décida à appliquer le forceps.

Pendant les premiers jours qui suivirent la délivrance, rien d'anormal ne se manifesta, mais, après le premier septenaire, la malade s'aperçut que ses matières fécales et ses urines sortaient par la vulve et non par leurs voies naturelles.

Les menstrues ne reparurent plus depuis cette époque.

L'examen des organes génitaux fait constater les particularités suivantes : les parties externes paraissent normales, la vulve est régulière, l'orifice anal et son sphincter sont entièrement sains. Un périnée, haut d'environ un centimètre, sépare l'anus de l'orifice vulvaire. Si l'on dilate les grandes lèvres on découvre l'entrée du vagin à travers laquelle on pénètre sur un corps à surface rugueuse, d'une couleur rougeâtre, qui remplit presque en entier le vagin et qui se réduit quand on le déprime. Ce corps n'est autre chose que la muqueuse de la partie antérieure de la vessie. Le doigt introduit par la vulve permet de constater l'absence du méat, du canal de l'urèthre, de la cloison vésico-vaginale, de la cloison recto-vaginale en même temps que l'union du rectum avec le fond de la vessie. On a donc derrière la vulve une cavité limitée : en haut par la partie antérieure de la vessie, en arrière par le fond de la vessie qui se continue directement avec le rectum, en bas par la partie postérieure de cette dernière partie de l'intestin, latéralement par des brides cicatricielles plus ou moins nombreuses, et en avant par les orifices anal et vulvaire, la femme étant considérée couchée. Au fond de ce grand cul-de-sac on sent un corps dur entouré d'un lacis de brides cicatricielles nombreuses. Il est probable que ce corps est l'utérus, mais il est impossible d'en découvrir l'orifice externe. En face d'une aussi grande perte de tissus, il était impossible de songer à reconstituer les cavités ainsi fusionnées en une seule. Le professeur Morisani eut recours au moyen suivant, que l'auteur expose en détail, après avoir passé en revue les diverses méthodes d'épisiorrhaphie employées par Frick, Baker Brown, Luchler, Th. Anger, Benjamin Anger. On pratiqua l'évincement de la partie interne de la vulve et des commissures antérieure et postérieure.

Six points de suture réunirent ces surfaces avivées, de telle sorte que la vulve fut entièrement obturée. On plaça dans le rectum une sonde à demeure pour permettre aux ma-

tières fécales et à l'urine de s'écouler au dehors sans irriter la plaie. La malade fut tenue couchée sur le dos.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Un seul orifice était conservé, l'anus, et comme le sphincter anal existait toujours et était dans un état d'intégrité complète, la malade put arriver à le contracter ou à le relâcher à volonté, ou autrement dit à tenir clos ou à ouvrir, suivant ses besoins, son cloaque vésico-rectal, et par là à échapper à tous les inconvénients et aux accidents sans nombre dus à des évacuations alvines involontaires et continues. (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, n° 11.)

Étude sur l'anatomie pathologique du thymus, par le docteur P. Hedenius.

Après quelques remarques sur l'anatomie pathologique du thymus, dans lesquelles M. Hedenius appelle tout spécialement l'attention sur la méprise assez ordinaire qui fait confondre les affections des glandes lymphatiques voisines avec celles du thymus, l'auteur donne l'observation détaillée d'un néoplasme primitif colossal partant du thymus. Le malade était un jeune paysan âgé de vingt-deux ans, auparavant sain, qui, sans cause connue, commença à souffrir d'une dyspnée augmentant chaque jour d'intensité. Pendant les quinze jours qui précédèrent la mort, on observa de l'œdème et de la cyanose à la face, au cou, à la poitrine, aux mains, mais non dans la moitié inférieure du corps; point de fièvre, point d'aphonie. Les phénomènes de percussion et d'auscultation permirent de diagnostiquer un néoplasme intrathoracique, et le malade mourut environ dix mois après la première apparition de la dyspnée. L'autopsie fit voir une tumeur ayant le volume d'une tête d'adulte, à surface lisse, légèrement aplatie d'avant en arrière, tumeur fort circonscrite et située dans le médiastin antérieur, immédiatement derrière le sternum, entre le péricarde et le poumon droit, devant la crosse de l'aorte, la trachée et le cœur. La tumeur était en général molle et médullaire à la surface de section, plus dure et plus fibreuse dans la partie la plus rapprochée du sternum. Les nerfs pneumogastriques, les grands nerfs sympathiques et le nerf phrénique gauche n'étaient pas renfermés dans la tumeur, mais celle-ci embrassait le nerf phrénique droit, dont la partie inférieure était dissoute dans l'intérieur de la tumeur. Le diaphragme était fort déprimé, surtout du côté droit; les poumons, la trachée et les grosses bronches étaient comprimés. Il n'existait aucun néoplasme dans les autres parties du corps. La plus grande portion de la tumeur se composait de cellules arrondies, situées dans une substance intercellulaire fibrillaire, et de trabécules de cellules fusiformes; mais la partie antérieure périphérique de ladite tumeur qui occupait la place normale du thymus était formée en partie par du tissu conjonctif, en partie par des follicules lymphoïdes dont le réticulum était immédiatement limité sur plusieurs points par de petits lobes de tissu adipeux. Les cellules adipeuses de ces lobes se trouvaient pour la plupart en prolifération; entre ces cellules adipeuses prolifères et les cellules de la texture sarcomateuse mentionnée ci-dessus se rencontraient des formes intermédiaires distinctes. Le néoplasme était assez riche en vaisseaux sanguins, dont l'endothélium en plusieurs points de la partie thymique de la tumeur était en voie de prolifération. Cette prolifération de l'endothélium des vaisseaux pouvait être suivie depuis son début jusqu'à l'oblitération complète des vaisseaux par des cellules endothéliales. La section transversale de ces vaisseaux avait une ressemblance frappante avec les « corps concentriques » du thymus, et venait ainsi fortement à l'appui de l'opinion de M. Afanassiew, que ces « corps concentriques » tirent leur origine de l'endothélium des vaisseaux, qu'ils causent l'oblitération des vaisseaux sanguins, et que par conséquent leur formation favorise l'involution du thymus. (*Nordisk med. ark.*, 1878, vol. IX, n° 21.)

BIBLIOGRAPHIE

Essai sur la réaction de l'urine, par le docteur A. Fustier. In-8 de 81 pages. Paris, 1879, V. A. Delahaye et Cie.

On sait depuis longtemps que l'urine est normalement acide, et un certain nombre d'expérimentateurs ont étudié les variations de la réaction de l'urine chez l'homme sain et chez l'homme malade. Quelques-uns, comme Delavaud, Byasson, Bence Jones, Nisseron, C. Robin, Gubler, Wahler, Neubauer, et plus récemment Ralfe, ont cherché à préciser les conditions des changements que présente cette réaction, et à mesurer exactement le degré d'acidité. Ce genre d'étude est plus difficile qu'il ne semble à première vue, parce que la cause même de l'acidité de l'urine est complexe. Il n'en est pas moins intéressant de connaître le dosage brut des acides de l'urine, c'est-à-dire d'apprécier l'acidité totale de l'urine. Les divers essais qui ont été tentés dans ce but ne sont pas des plus satisfaisants; ils offrent des résultats fort variables, et souvent contradictoires.

Ces divergences peuvent en grande partie être attribuées aux procédés employés; il importerait donc de donner au procédé de dosage une rigueur qui n'a pas toujours été obtenue; on peut rapporter la mesure de l'acidité à un poids donné d'acide oxalique, comme l'ont fait Neubauer et Vogel, ou bien à un poids d'acide sulfurique, ou même de soude ou de potasse; si le procédé est exact, il est aisé de ramener l'évaluation à un poids donné de l'un ou de l'autre de ces corps acides ou basiques; il ne s'agit que d'un calcul d'équivalents facile à établir. Ce qu'il importe d'obtenir, c'est une appréciation facile, délicate et offrant sinon une certitude absolue, du moins une approximation suffisante pour les indications de la clinique.

M. Fustier, s'inspirant des conseils de M. Paul Cazeneuve, a choisi comme procédé l'emploi d'une liqueur alcalimétrique, une solution faible de potasse, et comme réactif de l'acidité, le papier de tournesol préparé suivant le procédé de M. Berthelot. Le manuel est des plus simples. Lorsque les deux réactifs sont bien préparés d'avance, il suffit de prendre 50 à 100 centimètres cubes d'urine; une goutte est portée sur le papier de tournesol, et l'on constate la réaction; lorsque celle-ci est acide, on ajoute à l'urine quelques centimètres cubes de la solution de potasse, et on essaye à nouveau la réaction; la solution étant renfermée dans une burette de Mohr, on connaît la quantité ajoutée; on procède par additions successives jusqu'à ce qu'on ait obtenu la neutralité; on peut donc rapporter à un poids donné de potasse la quantité de solution nécessaire pour saturer l'acidité, quelle que soit l'origine de celle-ci. Il ne faudrait pas croire qu'on est en présence d'un phénomène très-simple et que ce dosage peut être comparé aux procédés d'acidimétrie qui permettent d'évaluer la quantité d'un acide connu, déterminé, et isolé des composés. Ceux-ci, dans l'urine, diminuent la précision du procédé; cependant, comme le fait remarquer l'auteur, ce procédé est « d'une précision approximative suffisante en clinique », puisqu'il lui a permis d'apprécier et de mesurer l'influence proportionnelle de diverses doses d'acide citrique ingérées sur l'acidité de l'urine. Nous partageons cette opinion et chacun peut apprécier l'utilité de ce mode d'exploration clinique en considérant les résultats obtenus par M. Fustier.

Les premières observations lui ont servi à fixer les variations de l'urine dans les diverses émissions de la journée; l'auteur a expérimenté sur lui et sur d'autres personnes; il a pu ainsi établir la courbe normale de la réaction journalière;

celle-ci, dit-il, « présente une ligne ascendante du premier repas jusqu'après la digestion du dîner, et une ligne descendante de ce dernier repas au déjeuner suivant. La pointe de cette ascension, c'est-à-dire le maximum d'acidité, a lieu vers dix et onze heures du soir ». En d'autres termes, l'urine du matin succédant au sommeil est neutre ou alcaline avant le déjeuner; elle devient acide après une alimentation, surtout animale; cette acidité augmentant pendant la digestion diminue lorsque la digestion est terminée. L'étude de ces variations présente un intérêt tout particulier lorsqu'on la compare à celle des variations du pouls. En effet M. Fustier a pu arriver à cette conclusion que la courbe de l'acidité correspond à la courbe des variations du pouls, avec cette légère modification, que la courbe de l'acidité retarde un peu sur celle du pouls ; par exemple, tandis que le maximum du pouls suit immédiatement le repas, le maximum de l'acidité est en pleine digestion.

Il ne s'agit, dans ces premières recherches, que de l'état normal, et il importait de connaître les variations suivant les âges, suivant certaines prédispositions individuelles, enfin suivant le régime; M. Fustier a donné sur tous ces points des indications qui devront être complétées, parce qu'en pareil sujet les observations doivent être fort multipliées, faites avec une grande rigueur, pour permettre d'établir des lois générales. Nous résumerons les résultats les plus importants.

L'âge modifie l'acidité, car chez les nouveau-nés elle est plus faible que chez l'adulte; à cinq ans elle est également moindre que chez l'adulte, et chez le vieillard elle redevient moindre que chez l'adulte, mais reste plus forte que chez les enfants de cinq à douze ans. Si l'on tient compte du poids, chez les nouveau-nés l'acidité de l'urine est plus élevée que chez les adultes, et l'acidité absolue augmente avec l'âge jusqu'à l'âge adulte et paraît diminuer chez les vieillards.

Le régime exerce une influence marquée sur l'acidité, puisque le régime lacté, les boissons abondantes, l'alimentation copieuse, l'alcool l'augmentent, tandis que le régime végétal et l'abstinence la diminuent.

Nous ne pouvons insister en détail sur les modifications de la réaction de l'urine indiquées par M. Fustier; chacune d'entre elles prêterait lieu à une discussion ; sur l'influence du travail intellectuel, du travail musculaire, de la sudation, du bain, de la fièvre et de certaines substances médicamenteuses, l'auteur a obtenu des résultats qui sont, dans plus d'un cas, en désaccord avec les expériences de ceux qui l'ont précédé dans cette voie. Nous préférons résumer ici les conclusions que l'auteur a cru pouvoir établir.

L'acidité de l'urine est en quelque sorte alimentaire, puisqu'elle suit les phases de la digestion; elle peut se produire aux dépens de l'organisme, par autophagisme, dans l'abstinence et dans la fièvre; en somme, chez l'homme sain, l'acidité marche avec le pouls, et chez les malades atteints de fièvre elle marche avec la température. En général, l'acidité des urines donne une mesure des combustions organiques, et les causes qui augmentent ou diminuent l'acidité de l'urine augmentent ou diminuent les combustions organiques. Par exemple, l'urine est plus acide après les repas, elle est neutre ou alcaline le matin avant toute ingestion d'aliments; le travail musculaire augmente l'acidité; l'ingestion des acides citrique, salicylique, de l'iodure de potassium et de la noix vomique l'augmentent également, tandis que le citrate de soude, le bromure de potassium et les alcalins la diminuent.

Enfin la fièvre est une cause très-manifeste d'élévation de l'acidité.

Nous avons avec intention exagéré la concision de ces conclusions pour mieux montrer que, dès à présent, M. Fustier a pu formuler, sinon des lois, du moins des résultats qui ont été constants pour lui. Il ne nous paraît pas nécessaire d'insister sur les avantages que la clinique peut trouver dans le dosage de l'acidité de l'urine au point de vue de la thérapeutique et en particulier de la médication alcaline, et il serait à désirer que les observations faites antérieurement dans certaines stations minérales fussent contrôlées à nouveau. L'hygiène même peut profiter de ces études : et, pour ne citer qu'un exemple, M. Fustier ne démontre-t-il pas l'utilité d'un repas, dès le matin, pour tous ceux qui ont à produire un travail régulier? Mais pourquoi insisterions-nous en faveur d'un moyen d'examen qui permet d'apporter une méthode plus exacte que par le passé dans des observations dont l'intérêt, incontestable en physiologie, devient chaque jour plus manifeste en thérapeutique? Nous avons la persuasion que beaucoup de nos confrères accueilleront avec sympathie cette étude, qui honore le laboratoire de clinique médicale de la Faculté de Lyon.

A. Hénocque.

Index bibliographique.

Recherches sur quelques points de l'action physiologique et thérapeutique de la digitale pourprée, par M. Fagard. Thèse de 1878. — Paris, V. A. Delahaye et Cie.

Cette thèse intéressante, faite sous l'inspiration du professeur Lasègue, résume les données les plus importantes sur l'emploi de la digitale.

D'accord avec le professeur Regnault, l'auteur pense qu'on doit préférer les diverses préparations de feuilles de digitale aux digitalines actuellement connues sous le nom de leurs inventeurs : Homolle et Quevenne, Nativelle et Rouchez. Il reproche à ces divers produits la difficulté de leur dosage. Dubuc, cité par Bouchardat, raconte qu'un malade a pu prendre, sans succomber, trente à quarante granules de digitaline en une seule fois. M. Regnault cite le fait d'un enfant, fils d'un professeur, qui avala par ignorance le contenu d'un flacon de granules. On lui fit prendre, peu de temps après, un vomitif qui provoqua l'expulsion d'une certaine quantité de ces granules. Beaucoup d'autres furent retrouvés dans les selles, le lendemain. L'enfant ne fut nullement incommodé. On ne spécifie pas, il est vrai, l'espèce de digitaline contenue dans ces granules. Mais ces faits n'étonneront que médiocrement beaucoup de médecins qui ont souvent employé la digitaline sans en obtenir des effets constants.

C'est aux préparations de feuilles de digitale qu'il faut donner la préférence. La teinture alcoolique est d'un bon usage; mais la meilleure préparation est la décoction ou la macération de feuilles de digitale de la seconde année, recueillies un peu avant la floraison, desséchées d'abord à l'ombre, puis à l'étuve et conservées avec soin à l'abri de la lumière.

Résumant un travail qu'il a publié récemment dans les *Archives* (décembre 1878) sur l'histoire thérapeutique de la digitale, M. Fagard nous donne une analyse pleine d'intérêt de l'ouvrage de William Withering, qui parut à Birmingham en 1785. C'est évidemment à ce médecin anglais que doit revenir le mérite d'avoir introduit définitivement la digitale dans la thérapeutique; l'histoire de la plante, l'étude de ses effets, des précautions à prendre en l'administrant, y sont magistralement tracés, et on s'explique l'engouement avec lequel la digitale fut immédiatement administrée dans beaucoup de maladies auxquelles son emploi est peu applicable; d'où une foule d'insuccès qui déconsidérèrent rapidement le remède.

Aujourd'hui, la digitale trouve son principal emploi dans les maladies du cœur. Gubler l'a employée avec succès dans le *delirium tremens*. C'est le diurétique par excellence.

Après avoir exposé les résultats de ses expériences sur l'empoisonnement par la digitale et l'action du médicament administré à l'homme sain, l'auteur étudie l'emploi de la digitale dans les maladies du cœur.

Son action thérapeutique n'est que le corollaire de son action physiologique qui peut être résumée en deux effets principaux : le ralentissement des battements du cœur et l'augmentation de la tension artérielle.

C'est une erreur de croire que la digitale soit absolument indiquée par telle ou telle lésion. La lésion seule n'indique pas l'usage du remède. L'indication se tire des phénomènes morbides consécutifs à cette lésion. La digitale ne peut rien sur les altérations organiques.

Ces notions sont capitales dans la thérapeutique des maladies du cœur.

Avec ces réserves, nous dirons que c'est dans ces affections mitrales, c'est contre les symptômes qu'elles provoquent habituellement : troubles de rhythme, œdème pulmonaire, œdème des extrémités, que la digitale est essentiellement utile. On la donne en infusion de 0gr,20 à 1 gramme. On élèvera les doses entre ces deux limites jusqu'à ce que la sécrétion urinaire soit activée dans une proportion notable. A ce moment, il faut s'arrêter, et dès que la diurèse est suffisante, que les œdèmes diminuent, cesser brusquement l'emploi de la digitale.

Il est bon au début de préparer le malade par un drastique, et il sera toujours prudent de le *tâter* pendant les trois ou quatre premiers jours, en n'oubliant pas que la digitale s'accumule, et que son effet ne se fait sentir qu'au bout de trois ou quatre fois vingt-quatre heures.

Lorsque, chez un cardiaque, la digitale bien administrée ne modifie pas au bout de ce temps les battements du cœur et n'augmente pas la diurèse, on a presque toujours affaire à un cœur en dégénérescence graisseuse, et le médicament est contre-indiqué.

Nous avons cru devoir étendre un peu notre analyse de cette thèse consciencieusement faite, et que liront avec fruit tous ceux qui s'intéressent spécialement à la thérapeutique des maladies cardiaques.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, par M. P. Garnier, 14e année. Paris, 1878, Germer Baillière et Cie.

Ce petit volume contient une indication et une analyse sommaires de tous les travaux intéressants publiés dans l'année 1878. L'auteur fait précéder ces analyses, disposées par ordre alphabétique, d'une introduction étendue dans laquelle il apprécie l'ensemble des progrès scientifiques réalisés dans l'année. On trouvera dans l'article *Nécrologie* une série de chapitres relatifs aux principaux savants décédés dans le cours de l'année. Une courte biographie, avec indication et appréciation sommaires de leurs principaux travaux, donne sur chacun d'eux les renseignements les plus importants.

L'ouvrage se recommande donc à ceux qui tiennent à rester au courant des choses médicales.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — M. le docteur P. Jolly, dont M. le président de l'Académie de médecine a annoncé la mort dans la dernière séance, était né le 18 juin 1790 à La Chaussée, près de Vitry-le-Français (Marne). Il était membre de l'Académie depuis 1830. Écrivain distingué, penseur fin, M. Jolly avait surtout consacré son talent à l'étude des questions d'hygiène et de pathologie générale. Il s'était occupé aussi de la question des devoirs du médecin, dont la règle était d'ailleurs écrite dans toute sa vie professionnelle, comme la règle de tout devoir moral était écrite dans sa vie privée. Peu de confrères ont laissé une mémoire plus honorée et plus chère à tous ses amis.

Les dernières années de ce vieillard si alerte et de caractère si ouvert avaient été assombries par de cruels deuils de famille. Son fils (gendre de Cruveilhier), vice-président du tribunal civil de la Seine, lui avait été enlevé il y a peu d'années.

Conseil municipal (13 mai 1879). — Sur le rapport de M. Bourneville, le conseil émet un avis tendant à approuver les modifications demandées par M. le directeur de l'administration de l'Assistance publique au projet de réseau télégraphique destiné à relier le siége de cette administration aux hospices et hôpitaux. Sur la proposition du rapporteur, le conseil renouvelle le vœu déjà émis en ce qui concerne : 1° la suppression du Bureau central; 2° l'organisation des consultations externes dans tous les hôpitaux et hospices de Paris.

Corps de santé militaire. — Ont été promus dans le corps de santé militaire : Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Morand. — Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Meige. — Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Laurens, Haas, Feuvrier, Laveran et Lacassagne. — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Quivogne, Forgemol, Febvre, Carette et Fournier. — Au grade de pharmacien principal de 1re classe : M. Cauvet. — Au grade pharmacien principal de 2e classe : M. Pelissié. — Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Figuier. — Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Viennet, dit Bourdin.

Distinctions honorifiques. — MM. le docteur Lacassagne, le docteur Napias, le docteur Thévenot, le docteur Dubuisson et A.-J. Martin, viennent d'être nommés officiers d'Académie, en raison de la part qu'ils ont prise à l'organisation du congrès international d'hygiène de Paris.

Conférences de clinique chirurgicale. — M. Duplay, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera ses conférences de clinique chirurgicale le jeudi 22 mai, à neuf heures, et les continuera les jeudis de chaque semaine à la même heure. — Visite des malades, à huit heures et demie. — Opérations, à dix heures.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 8 au 15 mai 1879, on a constaté 1059 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 10. — Rougeole, 40. — Scarlatine, 4. Variole, 23. — Croup, 13. — Angine couenneuse, 21. — Bronchite, 42. — Pneumonie, 92. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 12. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 8. — Erysipèle, 5. — Autres affections aiguës, 239. — Affections chroniques, 485 (dont 183 dus à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 38. — Causes accidentelles, 26.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La théorie atomique, par Ad. Wurtz, membre de l'Institut, doyen honoraire de la Faculté de médecine, professeur à la Faculté des sciences de Paris. Paris, Germer Baillière et Cie. 6 fr.

Guide administratif du médecin accoucheur et de la sage-femme, précédé d'une notice historique et comprenant : 1° Des considérations sur toutes les lois, décrets, ordonnances et règlements concernant la pratique des accouchements; 2° Des conférences sur toutes les questions relatives aux enfants nouveau-nés, et notamment sur la surveillance protectrice à exercer à leur égard, par Eugène Louet. 1 vol. in-12. Paris, Germer Baillière et Cie. 3 fr. 50

Manuel de minéralogie, par M. L. Portos. 1 vol. in-18, cartonné diamant, de 370 pages et 66 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 5 fr.

Facultés de médecine. Nouvelles dispositions relatives aux études et au régime des examens pour les candidats au doctorat en médecine. In-18. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 60 c.

Manuel de pathologie interne, avec figures intercalées dans le texte, précédé de la manière d'examiner le malade et de faire les autopsies, par le docteur J.-A. Fort, avec la collaboration du docteur Guichet. 1 vol. in-18. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 5 fr.

Anatomie des centres nerveux, par le professeur G. Huguenin (de Zurich). Traduit par le docteur Th. Keller. Annoté par le docteur Mathias Duval. In-8 de xv-368 pages, avec 149 figures dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 8 fr.

Leçons de physiologie opératoire, par Claude Bernard. In-8 de xvi-624 pages, avec 116 figures intercalées dans le texte. Paris, 1879 J.-B. Baillière, et fils. 8 fr.

Le climat de Brest, ses rapports avec l'état sanitaire, par M. A. Borius. In-8 de 384 pages, avec 1 carte coloriée. Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils. 7 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 22 30 MAI 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 29 mai 1879

LE CORPS DE SANTÉ MILITAIRE ET LES NOUVELLES FACULTÉS DE MÉDECINE. — VARIOLE ET REVACCINATIONS.

Le corps de santé militaire et les nouvelles Facultés de médecine.

Dans quelques mois sans doute reviendra devant la Chambre des députés la discussion d'un projet de loi qui intéresse au plus haut degré l'avenir du corps de santé militaire. Depuis le 21 novembre 1876, en effet, tous les médecins de l'armée espèrent que la loi votée par le Sénat, loi qui assure leur autonomie et donne au médecin en chef des corps d'armée la direction des hôpitaux et des ambulances, sera discutée puis adoptée par la seconde Chambre. Ce n'est pas sans émotion qu'ils ont entendu parler d'un projet de loi conçu dans un tout autre esprit, inspiré par l'intendance et rédigé par un général hostile à toutes les mesures qui peuvent avoir pour résultat de remédier aux vices de notre organisation médicale. Mais ils se sont rassurés en voyant les propositions du général de Chanal rejetées par tous les membres de la commission parlementaire chargée d'étudier ces questions d'administration militaire. Nous aurons très-prochainement, sans doute, l'occasion de discuter en détail les diverses solutions qui pourront être soumises à l'approbation de la Chambre et du Sénat. A plusieurs reprises déjà nous avons exposé notre sentiment à cet égard. Nous demeurons partisan de l'autonomie du corps de santé de l'armée; nous pensons que toutes les questions de détail, toutes les questions de personne, si compliquées qu'elles puissent paraître, doivent s'effacer devant les nécessités d'intérêt général qui s'imposent à tous ceux qui n'ont en vue que d'assurer à l'armée les ressources médicales dont elle a besoin en temps de paix comme en temps de guerre. Nous restons convaincu que l'exemple donné par toutes les armées étrangères doit être suivi et nous espérons que les procès-verbaux du congrès médico-militaire qui s'est tenu à Paris au moment de l'Exposition universelle édifieront complétement à cet égard ceux qui conservent encore quelques doutes.

Mais si nous n'hésitons pas à réclamer, en faveur de nos confrères de l'armée, toutes les mesures qui peuvent assurer leur indépendance, rehausser leur autorité et récompenser dignement leurs services, il nous faut aussi signaler à l'opinion publique les regrettables tendances qui, en ce moment surtout, menacent de paralyser tous les efforts que les amis de la médecine militaire étaient très-disposés à tenter en sa faveur. Nous pouvons d'autant moins nous taire à cet égard, que les actes auxquels nous faisons allusion compromettent tout à la fois les intérêts de l'enseignement médical supérieur et ceux de la médecine d'armée. Nous voulons parler, en effet, du décret présidentiel en date du 6 mars dernier qui classe, en vue de leur envoi en Algérie, tous les médecins du service hospitalier.

« Considérant, dit ce décret, qu'il convient d'appeler tous les membres du corps de santé militaire à participer également *dans la mesure des besoins du service* aux charges ainsi qu'aux avantages que comporte le séjour en Algérie; qu'un séjour trop prolongé dans cette colonie peut avoir pour effet d'entraver les études spéciales et l'instruction professionnelle des officiers de santé militaires et de préjudicier ainsi à la bonne exécution des différents services dont ils peuvent se trouver chargés; — sur le rapport du ministre de la guerre, le président de la République décrète : Article premier: Les médecins et pharmaciens employés en Algérie à quelque titre que ce soit, après avoir servi quatre années consécutives dans ce pays, déduction faite des congés, y seront remplacés d'office par un collègue du même grade employé à l'intérieur, pris parmi ceux ayant le moins de campagnes, à moins qu'un intérêt de service, dont le ministre reste seul juge, ne motive leur maintien dans la colonie. »

FEUILLETON

Ambroise Paré (1510-1590).

(Suite. — Voyez le numéro 20.)

Les documents de M. E. Bégin n'ont pas mieux servi Malgaigne pour les détails qui regardent la famille d'A. Paré.

« Le père de Paré était coffretier. Outre son fils Ambroise, il en avait un autre qui fut coffretier comme son père et qui s'établit à Paris, rue de la Huchette; et une fille qui épousa maître Claude Viart, chirurgien à Paris » (p. CCXXVI).

Ambroise Paré « se maria, en 1541, avec la fille du valet chauffecire de la chancellerie de France » (p. CCXXXVI).

« Il avait perdu sa première femme; cette même année 1573, il se remaria avec la fille d'un certain Rousselet, chevalier ordinaire de l'écurie du roy, dont il eut deux filles » (p. CCLXXXII).

« Il ne paraît pas que Paré ait eu des enfants de son premier mariage; du second il eut deux filles, déjà nées en 1575, puisque dans l'édition de cette année il raconte qu'il leur incisa les gencives. L'une d'elles épousa un certain Simon, etc. » (p. CCCII).

D'abord il n'est pas question de ses filles au livre de la génération. Ch. 95, il dit : « Ce que j'ai fait à mes enfants. » Ce passage n'existe même pas encore dans l'édition des *Œuvres* de 1575. Enfin tout cela aurait dû paraître à Malgaigne un peu précipité et au moins invraisemblable. La vérité est que cette partie de son histoire est à refaire; elle fourmille d'erreurs.

Il n'est pas juste de dire (p. CCXCV) que la date de la mort d'A. Paré resta longtemps inconnue. Elle n'a été ignorée, évidemment, que par ceux qui n'ont pas voulu consulter Pierre de l'Estoile ou les registres de la paroisse Saint-André-des-Arcs. Eloy (*Dict. de méd. anc. et mod.*, 1778) la fixe exactement au 20 décembre 1590 et l'inhumation au 22.

Le jour où nous avons eu connaissance de ce décret, nous pensions qu'il n'avait pour objet que de remédier à quelques abus dont on s'était justement plaint dans ces dernières années; nous supposions que, puisqu'il existait auprès du ministre un Conseil de santé des armées, les avantages et les inconvénients des mesures que l'on prescrivait sommairement avaient été examinés au préalable et qu'on saurait, alors qu'il serait question de les appliquer, concilier *les besoins du service* avec les intérêts scientifiques et professionnels du corps de santé. Nous avons cru dès lors devoir nous abstenir de discuter ce décret, attendant que le Conseil de santé des armées ait obtenu du ministre une équitable répartition des médecins militaires *disponibles* et dont les déplacements pouvaient et devaient être utiles à tous les points de vue. Peu de jours après la publication de ce décret paraissait dans le *Bulletin officiel de la médecine militaire* une liste, par ordre numérique de campagnes, des médecins du service hospitalier et des pharmaciens pouvant être appelés à servir en Algérie. Cette liste contenait les noms de plusieurs médecins ou pharmaciens qui nous semblaient ne devoir y figurer que par erreur. Il nous paraissait difficile d'admettre que *les besoins du service* pussent exiger le déplacement d'un professeur de Faculté, médecin en chef d'un de nos premiers hôpitaux militaires, par cette seule raison qu'il avait passé en Algérie quelques années de moins qu'un de ses collègues. Nous pensions que le Conseil de santé des armées comprendrait et tiendrait à faire respecter les raisons d'ordre supérieur qui devaient faire maintenir un contrat passé avec le ministre de l'instruction publique. En autorisant officiellement plusieurs médecins de l'armée à accepter les fonctions de professeur dans une Faculté de médecine, en les déplaçant pour les nommer médecins dans les hôpitaux militaires des villes où ces Facultés se trouvaient installées, le ministre de la guerre nous semblait moralement engagé à ne plus modifier, que dans un cas d'extrême urgence, une situation qu'il avait sinon créée, du moins autorisée et même approuvée. Nous nous étions complètement mépris sur ses intentions que l'on pouvait espérer voir combattues avec une énergique insistance par le Conseil de santé des armées, tandis que l'administration de l'intendance et le général de Chanal s'efforcent de rabaisser les médecins de l'armée en les ramenant à l'état d'agents entretenus et confondus, par position et par subordination, avec les officiers d'administration, les commis de l'intendance, les gardes d'artillerie et du génie, etc., le décret dont nous venons de voir la première application prépare cette mesure en décapitant le corps de santé, en déclarant officiellement que tous ceux qui chercheront à s'élever au-dessus de leurs collègues, par leurs travaux scientifiques et la juste notoriété qu'ils auront acquise, devront rentrer dans le rang et, le jour où le nombre de leurs campagnes, c'est-à-dire de leurs années de séjour en Algérie, sera inférieur à celui d'un de leurs collègues, quitter le centre scientifique où ils auront installé leurs laboratoires d'études, où ils auront acquis une situation éminente, pour voyager, comme les derniers des sous-aides, au gré des bureaux de la guerre, seuls compétents pour leur assigner une résidence.

Telle est la situation que crée aujourd'hui au corps de santé de l'armée la rigoureuse application du décret dont nous venons de citer les considérants. Est-il possible d'envisager sans tristesse l'avenir qu'il ménage à l'un des corps de l'armée que, jusqu'à ces dernières années, on pouvait, avec raison, considérer comme l'un des plus savants, des plus dignes d'estime, des mieux capables de progresser en honorant la France?

Nous ne craignons point qu'on vienne nous opposer des raisons de discipline militaire et d'équitable justice. Dans un corps savant les questions de hiérarchie militaire sont toujours multiples. Les *besoins du service* exigent que l'administration militaire puisse trouver tout à la fois des médecins savants et en état de diriger dans les grands hôpitaux, où sont admis les élèves du service de santé militaire, l'éducation et l'instruction du personnel qui devra plus tard servir aux armées, des médecins d'hôpitaux suffisamment instruits pour bien traiter leurs malades, des médecins de régiment, hommes d'action et de dévouement, capables de supporter toutes les fatigues du service militaire et de donner les premiers secours dans des cas d'urgence.

Vouloir imposer à tous les médecins de l'armée des fonctions identiques, exiger d'eux tout à la fois des connaissances médicales et chirurgicales, des aptitudes administratives, ou bien les qualités physiques qui font le soldat, c'est abaisser le niveau intellectuel et moral du corps auquel ils appartiennent. Ne tenir compte, pour les déplacements qu'on impose aux médecins de l'armée, que du nombre d'années qu'ils ont passées en Algérie, c'est les classer arbitrairement sans avoir égard à leurs aptitudes diverses, c'est déclarer que le séjour dans cette colonie, qui peut avoir pour effet « d'entraver leurs études spéciales et leur instruction professionnelle », doit être imposé même à ceux qui, dans un centre scientifique, ont déjà rendu et peuvent rendre encore d'éminents

---

Malgaigne cite ce passage de Portal : « Son corps fut déposé à Saint-André-des-Arts (*sic*), au bas de la nef, près du clocher, comme le portent les registres de la paroisse. » Comment, ainsi averti, cet esprit fin et chercheur n'a-t-il pas couru à cette source précieuse. Il aurait eu l'immense joie d'y voir les vingt-six pièces relevées par Auguste Jal dans le *Dictionnaire critique de biographie et d'histoire*, 1864 (art. A. PARÉ), et une autre encore qui a été omise. A. Paré a eu plusieurs enfants de ses deux femmes. La première s'appelait Jeanne Maselin ou Mazelin. Les registres donnent la naissance de sa sœur Madeleine en octobre 1525. Leur père, Jean Maselin, était au service du chancelier Duprat (*famulus domini cancelarii Franciæ*). Jeanne, portant le nom du père, devait être l'aînée.

Le premier acte, se rapportant à la famille Paré, est du 4 juillet 1545 : « Fust baptisé François, fils d'Ambroise Paré, barbier, et de Jeanne Maselin, sa femme. » A. Paré se serait marié par conséquent de 1541 à 1544. Les incidents de sa vie me font pencher vers cette dernière année. Lors du baptême de son second fils, Isaac, né quatorze ans après, et qui mourut au bout d'un an, août 1560, A. Paré est chirurgien ordinaire du roy. Le 30 septembre de la même année 1560 est baptisée sa fille Katherine, qui épousa, en 1581, François Rousselet, dont elle eut trois enfants, tous présentés au baptême à la même paroisse : Florentin, 1587; Charles, 1590; Catherine, 1599.

« Le mercredy quatrième jour du mois de novembre, au dict an 1573, décéda en son logis, rue de l'Arondelle, Jehanne Maselin, femme de Mᵉ Ambroise Paré, chyrurgien du roy, et le même jour fust son corps inhumé en la dicte église de Sainct-André. » L'acte suivant, qui enregistre, le 16 juillet 1575, le baptême d' « Anne, fille d'Ambroyse Paré, premier cyrurgien du roy, et de Jacqueline Roussel (Rousselet), sa femme », prouve que A. Paré s'était remarié en 1574, moins d'un an après la mort de sa première femme. Il avait alors soixante-quatre ans, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir encore

services. C'est, en un mot, favoriser les médiocrités et ne tenir compte que des services exclusivement militaires.

Telle n'a jamais été, telle n'est point encore la manière de voir dans les autres corps de l'armée. Dans le génie, l'artillerie, le corps d'état-major ou la marine, on s'honore d'encourager, en leur conservant leur situation militaire, des savants qui, comme les généraux Poncelet et Morin, l'amiral Mouchez, le colonel Laussedat, les commandants Mannheim et Périer et tant d'autres encore, cumulent leurs fonctions civiles avec leurs positions militaires. Dans la médecine d'armée, des idées non moins libérales permettaient jadis aux Desgenettes, aux Broussais, aux Bégin, aux Sédillot d'honorer le corps auquel ils appartenaient, en s'illustrant dans l'enseignement officiel de nos Facultés de médecine. Mais, quelque tristesse que nous éprouvions à le constater, il nous faut reconnaître que depuis plusieurs années on tend de plus en plus à combattre ceux qui s'efforcent d'acquérir les titres scientifiques les plus justement estimés.

Il y a quelques années, avant que l'on eût supprimé l'École de Strasbourg, la campagne qui s'ouvre aujourd'hui contre les médecins professeurs avait été précédée d'une escarmouche dirigée contre les médecins de l'armée désireux de concourir pour le grade d'agrégé près les Facultés de médecine. Alors aussi il se trouvait des médecins inspecteurs ne craignant pas de déclarer ouvertement que les *savants* étaient dangereux et que la médecine militaire ne devait demander que de bons et modestes *praticiens*, que l'on pourrait et que l'on devrait charger alternativement, *selon les besoins du service*, de la direction d'une salle de blessés, d'une salle de fiévreux ou d'une salle de vénériens. Mais, à cette époque, les ministres de la guerre ne prenaient aucune décision importante sans l'avis d'un médecin inspecteur auquel le corps de santé a dû bien des progrès, auquel, s'il avait vécu, il devrait aujourd'hui son autonomie.

En 1870, consulté par le ministre sur une question analogue à celle qui nous occupe, Michel Lévy répondit en ces termes : « Votre Excellence m'a fait l'honneur de me demander s'il me paraît conforme au bien du service de refuser désormais aux répétiteurs de l'École du service de santé militaire l'autorisation de concourir pour l'agrégation près la Faculté. J'ai provoqué la création des emplois de répétiteur à Strasbourg; j'ai présidé la commission qui a défini leurs attributions, je les ai fréquemment inspectés sur place et vus à l'œuvre; c'est la première fois que j'entends leur reprocher l'exercice d'agrégé à la Faculté comme un détriment pour l'École. Telle n'est pas mon opinion bien réfléchie. Les répétiteurs nommés au concours professeurs agrégés ont grandi dans l'estime de nos élèves; ils apportent à l'École le bénéfice d'une expérience spéciale, à la Faculté l'opportune suggestion des besoins de l'École.....; ils prolongent jusqu'au sein de la Faculté le contrôle du directeur de l'École, dont ils rehaussent la considération. La part qui revient aux répétiteurs agrégés dans le succès des études et la distinction qu'ils ont acquise par leurs travaux sont pour beaucoup dans la facilité de notre recrutement... Au fond, les intérêts des deux institutions sont identiques. Un bon recrutement du corps de santé est au prix d'une commune entente entre l'administration de la Guerre et l'administration de l'Instruction publique..... Il n'échappera pas à Votre Excellence qu'une déclaration d'incompatibilité entre les fonctions de répétiteur et celles d'agrégé froissera l'opinion publique et soulèvera une vive opposition dans l'Université..... »

Nous soumettons la lecture de ces quelques passages de la lettre de Michel Lévy aux méditations des membres du Conseil de santé; nous ne craignons pas de les opposer, comme un exemple de ce que peut l'esprit de décision aux mesures qui viennent de frapper deux professeurs de la Faculté de Lyon, dont l'un est envoyé en Algérie et dont l'autre, comme s'il avait été question de bien faire voir que le décret du 6 mars n'est appliqué que dans un but vexatoire, est rappelé à Paris. Nous faisons appel à leurs sentiments professionnels, au désir qu'ils doivent avoir de rehausser l'estime dont jouit, dans le monde médical, le corps à la tête duquel ils se trouvent placés et nous leur demandons de bien réfléchir aux conséquences que peuvent entraîner les mesures qu'ils ont si imprudemment encouragées.

Dès aujourd'hui, le ministre de l'instruction publique, justement ému de voir ses Facultés désorganisées, se déclare disposé à ne plus admettre de candidatures militaires. Désormais, si le Conseil de santé des armées ne paraissait pas comprendre ce que peut donner de prestige à ses médecins d'hôpital le titre de professeur de Faculté, tous les hommes de science qui trouveront une place dans les Facultés de l'État n'hésiteront point à abandonner une position qui, en raison des déplacements incessants qu'elle doit leur imposer, deviendra bientôt inconciliable avec un travail scientifique sérieux. L'idéal rêvé par les partisans du projet de Chanal se trouvera dès lors réalisé. Tous les médecins de l'armée se trouveront assimilables aux agents de l'administration, très-dociles quand il sera question de changer de poste ou de garnison, très-empressés à obéir

---

cinq enfants. J'énumère les actes successifs : le 30 mai 1576, baptême d' « Ambroyse », qui fut enterré huit mois après, le 13 janvier 1577, « en l'église de Sainct-André ». Le 6 février 1578, baptême de « Marie, fille d'A. Paré, premier cyrurgien du roy, et de Jacqueline Rousselet »; une des marraines est « Marie Boullaye, vefve de feu Jacques Rousselet ». Le 8 octobre 1579, baptême de « Jacquelaine », morte à trois ans environ, le 13 septembre 1582. Le 12 février 1581, baptême d'une deuxième « Katherine »; ses marraines : « Barbe Rousselet, femme de Didier Martin, archer de la garde du corps du roy, et Katherine Paré, une des filles du dict maître Ambroise Paré. » Aug. Jal a omis l'acte de baptême, daté du mercredi 8 novembre 1583, d'un second Ambroise, qui ne vécut pas beaucoup plus longtemps que le premier. Il fut enterré le 19 août 1584 « dans l'église, près le cloché ». Lors de la naissance de ce dernier enfant, A. Paré avait soixante-treize ans.

Le 15 avril 1581, mariage de Catherine Paré, née le 30 septembre 1560, avec « François Rousselet, thrésaurier de monseigneur le duc (d'Anjou), frère du roy », et très-probablement le frère de Jacqueline, la deuxième femme d'A. Paré. Nous verrons bientôt qu'ils demeuraient tous ensemble dans le grand logis de la rue de l'Hirondelle.

« Le vendredi vingt-quatrième jour de juillet 1587 fut baptisé Florentin, fils de François Rousselet, contrôleur général de la maison de la reine de Navarre, et de Catherine Paré. » La marraine est « Jeanne Paré, veuve de feu Claude Viart, en son vivant chirurgien juré à Paris ». Le dimanche 29 novembre de la même année 1587 ont lieu ses fiançailles avec « François Forest, natif d'Orléans, clerc de M. le Lieutenant civil au Chatetet de Paris ». Le mariage est célébré le 11 janvier 1588, et le 20 avril 1589 on baptisa « François », enfant issu de cette union. Si Jeanne Paré, veuve de Claude Viart, est la sœur d'A. Paré, comme on s'accorde à le dire, il faut avouer qu'elle était bien plus jeune que son frère. A supposer qu'elle eût quarante-cinq ans lors de son second mariage, elle serait née en 1543, par conséquent trente-trois ans après

aveuglément à tous les ordres dictés par les bureaux de la guerre, mais incapables de tous les travaux scientifiques qu'une position stable peut seule rendre utiles et fructueux. Après avoir supprimé l'École du service de santé militaire, on interdit aujourd'hui aux médecins de l'armée des fonctions qui ne peuvent nullement entraver leurs services militaires et qui rehaussent leur prestige et leur autorité morale. Bientôt, la question est à l'étude, on cherchera à supprimer l'École du Val-de-Grâce. L'œuvre de Michel Lévy se trouvera dès lors définitivement détruite. Nous demandons aux chefs actuels de la médecine militaire s'ils ne pensent pas, comme nous, que le temps est venu de réagir contre de semblables tendances et s'il ne leur paraît pas utile de faire comprendre au ministre de la guerre que, dans un corps savant, il importe de tenir quelque compte des titres scientifiques et de la valeur personnelle des membres qui le composent.

L. Lereboullet.

Variole et revaccinations.

Dans notre récent article sur l'épidémie de variole (*Gaz. hebd.*, n° 21, p. 326), nous avons dit que, sur 2556 *vaccinations* d'enfants par la génisse, M. Warlomont (de Bruxelles) n'avait eu aucun insuccès. Nous complétons ce renseignement en rappelant que, aux termes d'un mémoire publié en 1874, par M. Warlomont, dans la *Gazette hebdomadaire* (p. 300), sur un total de 5425 *revaccinations* opérées en 1870 et 1871 par trente-six des médecins les plus recommandables de la Belgique, on a obtenu 3419 succès, soit 62 pour 100.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Recherches sur le traitement des maladies des voies aériennes par les inhalations de vapeurs médicamenteuses, par M. le docteur I.-F. Guillemin.

HISTORIQUE

A différentes époques, des tentatives ont été faites pour guérir par des inhalations de vapeurs médicamenteuses certaines maladies des organes de la respiration.

Les fumigations balsamiques, presque complètement tombées en désuétude parmi nous, étaient très-employées par les anciens.

En 1834, Martin-Solon publia dans la *Gazette médicale de Paris* un travail important sur l'*Atmiâtrie pulmonaire*; il avait été conduit à faire ses recherches par l'opinion de Mascagni, qui pensait que, si jamais on parvenait à découvrir un remède efficace contre la phthisie pulmonaire, ce serait parmi les substances qui peuvent être appliquées directement au poumon par la voie de l'inspiration.

Martin-Solon proposait comme appareil à fumigation un flacon à deux tubulures, dans lequel on mettait une solution médicamenteuse que l'air devait traverser avant de pénétrer dans les voies aériennes. La solution était portée à une température variable suivant la nature de la substance active.

C'est ainsi qu'il avait essayé des fumigations chlorurées et iodées, puis des fumigations balsamiques composées d'eau à laquelle il ajoutait de la teinture de tolu ou de benjoin. Dans le catarrhe sec accompagné d'une toux fréquente et fatigante, il avait réussi à calmer très-vite les accidents par l'inhalation des vapeurs d'une décoction de belladone.

La même année (1834), et dans le même journal, M. Magistel insérait une note sur l'emploi des fumigations pulmonaires; il concluait de ses recherches que les narcotiques portés par la vapeur dans les bronches sont les meilleurs agents thérapeutiques que nous puissions employer contre l'asthme, la toux convulsive, la toux nerveuse, la coqueluche.

De son côté, le docteur Burdin avait essayé chez les phthisiques des inspirations d'éther chargé des principes de la ciguë. Il est de toute évidence que ce n'était là qu'un moyen calmant, un palliatif des souffrances des malades.

Les inhalations d'*iode* comme traitement de la phthisie pulmonaire ont été proposées pour la première fois en 1828, par le docteur Berton, qui les recommandait en même temps contre la bronchite chronique; bientôt abandonnées en France, elles furent expérimentées en Angleterre.

La question fut reprise ensuite par MM. Piorry et Chartroule qui faisaient respirer les vapeurs d'iode en plaçant auprès du lit du malade une soucoupe contenant quelques petits fragments de cette substance.

D'après Trousseau et Pidoux (*Traité de thérapeutique*), ces inhalations produisent de bons effets, surtout dans la bronchorrhée des phthisiques, de même que dans les laryngites et bronchites chroniques. Dans un autre passage, les mêmes auteurs recommandent d'une manière toute spéciale la méthode des inhalations comme moyen de modifier la muqueuse des voies aériennes. Voici ce passage : « La thérapeutique des laryngites chroniques et des lésions variées qui les produisent ou sont produites par elles compte ses ressources les plus énergiques parmi les agents qui peuvent être directe-

---

son frère. C'est beaucoup. Ne serait-elle pas plutôt sa nièce, la fille d'Antoine Paré, mentionné dans l'acte suivant? Le 4 janvier 1590, baptême de Charles, deuxième fils de François Rousselet et de Catherine Paré. Parrains : Ch. Maselin (frère sans doute de la première femme d'A. Paré) et Jacques Guillemeau, chirurgien juré à Paris; une des marraines, « Anne Paré, fille de Me *Antoine Paré*, aussi chirurgien juré à Paris ». Il ne faut pas confondre cette Anne Paré avec la fille d'Ambroise, premier chirurgien du roy, née en 1575, qui épousa en juillet 1596 « Mr Henry Symon, conseiller du roy et trésorier principal de l'extraordinaire des guerres en Bourbonnais et Nivernais, demeurant en la paroisse de Saint-Etienne-du-Mont », et qui, vers 1599, près de périr d'une hémorrhagie pendant le travail de l'enfantement, fut sauvée par J. Guillemeau (*L'heureux accouchement*, liv. II, ch. XIII).

A. Jal (*ouv. cit.*) nous dit qu'il n'a rien trouvé relativement à cet autre frère d'Ambroise Paré, nommé dans ses ouvrages (livre *Des monstres*, ch. XXI, XXII), Jehan Paré, chirurgien à Vitré, en Bretagne, ni sur l'autre frère, le coffretier de la rue de la Huchette, bien qu'il ait parcouru avec soin les registres de la paroisse de Saint-Séverin. Mais pourquoi ne nous parle-t-il pas de cet Antoine Paré, chirurgien juré à Paris, qui devait être aussi un frère du chirurgien du roy, si toutefois Antoine n'a pas été mis pour Ambroise sur les registres de l'état civil de la paroisse Saint-André-des-Arcs?

Voici l'acte de décès d'Ambroise Paré : « En ce même jour de sabmedi vingt-deuxième de décembre 1590 a esté enterré dans l'église Sainct-André-des-Arcs, à Paris, en bas de la nef, proche le cloché, Me Ambroise Paré, premier chirurgien du roy. » Et celui de sa femme : « Le lundi vingt-sixième jour du mois de Juing, an mil six cent, décéda, rue de l'Yrondelle, Jacqueline Rousselet, vefve de deffunct Me Ambroise Paré, le corps de laquelle fut inhumé le jour suivant en l'église Sainct-André-des-Arcs. »

La deuxième Catherine (née en 1581) épousa à la même église, « le 29 septembre 1603, Claude Hédelin, conseiller en

ment portés sur les parties malades. Or, le mode le plus avantageux qu'on puisse choisir pour atteindre ce but est évidemment l'inspiration de vapeurs médicamenteuses. L'expérience des autres, et la nôtre en particulier, s'est prononcée en faveur des vapeurs aromatiques; les infusions de plantes labiées pour les premières, la combustion des substances balsamiques et résineuses pour les secondes, fournissent les meilleurs matériaux pour le dégagement de ces gaz médicamenteux. »

En 1845, M. Sales-Girons signala les avantages des inhalations de goudron chez les phthisiques et du séjour de ces malades dans une atmosphère chargée d'émanations résineuses. Il expliquait l'action de ces moyens en admettant qu'ils diminuent l'oxygène de l'air, lequel est considéré par lui comme l'agent d'excitation et de progrès des maladies des organes respiratoires. Quelle que soit la valeur de l'interprétation qui me semble fort contestable, l'influence favorable de ces moyens n'en est pas moins bien démontrée.

Plus récemment (*Bulletin de thérapeutique*, 1861) M. Delioux a employé avec avantage les fumigations d'encens dans les bronchites et surtout dans les laryngites chroniques, dans la pharyngite granuleuse et dans la paralysie diphthéritique du pharynx et du voile du palais.

Dans une thèse de concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris (1866), M. le docteur Baudot traite longuement des différentes espèces de fumigations et de l'inhalation de certains gaz (acide carbonique, oxygène), mais il parle à peine des substances employées dans le but d'agir sur les différentes parties constituantes des voies respiratoires.

En 1872, M. J. Chéron a communiqué à l'Académie de médecine, dans sa séance du 19 novembre, un travail sur l'arrêt de la destruction du poumon dans la phthisie chronique par l'inhalation des *essences oxygénées*. Il emploie en particulier, dans la période ulcérative de la phthisie, des inhalations d'essence de *laurus camphora*. De nombreuses tentative faites pendant dix-huit mois lui ont donné des succès inespérés. Sous l'influence de ce mode de traitement l'expectoration, la dyspnée et la toux s'amendent, l'appétit revient, les forces se relèvent, la fièvre hectique s'atténue et disparaît bientôt. Dans un grand nombre de cas, suivant l'auteur, tous les phénomènes morbides disparaissent.

Enfin le docteur Libermann a communiqué il y a quelques années à la Société de médecine des hôpitaux de Paris le résultat de ses recherches sur les effets des inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans les affections chroniques des voies respiratoires. Il s'est servi de l'inhalateur inventé par le docteur Lœvin qui, lui-même, avait fait en 1864 des recherches importantes sur le même sujet.

En Angleterre, la pratique des inhalations paraît être assez répandue; il existe en effet dans ce pays des appareils à inhalation de différents modèles, dont on peut trouver les spécimens à Paris même. J'ai entre les mains les prospectus de deux de ces appareils destinés au traitement des affections de la gorge et des bronches par des inhalations de vapeur d'eau chaude, pure ou chargée des principes actifs de différents médicaments volatils. Je ne possède, il est vrai, aucun renseignement sur les résultats obtenus de cette pratique par les médecins anglais, et j'ignore absolument si quelques-uns d'entre eux ont publié des travaux sur ce sujet.

Comme on le voit par la rapide énumération que je viens de faire, si la méthode des inhalations n'a pas réussi à se faire accepter dans la pratique courante, ce n'est pas faute de tentatives en sa faveur; ce n'est pas non plus, je me hâte de le dire, qu'elle ait soulevé des objections et rencontré des détracteurs; il doit être au contraire bien évident pour tous qu'on a le droit d'attendre quelques avantages d'une méthode qui permet de faire arriver la substance médicamenteuse au contact même des parties qu'il s'agit de modifier.

C'est ailleurs qu'il faut chercher les raisons pour lesquelles cette méthode ne s'est pas vulgarisée. Il suffit qu'un moyen de traitement nécessite une manœuvre, quelque facile qu'elle soit, ou l'emploi d'un appareil, pour que ce moyen ait les plus grandes difficultés à se faire accepter, ses avantages fussent-ils aussi évidents que possible. C'est ce qui est arrivé pour les inhalations de vapeurs médicamenteuses: un appareil était nécessaire, l'application du moyen devait être faite ou surveillée par le médecin, au moins dans certains cas; il n'en fallait pas davantage pour l'empêcher de se vulgariser.

Ajoutons que la persévérance a peut être manqué aux promoteurs de la méthode; il leur eût fallu insister sur les avantages qu'ils en avaient retirés, produire des preuves à l'appui, c'est-à-dire des observations détaillées, varier les expérimentations, etc. C'est ce que personne n'a fait. Martin-Solon s'en est tenu à son mémoire de 1834, et les quelques observateurs qui, après lui, sont entrés dans la voie qu'il avait suivie n'ont pas eu l'idée de contrôler ses assertions; personne ne s'est rencontré pour faire un travail d'ensemble sur l'emploi des substances volatiles en inhalations dans les maladies des organes respiratoires.

Il ne suffit pas en effet d'avancer d'une manière vague, comme on l'a fait le plus souvent, que telle substance pourrait être employée en inhalations; il faut préciser, déterminer les cas dans lesquels chaque substance peut être employée, faire connaître les effets qu'elle produit, etc. Il faut dire aussi que certaines tentatives inconsidérées étaient bien de nature à compromettre les inhalations médicamenteuses. On leur a parfois demandé plus qu'elles ne peuvent donner; comment les médecins ne se montreraient-ils pas sceptiques

---

la chambre du trésor, demeurant sur le territoire de la paroisse Saint-Germain-le-Vieil, dans la cité » (lieutenant-général à Nemours en 1610). Leur fils, François, qui devint le fameux abbé d'Aubignac, était né le 4 août 1604. Ils eurent encore onze enfants (Moreri).

Enfin un dernier acte trouvé dans les registres de Saint-André-des-Arcs : « Le 21 septembre 1616, décéda, environ une heure après midi, demoiselle Catherine Paré, femme de Me Rousselet, en sa maison, scise rue de l'Arondelle. »

D'après les documents fournis par le docteur E. Bégin (de Metz), A. Paré « possédait trois maisons à Paris, une hôtellerie dans le faubourg Saint-Germain et une campagne à Meudon ». D'après un passage du vingt-sixième chapitre du livre *Des opérations*, « un sien voisin et amy, nommé Anthoine de la Rue, maistre tailleur d'habits, demeurant au bout du pont Saint-Michel, » Malgaigne présume que la demeure d'A. Paré était dans la rue même Saint-André-des-Arts (p. CCXCVII). Il est encore là à côté de la vérité, et la fameuse enquête ne donne rien non plus de précis sur ce point.

Aujourd'hui, dans la portion de la rue de l'Hirondelle qui n'a pas été détruite, au bas de l'escalier et des arcades qui la séparent de la place Saint-Michel, une grande maison frappe encore le regard de l'observateur. Elle a subi de profondes modifications; mais sa porte a conservé la forme des ouvertures de la Renaissance. Le morceau de sculpture qu'on voit au-dessus de son cintre surbaissé, et celui qui est au fond de la cour, encastré dans le mur, ont le cachet de l'ancienneté. La tradition n'a pas gardé le nom du premier chirurgien du roy, et le propriétaire actuel de la maison croit savoir qu'elle aurait appartenu à Diane de Poitiers. Je m'imagine que c'est précisément la demeure d'Ambroise Paré, le logis qui abritait sa nombreuse famille et ses collections. Il n'avait eu que quelques pas à faire pour aller, pendant les rigueurs du siége de Paris, avec le menu peuple mourant de faim, à l'encontre de l'archevêque de Lyon, qui débouchait avec son

à leur égard lorsqu'ils les voient recommandées comme moyen curatif dans des maladies où elles doivent forcément échouer?

Avantages de la méthode des inhalations. — Je n'ai pas besoin d'insister beaucoup sur les avantages de cette méthode: il est évident *à priori* qu'un moyen qui permet de porter directement à la surface de la muqueuse malade les substances destinées à la modifier offre des avantages incontestables. Au lieu de fatiguer inutilement les organes digestifs par l'emploi de médicaments d'une efficacité douteuse, n'est-il pas en effet bien plus simple et plus rationnel de faire passer l'agent modificateur à la surface des parties qu'il doit modifier, en lui donnant pour véhicule l'air que respire le malade?

Toute la question se réduit ensuite à trouver parmi les substances volatiles les médicaments les mieux appropriés aux divers états morbides dont peut être affectée la muqueuse des voies respiratoires.

Est-ce à dire pour cela que les inhalations de vapeurs médicamenteuses doivent constituer pour ces maladies une sorte de panacée universelle, un moyen sûr, infaillible de guérison? En aucune façon; on ne guérit pas nécessairement les affections des muqueuses accessibles, par cela seul qu'on peut les traiter par des applications locales; mais on ne peut nier que ces applications rendent le traitement moins incertain que s'il est basé sur l'emploi de moyens n'ayant qu'une action indirecte; les inhalations, en ce qui concerne la muqueuse des voies respiratoires, doivent par conséquent être considérées seulement comme un procédé, le plus simple et le plus commode que nous possédions, de porter les agents modificateurs à la surface de cette muqueuse, mais il n'en résulte pas nécessairement qu'il sera toujours possible de trouver le modificateur capable de triompher de la maladie.

En outre, de ce que les inhalations peuvent donner dans certains cas des résultats plus certains et plus satisfaisants que les divers modes de traitement généralement employés, il ne faut pas en conclure qu'elles soient appelées à supplanter ces derniers d'une manière complète.

Par l'emploi des inhalations on a la certitude que la substance médicamenteuse arrive réellement au contact des parties sur lesquelles elle doit agir, et qu'elle y arrive sans avoir subi la moindre altération; les gaz et les vapeurs ne rencontrent, soit sur le trajet qu'ils ont à parcourir, soit à la surface de la muqueuse elle-même, aucune substance, aucun produit de sécrétion qui puisse les altérer; on ne saurait en dire autant pour les médicaments administrés par la voie de l'estomac, dont l'action est soumise à toutes sortes de chances aléatoires.

La vogue obtenue pendant quelque temps par l'*inhalation des liquides pulvérisés* a sans doute contribué pour une bonne part à détourner l'attention des ressources qu'on peut trouver dans l'inhalation des médicaments volatils; ce sont deux méthodes qui ne doivent pas s'exclure, attendu que leurs attributions ne se confondent pas.

Les poussières aqueuses, quelle qu'en soit la ténuité, ne sont jamais en définitive que suspendues dans l'air que respire le malade; elles ont toujours une certaine tendance à se condenser et à se précipiter sur les obstacles qu'elles rencontrent; il est par conséquent fort probable que la plus grande partie de ces poussières se déposera, soit dans le pharynx, soit à l'orifice supérieur du larynx; il n'en est pas de même pour les médicaments volatils et les gaz qui, étant intimement mélangés à l'air, pénètrent avec lui jusqu'aux dernières ramifications de l'arbre aérien.

Il faut donc réserver l'emploi des liquides pulvérisés pour le traitement des affections de l'isthme du gosier, du pharynx et de la partie supérieure du larynx, tandis que l'inhalation des substances volatiles convient plus spécialement aux affections des bronches, de la trachée et de l'intérieur du larynx.

Description des appareils. — Manière de pratiquer les inhalations. — Parmi les substances émettant des vapeurs à la température ordinaire, celles que j'ai employées le plus fréquemment sont l'*iode* et l'*essence de térébenthine*.

L'appareil dont je me suis servi pour faire inhaler ces

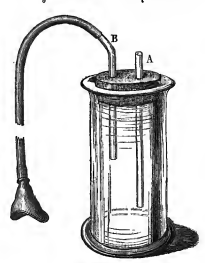


Fig. 1.

substances est des plus simples; il se compose d'un petit flacon à large ouverture dont le bouchon donne passage à deux tubes ouverts à leurs deux extrémités; l'un de ces tubes (A) descend dans l'intérieur du flacon de manière à venir, si

---

escorte au bout du pont Saint-Michel, lorsqu'il força le fougueux prélat d'entendre les magnifiques paroles que nous a conservées Pierre de l'Estoile (*Archives curieuses*, 1re série, t. X). On était alors à la fin du mois d'août, huit ou dix jours avant la levée du siége, qui eut lieu le 29. Le sage et courageux vieillard mourut quatre mois après, le 20 décembre 1590.

Je reconnais que A. Jal nous a fourni les renseignements les plus précieux sur la famille d'Ambroise Paré. Mais il était bien inutile de nous démontrer une fois de plus que, « contrairement à l'opinion générale, il n'était pas huguenot ». Quoi qu'il en dise, cette démonstration avait été faite très-complétement par Malgaigne (*loc. cit.*, p. CCLXXVIII à CCLXXXII), et il faut avoir envie de dénaturer les textes par des citations incomplètes, pour faire croire que le savant professeur « n'osa pas déclarer que le premier chirurgien du roy était catholique ». Malgaigne dit en commençant : « Surtout quand cet » examen m'aura conduit à la conclusion fort inattendue » qu'Ambroise Paré n'était point huguenot. » Puis il réfute successivement les citations bien connues de la Vie de Coligny, des Mémoires de Sully et du Discours de Brantôme. Il trouve enfin d'autres preuves de son assertion dans la vie et les ouvrages de Paré; son allocution au bout du pont Saint-Michel et sa sépulture dans l'église de sa paroisse, dont le curé était ce fougueux ligueur « Christofle Aubry; grand dénicheur de protestants ».

Mais à un certain moment n'aurait-il pas été du parti huguenot? C'est une question qu'on doit se poser en présence de ce passage qui se trouve uniquement dans la première édition de ses Œuvres, au traité des rapports, au bas de la page 939 (Malgaigne, III, p. 662, note) : « Après la prise » de Rouen, me trouvay à disner en quelque compagnie, où » en avait quelques uns qui me hayoyent à mort pour la reli- » gion; on me présenta des choux où il y auoit du sublimé » ou arsenic..... Et voilà comme je me garanti de la main de » l'empoisonneur : et depuis ne voulu manger des choux, ny » autre viande en la dicte compagnie. » Malgaigne, sans

la substance destinée à l'inhalation est liquide, en affleurer la surface; l'autre tube (B), coudé à angle obtus, s'adapte par son orifice supérieur à un tube de caoutchouc à l'extrémité duquel est fixé un embout qui doit s'appliquer sur la bouche du malade soumis à l'inhalation.

L'aspiration étant exercée par l'intermédiaire du tube de caoutchouc, l'air extérieur pénètre dans le flacon et se charge de vapeurs médicamenteuses avant d'être introduit dans les voies respiratoires (voy. la figure 1).

Comme on le voit, cet appareil est l'équivalent d'un flacon à deux tubulures, mais avec une disposition spéciale qui permet de se servir d'un flacon de très-petite dimension et qui, en outre, rend très-faciles l'entretien et le lavage de l'appareil.

J'emploie l'iode à l'état solide, en paillettes; j'en mets quelques décigrammes dans le flacon; la diminution de pression produite par l'aspiration dans l'intérieur de celui-ci suffit pour provoquer la production de vapeurs d'iode en quantité suffisante.

Pour que l'iode puisse servir plusieurs fois, il faut recommander au malade de faire l'inspiration par la bouche et l'expiration par le nez; si l'on ne prenait pas cette précaution la vapeur d'eau contenue dans les gaz expirés formerait bientôt avec les paillettes d'iode une sorte de magma qui s'opposerait à la volatilisation de ce dernier. Les malades s'habituent d'ailleurs très-vite à respirer de cette manière.

Il faut aussi, pour la même raison, s'assurer que l'intérieur du flacon est parfaitement sec lorsqu'on y introduit l'iode.

L'iode solide ne peut pas être remplacé pour les inhalations par l'alcoolé d'iode; il m'est arrivé une seule fois d'essayer cette dernière préparation, parce que je n'avais pas d'iode en paillettes à ma disposition, mais j'ai dû y renoncer immédiatement, le malade n'ayant pas pu la supporter à cause de son excessive âcreté.

Les vapeurs d'iode pur sont irritantes, il est vrai, mais à un degré moindre qu'on ne le croit généralement et elles sont assez facilement supportées. Toutefois, lorsqu'on les fait respirer à un malade pour la première fois, il faut tâter la susceptibilité individuelle et procéder avec beaucoup de ménagements; la première inhalation ne doit pas durer en tout plus de quatre ou cinq minutes et doit être interrompue par des pauses toutes les fois que le malade a fait trois ou quatre inspirations; la respiration doit être naturelle, il faut veiller à ce que le malade ne fasse pas des inspirations trop profondes; un peu plus tard, lorsque la muqueuse des voies respiratoires se sera habituée au contact des vapeurs d'iode, on pourra, s'il y a lieu, lui faire la recommandation contraire. Au début on ne doit pas faire faire plus de trois inhalations par jour de quatre ou cinq minutes chacune; on en augmentera ensuite graduellement le nombre et la durée, suivant les effets produits.

En procédant avec ces précautions on ne risque pas de causer des accidents; pour ma part, bien que j'aie traité par ce moyen un grand nombre de malades, je n'en ai jamais vu résulter des effets fâcheux; il faut savoir toutefois que les inhalations d'iode produisent généralement une exagération passagère de l'état inflammatoire de la muqueuse ou, lorsqu'il s'agit d'une inflammation chronique, le retour de l'inflammation à l'état aigu, mais il n'y a lieu ni de s'en plaindre ni de s'en inquiéter, puisque c'est là justement une des conditions de succès dans le plus grand nombre des cas.

Les vapeurs d'*essence de térébenthine* sont moins irritantes et plus faciles à supporter que les vapeurs d'iode; il n'y a nul inconvénient à faire avec cette essence et dès le début des inhalations plus fréquentes et plus prolongées, mais on doit toujours néanmoins prendre la précaution de faire reposer le malade de temps en temps pendant la durée de l'inhalation.

Pour faire cette inhalation je verse dans le flacon une petite quantité (10 à 15 grammes) d'essence de térébenthine pure et j'abaisse le tube A de manière qu'il vienne presque affleurer la surface du liquide; l'essence doit être renouvelée tous les deux ou trois jours.

Ces vapeurs ne produisent qu'une irritation très-modérée de la muqueuse des voies respiratoires; comme nous le verrons dans la suite de ce travail, leur mode d'action est tout différent de celui des vapeurs d'iode; elles sont d'ailleurs tout à fait exemptes de dangers: bien qu'elles soient absorbées en quantité notable par la muqueuse respiratoire, ainsi que le démontre la forte odeur de violette contractée par les urines, je n'ai jamais observé de symptômes généraux dénotant une action quelconque de l'essence de térébenthine sur les centres nerveux.

J'ai fait quelquefois alterner les inhalations d'iode avec celles d'essence de térébenthine; j'indiquerai plus loin les circonstances dans lesquelles cette manière de procéder m'a semblé présenter des avantages.

Certaines substances sont volatiles, mais elles n'émettent pas à la température ordinaire des vapeurs en quantité suffisante pour qu'il soit possible de les administrer en inhalations sans les chauffer, tels sont en particulier les baumes et les plantes aromatiques; il est d'ailleurs nécessaire, pour que certaines de ces substances produisent de bons effets, qu'elles soient mélangées à des vapeurs aqueuses chaudes.

L'appareil dont je me sers pour les substances dont il s'agit se compose d'une petite chaudière de cuivre étamé (A, fig. 2) dont le couvercle mobile porte un bouchon que traversent deux tubes semblables à ceux de l'autre appareil et ayant la même destination.

---

chercher de détours (*ouv. cit.*, III, préface, p. XIV), dit: « Le mot unique qu'il a laissé tomber de sa plume sur *la religion*, en prenant ce mot dans l'acception du seizième siècle, semble indiquer que les empoisonneurs étaient catholiques, et que Paré, alors du moins, était passé au calvinisme. » Pour moi, cette conclusion est discutable, et je ferai remarquer qu'à cette époque il n'était pas nécessaire d'être de la religion pour être traité en ennemi: il suffisait qu'on fût du parti de la tolérance. Dans ces temps si troublés, en 1562, au début de la guerre civile, après le massacre de Vassy, après les atrocités de la prise et du sac de Rouen, on peut croire que l'honnête et vertueux Paré était pour ceux de la religion contre les ultramontains. Paré était à la cour, et il appuyait les sages conseils du chancelier de L'Hôpital. Il n'en fallait pas davantage pour exciter la haine d'un parti violent. Quand A. Paré raconte la tentative d'empoisonnement dont il aurait été victime après la prise de Rouen, il veut qu'on sache bien que c'est pour la religion et non pour une autre cause. Voilà la seule explication raisonnable de cette phrase, qui en somme ne peut pas prouver que Paré ait jamais été huguenot.

Quant à l'époque de la naissance adoptée par Malgaigne, A. Jal l'accepte, mais avec un point d'interrogation (? 1517), en faisant cette réflexion très-judicieuse: « Sans doute, on a gardé à Laval un acte officiel précisant le jour de cette naissance; car si nous avions encore affaire à une tradition, nous devrions nous tenir dans une prudente réserve. » Hélas! il n'y a qu'une tradition « que perpétuent dans le pays de vieux manuscrits, sans authenticité bien constatée, il est vrai, dit M. le docteur Hubert. Suivant cette tradition, Ambroise Paré serait né vers l'année 1509, au petit village de Bourg-Hersent (contigu au bourg d'Avenières), près Laval, dans une dépendance de la maison seigneuriale du comte de Laval, et dans la domesticité de ce seigneur, dont son père aurait été le valet de chambre barbier. » (Malgaigne, *ouv. cit.*, 1841, préface du III° vol., p. IX et X. — *Notice sur le monument élevé à la mémoire d'A. Paré*, Laval, 1840, p. 27.)

On met dans la chaudière une certaine quantité d'eau tenant en suspension ou en dissolution la substance destinée à l'inhalation, puis on porte le liquide à la température voulue



Fig. 2.

au moyen de la flamme d'une petite lampe à alcool (B) placée au-dessous de la chaudière.

Les deux appareils dont j'ai donné la description sont très-portatifs, peu compliqués et peu coûteux; ils sont d'un maniement assez facile pour que le malade lui-même ou tout au moins les personnes qui lui donnent des soins puissent pratiquer l'inhalation sans avoir besoin de l'intervention du médecin. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

La transparence des milieux de l'œil. Note de M. *J.-L. Soret*. — La conclusion de ce travail est que les milieux de l'œil laissent passer les rayons ultra-violets, au moins partiellement : c'est ce que prouve la possibilité de distinguer par vision directe, moyennant certaines précautions, les raies extrêmes du spectre solaire. L'auteur a recherché si cette transparence s'étend aux rayons encore plus réfrangibles de l'étincelle d'induction. Il a opéré sur des yeux de bœuf, de veau et de mouton à l'aide de la méthode précédemment décrite (*Comptes rendus*, 18 mars 1878), basée sur l'emploi du spectroscope à oculaire fluorescent.

L'absorption par l'ensemble des milieux de l'œil doit rendre impossible la perception de rayons dont la réfrangibilité dépasse celle des radiations extrêmes du spectre solaire.

Indépendance des changements du diamètre de la pupille et des variations de la circulation carotidienne. Note de M. *François-Franck*.

Il est possible d'obtenir les dilatations et resserrements de l'iris indépendamment des modifications de la circulation. J'ai déjà soumis à l'Académie quelques recherches sur ce sujet (22 juillet 1878); j'exposerai dans cette Note l'ensemble des résultats que j'ai obtenus.

I. Quand on coupe le cordon cervical du sympathique au-dessous du ganglion cervical supérieur, on observe à la fois le resserrement de l'iris et la dilatation des vaisseaux carotidiens; mais si l'on sectionne seulement le prolongement anastomotique entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion de Gasser, le resserrement de l'iris se produit seul : les branches profondes de la carotide correspondante ne subissent pas de dilatation. Si l'on coupe, après cette section du prolongement crânien, le cordon cervical du sympathique, l'iris ne présente pas de nouveau resserrement et les vaisseaux carotidiens superficiels et profonds, paralysés, se dilatent. Quand enfin, le prolongement anastomotique du ganglion cervical supérieur avec le trijumeau étant coupé, on excite le segment périphérique du sympathique cervical, l'iris ne se dilate pas et les vaisseaux carotidiens se resserrent; réciproquement, l'excitation du prolongement crânien fait dilater l'iris sans modifier le calibre des vaisseaux carotidiens.

II. On peut arriver à la démonstration de l'indépendance de la dilatation pupillaire et du resserrement des vaisseaux par d'autres procédés :

1° *En comparant les phases du resserrement vasculaire et celles de la dilatation de l'iris que produit l'excitation du sympathique cervical.* Cette comparaison s'obtient en recueillant d'une part la courbe du resserrement des vaisseaux carotidiens à l'aide d'un manomètre enregistreur appliqué au bout périphérique d'une carotide, en inscrivant simultanément d'autre part les phases de la dilatation pupillaire avec un signal à transmission par l'air. On constate ainsi, en appliquant des excitations faibles au segment périphérique du sympathique cervical, que la pupille commence à se dilater avant le début du resserrement vasculaire; qu'elle arrive à sa dilatation complète pendant que les vaisseaux continuent à se resserrer, et qu'elle reprend son diamètre initial bien avant que les vaisseaux se soient relâchés.

2° *En excitant le sympathique sur un animal qui vient d'être tué par hémorrhagie artérielle.* La pupille du côté correspondant au sympathique sectionné reste resserrée, quoique l'iris soit vide de sang; l'iris se dilate par l'excitation du sympathique, tout comme avant la mort par hémorrhagie; après l'excitation, la pupille se resserre de nouveau.

Ce renseignement n'a pas déterminé Malgaigne à changer d'opinion. Il avait dit qu'Ambroise Paré était né en 1517, d'après les documents de M. le docteur E. Bégin, et il n'avait pas envie de refaire cette partie de son introduction déjà imprimée. Aujourd'hui on peut affirmer hardiment que ces documents sont sans aucune valeur. Et ce « petit cahier, écrit de la main de Paré lui-même, rempli d'une infinité de notes sur différents sujets et chargé de nombreuses ratures » (p. ccxxix, introduction), peut tout aussi bien être du premier écolier venu.

On devra donc continuer à croire que maître Ambroise Paré (de Laval, au Maine), homme docte et des premiers en son art, est né en 1510 (peut-être 1509), et qu'il est mort en 1590 à quatre-vingts ans, comme l'a écrit son contemporain et voisin, Pierre de l'Estoile.

J'ajoute en *post-scriptum* que les planches des œuvres anatomiques d'A. Paré ont été empruntées à Vésale (*Gaz. hebd. de méd.*, 1878, n° 8). Je n'en aurais pas parlé si M. Chéreau n'avait oublié d'inscrire Ambroise Paré parmi les auteurs qui se sont servis des célèbres planches du grand ouvrage d'anatomie (page 226 du tome IV du *Dict. encycl. des sc. méd.*). Cette mention aurait remplacé avantageusement celle des « figures qu'on trouve dans le *De conceptu de generatione hominis* de Jacques Rueff, 1554 », qui n'appartiennent pas du tout à André Vésale. M. Chéreau confond ici, comme tant d'autres, Rueff avec Ryff, ce compilateur qui avait copié les six premières planches de Vésale parues à Venise en 1538 (*Gaz. hebd.*, 1876, n° 52; 1877, n° 17).

Dr E. Turner.

(*A suivre.*)

3° Quand on explore la pression intra-oculaire avec un manomètre à colonne fine, déplaçant peu de liquide et chargé avec un liquide de faible densité pour augmenter la valeur des indications, on n'observe aucune modification de la pression dans la chambre antérieure de l'œil si l'on produit la dilatation ou le resserrement de l'iris en excitant des nerfs irido-dilatateurs ou irido-constricteurs indépendants des filets vaso-moteurs.

4° La dissociation des effets vasculaires et des effets iridiens est enfin mise hors de doute par l'absence de changements de calibre des vaisseaux superficiels et profonds de l'œil, quand on agit sur l'iris en excitant certains nerfs ciliaires indirects isolés en dehors du nerf optique.

SUR LA PRÉSENCE DU MERCURE DANS LES EAUX MINÉRALES DE SAINT-NECTAIRE. Note de M. *Ed. Willm.* — La conclusion de ces recherches est que, *en supposant* que le mercure soit réellement un élément *constant* de l'eau du Rocher, la quantité qui est accusée par la seule expérience positive de l'auteur est bien loin de pouvoir être comparée à celle qui résulterait des expériences de M. Garrigou.

SUR LES ALTÉRATIONS DU SANG DANS L'URÉMIE. Note de MM. *Morat* et *Ortille.*

Nous nous sommes proposé dans ce travail : 1° de déterminer la composition gazeuse du sang dans l'état urémique; 2° de rechercher si le sang dans cet état contient du carbonate d'ammoniaque...

Cette recherche ne peut se faire que chez les animaux d'une façon exacte. Pour nous rapprocher le plus possible des conditions présentées par les malades urémiques, nous avons tantôt pratiqué la double néphrotomie, tantôt de préférence nous avons lié les deux uretères. A la suite de cette dernière opération, les animaux (chiens) ont présenté constamment un abaissement notable de la température (3 à 4 degrés), de la diarrhée, des vomissements, et, aux approches de la mort, qui survenait en moyenne vers le troisième jour, de la somnolence et de la torpeur : tous symptômes qu'on rencontre habituellement chez les urémiques. Enfin, dans un cas, nous avons noté une modification du rhythme respiratoire assez analogue à la respiration de Cheyne-Stokes...

Le pouvoir respiratoire du sang, jusqu'au moment où l'animal succombe, ne change pas notablement. La quantité d'oxygène absorbable par 100 centimètres cubes de sang défibriné, chez nos animaux néphrotomisés ou ayant les uretères liés, n'a jamais été inférieure à 18 centimètres cubes; parfois elle s'est montrée supérieure à 21; normalement, elle oscille autour de 20. La richesse en oxygène et en acide carbonique du sang artériel extrait des vaisseaux ne diffère pas non plus notablement de ce qu'elle est à l'état normal. L'oxygène augmente quelquefois légèrement aux approches de la mort. Ainsi, chez un de nos sujets, la proportion de ce gaz était 18,4 pour 100 avant l'opération et 21,6 pour 100 trois jours après, quand il était près de mourir.

Que devient chez un animal ainsi rendu urémique le pouvoir respiratoire de ses tissus? Au moyen du procédé employé par M. P. Bert, nous avons déterminé comparativement quelles sont les quantités d'oxygène et d'acide carbonique absorbées et exhalées dans le même temps par un même poids de muscle ou de glande pris à un animal sain et à un animal rendu urémique. La capacité respiratoire des tissus de ce dernier est notablement abaissée...

On a beaucoup discuté sur la présence du carbonate d'ammoniaque dans le sang des urémiques, ainsi que sur le mécanisme de sa production. Chez tous nos animaux, nous avons constaté, dès le second jour, la présence du carbonate d'ammoniaque dans l'estomac et l'intestin. Il nous est arrivé aussi de la constater dans le sang, mais assez rarement et seulement lorsque l'animal était près de succomber. Il résulte de cette observation que le carbonate d'ammoniaque peut exister dans le sang des urémiques, ce qui avait été nié, mais qu'il n'existe pas non plus constamment.

SUR LE MODE DE COMBINAISON DU FER DANS L'HÉMOGLOBINE. Note de M. *L. Jolly.* — L'auteur conclut de ses recherches que, comme il l'avait déjà dit, le fer se trouve dans le globule sanguin à l'état de phosphate et seulement sous cette forme.

SUR L'ÉOSINE HÉMATOXYLIQUE ET SUR SON EMPLOI EN HISTOLOGIE. Note de M. *J. Renaut.*

On sait que l'éosine soluble dans l'eau colore le protoplasma des éléments cellulaires sans posséder, dans tous les cas, une action élective sur leurs noyaux. Lors donc que l'on veut marquer sûrement ceux-ci dans une préparation colorée à l'éosine, on est forcé de recourir à la méthode de double coloration par l'hématoxyline et l'éosine, proposée en 1876 par M. Wissotsky (de Kazan).

Dans un grand nombre de cas, cette méthode est impraticable. Elle exige des lavages successifs qui, s'il s'agit d'une préparation délicate (d'une dissociation, par exemple), ne peuvent être effectués sans altérer sensiblement l'objet même que l'on veut colorer. De plus, les solutions alcooliques ou aqueuses de l'éosine précipitent celle d'hématoxyline préparée selon la formule classique de Bœhmer. Il en résulte une foule de grains ou de dépôts en nappes qui salissent non-seulement la préparation, mais souvent en rendent l'interprétation laborieuse ou impossible.

J'ai remarqué que l'éosine en solution dans l'eau ou dans l'alcool ne précipite plus l'hématoxyline du liquide de Bœhmer, lorsque l'on effectue le mélange en présence de la glycérine neutre. Partant de ce fait, je mêle dans un verre à pied une partie en volumes de glycérine neutre et une partie de solution saturée d'éosine dans l'alcool ou dans l'eau (suivant qu'il s'agit d'éosine pure ou d'éosine à la potasse). J'ajoute ensuite goutte à goutte l'hématoxyline préparée suivant la formule de Bœhmer, jusqu'à ce que la fluorescence verte du mélange reste à peine sensible. La liqueur filtrée donne une solution violette, que j'appelle l'*éosine hématoxylique.*

Ce réactif peut être employé à la façon exacte du picrocarminate d'ammoniaque, sans donner ni précipité ni grains à la surface des préparations. On monte ces dernières dans la glycérine salée à 1 pour 100 ou dans le baume de Canada. Dans ce dernier cas, on déshydrate avec de l'alcool chargé d'éosine et l'on éclaircit avec de l'essence de girofle chargée aussi d'éosine, afin de maintenir la coloration rose des éléments anatomiques pour lesquels l'éosine possède une action élective. Les préparations faites après l'action de l'acide osmique ou des solutions chromiques ne peuvent se colorer aisément avec le picrocarminate d'ammoniaque; elles se colorent, au contraire, par l'hématoxyline éosinée en montrant des élections très-régulières. Les noyaux sont teints en violet, le tissu connectif en gris perle, les fibres élastiques et les globules sanguins en rouge foncé, le protoplasma des cellules et les cylindres d'axe des tubes nerveux en rose clair très-intense, etc.

L'auteur décrit les résultats obtenus par son procédé sur les glandes salivaires de l'*Helix pomatia* et de l'âne. L'emploi de l'éosine hématoxylique permet de reconnaître, à l'aide d'une coloration élective, les deux ordres de cellules qui constituent par leur union un acinus mixte de la sous-maxillaire.

GLYCOHÉMIE. — M. *P. Picard* adresse à l'Académie une nouvelle Note sur *le dosage des sucres dans le sang.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. *Paul Tillaux* dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. *Claude Bernard*, décédé.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : 1° Le compte rendu des maladies épidémiques observées dans les départements de la Seine-Inférieure, de l'Allier, des Ardennes, du Calvados, du Finistère, de l'Indre, de la Meuse, des Vosges, du Var, d'Ille-et-Vilaine, de la Drôme, du Cantal et de l'Aude. (*Commission des épidémies.*) — 2° Les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales du département des Landes. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. *Duroziez*, dans laquelle l'auteur fait observer que M. Alvarenga (de Lisbonne) avoue qu'il ne connaissait pas le souffle crural en 1856, époque à laquelle a paru son mémoire sur l'insuffisance des valvules aortiques. — 2° Une note de M. le docteur *Guinier*, sur la déglutition et le gargarisme, d'après des recherches expérimentales à l'aide du laryngoscope. — 3° Une lettre de M. le docteur *Louis Pénard* (de Versailles), qui se porte candidat au titre de membre correspondant national. — 4° Une note de M. le docteur *Keckel* (de Marseille), sur un cas de trichinose observé sur un jeune hippopotame du Nil, mort en captivité.

M. *Amédée Latour* présente, au nom de M. le docteur *Stambolski* (?), un travail manuscrit sur le *ver de Médine*, avec pièce anatomique à l'appui. Le travail et la pièce sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Charles Robin et Vulpian.

M. *Gueneau de Mussy* (Noël) offre en hommage une brochure qu'il vient de publier sous le titre de : *Considérations sur les endermoses ou affections herpétiques internes.*

M. *Verneuil* présente, au nom de M. le professeur *Conradi* (de Pavie), une série de brochures, dont l'une a pour titre : *Excursions d'un médecin dans le Décaméron.*

ÉLECTIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de méde-

cine opératoire. La commission, par l'organe de M. Félix Guyon, classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Simon Duplay ; en deuxième ligne, M. Gaujot ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Cusco et Lannelongue ; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Desprès et Le Dentu. Enfin, M. Léon Labbé est adjoint, par l'Académie à la liste des candidats. Le nombre des votants étant de 78, majorité 40, M. Duplay obtient 33 suffrages, M. Labbé 31, M. Cusco, 6, M. Desprès 5, M. Gaujot, 2, M. Lannelongue, 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Au deuxième tour, le nombre des votants étant de 79, majorité 40, M. Duplay obtient 41 suffrages, M. Labbé 33, M. Cusco 3, M. Desprès 1 ; billet blanc, 1.

En conséquence, M. *Simon Duplay*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire pour la section de médecine opératoire.

Note sur la déglutition. — M. *Guinier* communique une note sur le mécanisme de la déglutition.

Hors du repas, l'épiglotte, complétée par les replis glosso-épiglottiques, arrête, comme le ferait une écluse, tout ce qui s'écoule et glisse de la bouche vers le puits œsophagien, jusqu'à ce qu'une déglutition la débarrasse de son fardeau.

Pendant le repas, les déglutitions se produisent *à mesure de l'accumulation, dans les fossettes glosso-épiglottiques, des bouchées alimentaires réduites en pulpe par la mastication et l'insalivation.* — *La bouchée alimentaire* ainsi transformée en *pulpe* ou *bol*, et parvenue *au delà de l'isthme du gosier*, contre la face linguale de l'épiglotte, remplit progressivement les fossettes glosso-épiglottiques et y provoque le *besoin de déglutition.*

Sous la première impression de ce *besoin*, les *constricteurs* entrent en scène ; au moment même où le déplacement du larynx va commencer, le *constricteur supérieur* se contracte ; il rétrécit ainsi l'entrée du pharynx œsophagien au niveau de l'épiglotte de manière à maintenir le bol prêt à dépasser le bord libre de l'épiglotte et à verser dans le larynx.

En même temps, le *voile du palais* se relève à la rencontre du *constricteur supérieur* contre lequel il appuie *son bord libre et la luette*, et il ferme ainsi le pharynx nasal. Les piliers du voile se rapprochent et, avec l'aide du dos de la langue, ferment l'isthme du gosier.

Le *bol* ainsi fait prisonnier dans les fossettes glosso-épiglottiques n'a d'autre issue que l'œsophage, et sa *déglutition* s'y opère en effet en un seul temps et, d'un seul bond de la manière suivante.

La respiration s'arrête ; la glotte se ferme ; le corps du larynx est porté en haut et en avant, sous les cornes de l'os hyoïde ; la langue se gonfle, s'élève, va chercher un point d'appui contre le voile du palais *qu'elle refoule ainsi vers le pharynx nasal ; sa base tire sur la charnière de l'épiglotte et retourne les fossettes glosso-épiglottiques comme le fond d'un sac ;* et l'épiglotte bascule en arrière, comme la cuiller d'un inodore, laissant s'écouler dans le trou œsophagien la masse pulpeuse qu'elle retenait jusque-là.

Des préparations alcooliques de digitale. — Après avoir insisté sur les inconvénients et les abus qui résultent de l'emploi des préparations alcooliques de digitale, M. Duroziez expose de la façon suivante les conditions qui doivent présider à l'emploi de ce médicament.

Sous toutes les formes la digitale doit être employée aux plus faibles doses recommandées par les auteurs, comme si on avait affaire à des préparations très-bien faites. Elle doit être surveillée jour et nuit ; c'est la nuit qu'elle détermine le plus d'accidents.

L'auteur a choisi les préparations alcooliques parce qu'elles sont les plus dangereuses : elles contiennent la digitaline cristallisée qu'on ne peut prescrire que par quarts de milligramme, tandis que le sulfate d'atropine est prescrit par demi-milligrammes. La digitale doit être donnée avec autant de réserve que la belladone.

Une erreur a peut-être été cause de la prodigalité qu'on montre aujourd'hui pour la digitale. On a fait croire à Trousseau que Dickinson employait la poudre de digitale à la dose de 45 grammes par jour ; il consentit à en donner 15, que le malade vomit immédiatement. Je ne crois pas qu'il ait recommencé. Les livres de thérapeutique les plus répandus ont répété que Trousseau, à l'exemple de Dickinson, donnait non pas 45 grammes, mais 15 grammes. Or, dans l'article de Dickinson, il s'agit de 45 grammes de l'infusion anglaise.

Ceux qui ont donné 1 gramme se sont alors trouvés très-modérés.

Il y avait autrefois les granules d'Homolle et Quévenne, contenant 1 milligramme d'une certaine digitaline. M. Homolle, au moyen du chloroforme, a doublé la force de cette digitaline ; les granules sont deux fois plus forts et conservent cependant la même appellation d'Homolle et Quévenne.

Le *Codex* a adopté cette dernière digitaline jusqu'à révision, nous l'espérons.

Le Codex devra modifier son sirop de digitale qui est beaucoup trop fort.

Le vin de Trousseau devrait être appelé vin trop digitalique de Trousseau : beaucoup de médecins ne savent pas qu'il contient des quantités dangereuses de digitale. Dans le *Traité de thérapeutique* de Pidoux et Trousseau, il est placé à l'article Scille et manque à l'article Digitale. La formule a été changée par Trousseau et M. Regnauld. Le nouveau vin est plus fort. A la dose de 30 grammes par jour il détermine des accidents : nous le voyons recommander dans des livres classiques à la dose de 50 à 150 grammes.

La teinture alcoolique de digitale donne 60 gouttes au gramme. Beaucoup de médecins prescrivent 10 gouttes ; quelques autres prescrivent trois grammes, 180 gouttes. Dans le délirium tremens, il n'y a plus de doses.

L'extrait alcoolique est très-énergique ; à 10 centigrammes il fait vomir ; à 40 il fait délirer.

La poudre dès 10 centigrammes produit des accidents, quand elle est bonne, bien entendu. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici tous les intéressants détails consignés dans le travail de M. Duroziez.

Pleurésie multiloculaire. — Dans une très-intéressante communication, M. *Woillez* fait part à l'Académie des doutes qu'il a éprouvés sur la légitimité des signes attribués par M. Jaccoud à la pleurésie multiloculaire, et d'une certaine surprise de la précision avec laquelle il a traité du rapport des lésions et des signes, à propos des observations qu'il a recueillies et groupées.

Déjà M. Maurice Raynaud a exprimé ses hésitations en présence de la plupart des faits de pleurésie multiloculaire sur lesquels se base M. Jaccoud. Ni ces faits, suivant lui, ni la théorie de M. Jaccoud, ne semblent justifier son étude clinique.

En présence de cette critique, M. Jaccoud s'est hâté de répondre brièvement que les deux opinions contradictoires devaient faire ajourner la discussion à une époque ultérieure pour attendre le contrôle de nouveaux faits.

M. Woillez ne saurait, quant à lui, accepter cet ajournement, qui couperait court à la discussion. Tout en réservant l'avenir, les données actuelles, fournies par la science française, lui paraissent suffisantes pour permettre de se prononcer dès maintenant sur la valeur des caractères attribués par M. Jaccoud à la pleurésie multiloculaire.

Examinant la question, comme M. Jaccoud, aux points de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement : au point de vue du diagnostic, il constate un désaccord entre l'observation constituant le premier type et les cinq observations comprises dans le cadre du second type. Il n'y a, en réalité,

qu'un seul fait dans lequel il y ait eu concordance de la lésion et des signes attribués à la pleurésie multiloculaire. Ces signes : la persistance des vibrations vocales, le souffle bronchique éclatant et la bronchophonie forte, ne sont pas, d'ailleurs, au dire de M. Woillez et de M. Maurice Raynaud, des signes fondamentaux de la pleurésie multiloculaire.

En définitive, suivant M. Woillez, la pleurésie multiloculaire a pu se caractériser par des signes exceptionnels spéciaux dans un cas très-bien observé par M. Jaccoud; mais on ne saurait généraliser ces signes comme propres à cette variété de pleurésie, ni formuler la sémiologie particulière de cette affection dans l'état actuel de la science.

Quant au pronostic, M. Woillez est peu porté à admettre la gravité particulière attribuée aux faits cités par M. Jaccoud, et qui proviendrait, selon ce dernier, du cloisonnement de la cavité pleurale. En effet, le cloisonnement est problématique dans la plupart des faits relatés par M. Jaccoud; c'est la purulence de l'épanchement qui suffit pour expliquer l'insuccès de la thoracentèse. De même, la prétendue gravité des adhérences, admise par M. Jaccoud à la suite du professeur Traube, n'existerait, suivant M. Woillez, que dans quelques faits particuliers où il y a eu dilatation grave consécutive des cavités cardiaques, ou bien dans lesquels l'aplatissement permanent du poumon a été le résultat des adhérences pleurales.

M. Woillez termine sa savante argumentation par quelques mots sur les adhérences du diaphragme, qui rendent parfois la thoracentèse difficile et dangereuse. Il donne quelques préceptes qui doivent servir de guide, dans ces cas, pour cette opération.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Henri Gueneau de Mussy sur le prix Desportes, et du rapport de M. Blanche sur le prix Falret.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

De l'ostéopériostite, de l'ostéomyélite. — Présentation d'appareil.

M. *Le Fort*. Peut-on admettre l'ostéomyélite comme constante? faut-il nier l'ostéopériostite au point de vue de l'anatomie pathologique? Au point de vue thérapeutique, doit-on remplacer l'incision simple par le trépan préventif dans la périostite phlegmoneuse?

Pour MM. Lannelongue et Trélat, quand l'os est malade, la maladie siége dans les éléments médullaires des canaux de Havers. Autrefois, quand on disait ostéomyélite, on avait en vue les lésions de la moelle, et cette maladie mérite, en effet, d'être caractérisée; on sait la gravité de l'inflammation de la moelle. M. Le Fort pense qu'il ne faut pas changer la signification du mot ostéomyélite.

Il y a des cas dans lesquels l'os est pris dans tous ses éléments, comme dans la clavicule nécrosée présentée à la Société de chirurgie en 1873 par M. Le Fort. Mais on ne peut pas nier la périostite existant en dehors de toute autre inflammation de l'os. Si, dans la périostite phlegmoneuse, on constate parfois une inflammation profonde de l'os, c'est une coïncidence et non une relation de cause à effet.

La maladie de la périphérie de l'os n'entraîne pas forcément la nécrose. Quand le périoste s'est détaché, l'os se vascularise; des bourgeons charnus paraissent et le périoste se recolle. Ainsi la nécrose n'est pas fatale. M. Le Fort présente un garçon de quinze ans qui avait une périostite aiguë du fémur gauche; on fit une incision allant jusqu'à l'os, le malade guérit sans nécrose. L'incision simple a suffi. M. Le Fort n'est point partisan du trépan pour les cas analogues.

Le trépan peut avoir des inconvénients et même des dangers. On n'ouvre pas impunément un canal médullaire, et on ne doit pas le faire sans nécessité. Dans son discours, M. Lannelongue a exagéré les altérations des os, et il a trop généralisé les indications du trépan.

Quand on a affaire à un malade présentant un état général typhoïde et des symptômes aigus du côté d'un os, comme il est impossible de faire le diagnostic exact de la lésion, il faut d'abord inciser jusqu'au périoste inclusivement. Si l'état général et l'état local s'améliorent, on s'en tiendra là. Si, au contraire, les douleurs persistent, M. Le Fort accepte le trépan. Si on n'a pas pu intervenir de bonne heure, si on a affaire à une inflammation de toutes les parties de l'os, ce n'est plus le trépan qu'il faut appliquer, c'est l'extirpation de l'os qu'il faut faire.

M. *Marjolin* a observé 112 cas de périostite aiguë ou d'ostéomyélite, dans l'espace de dix ans, dans la salle des garçons, à l'hôpital Sainte-Eugénie. Ces inflammations sont donc fréquentes; mais assez rarement on assiste au début de l'affection; quand les petits malades sont amenés à l'hôpital, divers éléments de l'os sont atteints. M. Marjolin insiste sur la nécessité d'établir une distinction très-nette entre les mots ostéite, ostéomyélite et périostite. Une périostite franche ne peut pas être assimilée à une ostéite. La périostite peut se déclarer d'emblée, l'ostéomyélite également; mais le plus souvent l'affection est complexe.

L'incision du périoste n'ayant pas donné de pus, si la douleur persiste avec la même intensité, il faut trépaner. Dans les 112 cas observés par M. Marjolin, sur les malades atteints d'affection aiguë, il y eut 27 morts dont 7 amputés. Au contraire, sur 50 cas d'affections osseuses un peu anciennes, il n'y a pas eu de morts.

M. *Berger* présente une pièce qui confirme un peu les idées de M. Lannelongue; il s'agit d'un abcès central de l'extrémité inférieure du tibia. Le malade est mort de tuberculisation pulmonaire aiguë. Le 12 juillet 1873, à l'âge de dix-huit ans, il était entré dans le service de M. Gosselin pour un phlegmon de la jambe, le tibia était dénudé, la guérison eut lieu sans nécrose.

Au bout de deux mois survint un nouvel abcès qui resta fistuleux; la fistule conduisait sur le tissu osseux; il n'y eut point élimination de séquestre. Le malade rentra à l'hôpital cette année et mourut.

Le tibia avait augmenté de volume; l'extrémité inférieure de cet os contenait deux abcès distincts séparés par une cloison où le tissu médullaire restait sain. En 1869, le malade avait donc eu un abcès sous-périostique aigu, suite d'ostéite épiphysaire, et il quittait l'hôpital avec une hyperostose considérable. La trépanation n'eût pas amené la guérison, parce qu'elle n'aurait ouvert qu'un des deux foyers purulents.

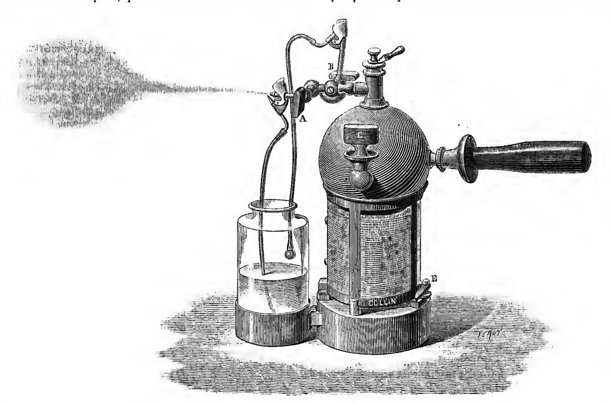
M. *Lannelongue*. L'observation de M. Berger a une certaine analogie avec celle de M. Pamard. Une simple périostite n'a pu amener ces deux abcès; le malade a eu une ostéomyélite.

Pour appliquer le trépan, il y a une série de lieux d'élection; la maladie naît toujours entre la diaphyse et l'épiphyse, et en appliquant la couronne du trépan en ce point, le pus s'écoulera toujours; car les aréoles osseuses communiquent entre elles et avec le canal médullaire. Il faut trépaner dans les limites et l'étendue de l'abcès sous-périostique.

On a envoyé dernièrement de l'hôpital Lariboisière à Sainte-Eugénie un enfant avec le diagnostic périostite phlegmoneuse du fémur. M. Lannelongue incisa le périoste et trouva du pus; il appliqua le trépan, et du pus sortit également de l'intérieur de l'os. Avant d'opérer, il avait exploré l'os de haut en bas; la région trochantérienne était douloureuse; plus on descendait, plus la douleur à la pression était vive. Le point le plus douloureux était au-dessus du condyle interne

du fémur; c'est là qu'on a trouvé du pus sous le périoste et dans l'os. Deux jours après, comme les accidents généraux ne tombaient pas, une nouvelle couronne de trépan fut appliquée vers le milieu de la diaphyse : il sortit encore du pus.

— M. *Lucas-Championnière* présente à la Société de chirurgie un pulvérisateur à vapeur, qu'il a fait construire par M. Collin. Cet appareil est destiné à pulvériser l'eau phéniquée, exactement dans les mêmes conditions que le pulvérisateur du professeur Lister. Il est d'une forme différente, son maniement est plus simple et il est beaucoup moins coûteux. Comme tous les pulvérisateurs à vapeur, il est constitué par une chaudière chauffée par une lampe à alcool. La chaudière sphérique porte à sa partie supérieure une sorte d'entonnoir qui permet de remplir la chaudière d'une quantité d'eau déterminée; une soupape de sûreté; deux tubes pour la sortie de la vapeur, qui sont mobiles de haut en bas



et de bas en haut, pour permettre de diriger le jet. Ces deux tubes n'ont pas de robinet, ils se ferment d'eux-mêmes quand on les relève dans la position verticale. Ils rencontrent sous un angle aigu deux autres tubes par lesquels se fait l'aspiration du liquide phéniqué, placé dans le vase antérieur. Le liquide monte par les tubes plongeurs, filtré par une petite éponge, puis il est brisé par le courant de vapeur, sur l'orifice étroit par lequel il est obligé de passer. La pulvérisation est très-fine et faite suivante le procédé recommandé par le professeur Lister. Elle ne mouille pas comme celle de la plupart des autres appareils et couvre un espace considérable.

La présence des deux tubes est une disposition fort importante que M. Lucas-Championnière avait depuis longtemps fait adopter pour les divers appareils qu'il a utilisés.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 24 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

Action physiologique du chlorure de magnésium : M. Laborde. — Action des purgatifs : M. Rabuteau. — Fonctions de reproduction : M. Delaunay.

M. *Laborde*. Le chlorure de magnésium, dont M. Aguilhon a indiqué les effets purgatifs dans la séance précédente, détermine des mouvements très-remarquables de l'intestin. C'est une action analogue, mais supérieure à celle des eaux sulfureuses de Cauterets. Pour la vérifier, il suffit de faire à la paroi abdominale d'un chien une petite incision que l'on agrandit lentement, de façon à ménager l'entrée de l'air et à éviter les contractions intestinales que détermine l'exposition trop rapide du péritoine à l'extérieur. Dans ces conditions, une injection intra-veineuse de 30 centigrammes de chlorure de magnésium en solution assez concentrée provoque des contractions de l'intestin, partant de la partie inférieure du tube digestif et remontant jusqu'à l'estomac, dont on peut facilement explorer les mouvements. Ceux-ci sont très-étendus; l'intestin est par moments comme projeté au dehors. Dans ces conditions, si l'on injecte une solution de chlorure de magnésium dans une anse isolée entre deux ligatures (expérience de M. A. Moreau), les liquides affluent dans ce segment de l'intestin, dont les mouvements ne présentent d'ailleurs aucune exagération par rapport à ceux des anses voisines. L'action sur la muqueuse du sel déposé dans l'intestin, l'action sur la tunique musculeuse du sel injecté dans les veines s'offrent à l'observation simultanément et d'une façon indépendante. L'exagération de la sécrétion biliaire, les contractions de la vessie et, si les doses de chlorure de magnésium atteignent 50 centigrammes ou 1 gramme, la dyspnée, l'arrêt même de la respiration, sont, en outre, les principaux effets de ce médicament.

M. *Rabuteau* croit que les solutions employées sont trop

concentrées, qu'elles sont presque caustiques et de nature, par conséquent, à empêcher les effets véritablement physiologiques du chlorure de magnésium.

— M. *Rabuteau* se propose de mettre un peu d'ordre dans l'étude de l'action des purgatifs, où de récentes expériences lui semblent avoir jeté le trouble. M. A. Moreau a constaté que le ferro-cyanure de potassium n'était pas absorbé par une anse intestinale isolée entre deux ligatures, et dans laquelle une injection de sulfate de soude déterminait les effets purgatifs habituels. Ce fait est exact, mais il n'y a aucune déduction à en tirer contre les théories physico-chimiques actuellement admises sur l'action des purgatifs. Ce n'est qu'un cas particulier des phénomènes de dialyse; on pourrait instituer une expérience où l'on remplacerait la muqueuse intestinale par la membrane d'un dialyseur, et le ferro-cyanure mélangé au sulfate de soude resterait tout entier du même côté de la membrane, si de l'autre était un liquide dont la composition fût analogue à celle du sang.

M. *Moreau* répond qu'il n'a point prétendu renverser les théories physico-chimiques dont parle M. Rabuteau; il a simplement constaté que, dans son expérience, il n'y avait pas *double échange* entre les liquides circulant sur les deux faces de la muqueuse intestinale.

— M. *Delaunay* a étudié les fonctions de reproduction dans leurs rapports avec les différents degrés de l'évolution des espèces, des races et des individus. La fécondité, aussi bien pour les végétaux que pour les animaux, diminue à mesure qu'on s'élève vers des espèces supérieures. Chez l'homme, elle est en raison inverse du degré de civilisation; c'est ainsi qu'en Europe la Russie et l'Espagne sont les deux nations où la population augmente le plus, tandis que la France est celle où elle augmente le moins. Au point de vue de l'âge, tandis que le développement intellectuel acquiert sa plénitude vers quarante-huit ans, c'est à vingt-cinq ans que la fécondité est le plus marquée. La supériorité intellectuelle, une alimentation trop riche ou insuffisante sont des conditions défavorables à la reproduction. M. Delaunay ne croit pas que la volonté et le calcul interviennent d'une façon aussi efficace qu'on le croit chez les classes aisées de la société, remarquables par le peu d'enfants que compte chaque famille. Un fait surtout lui semble venir à l'appui de cette opinion : c'est que de deux chiennes de la même espèce, l'une grassement nourrie par des gens riches, l'autre vivant au hasard, la première aura à chaque portée moins de petits que la seconde. La comparaison entre le nombre des naissances des garçons et des filles a aussi préoccupé M. Delaunay. La trop grande jeunesse ou, au contraire, l'âge avancé des parents, l'alimentation insuffisante, les saisons chaudes semblent amener la naissance d'un plus grand nombre de filles.

Cette communication provoque une série d'objections.

M. *Galippe* proteste contre la hiérarchie purement arbitraire que M. Delaunay établit entre les espèces et entre les individus d'une même espèce. Rien ne prouve la supériorité vraie des sujets ou des races qu'il regarde comme supérieurs.

M. *Javal* maintient l'influence de la volonté et du calcul comme cause d'infécondité ou de fécondité restreinte; il cite plusieurs exemples démonstratifs.

M. *Budin* signale des lacunes dans les recherches de M. Delaunay : la question des grossesses multiples, celle de l'alcoolisme n'ont pas été étudiées.

Au cours de la séance, la Société, après communication d'une lettre de M. Du Bois-Reymond, a voté l'échange de ses Bulletins avec ceux de la Société de physiologie de Berlin.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 24 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

Du climat de Nice : M. Baréty. — De l'emploi du mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression, comme agent anesthésique : méthode de M. Paul Bert : M. Simonin; Discussion : MM. Blondeau, Féréol, Moutard-Martin. — Présentation de calcule intestinaux constitués par de la magnésie : M. Blondeau; Discussion : MM. Moutard-Martin, Bucquoy et Féréol.

M. *Baréty* envoie une note pour protester contre certaines assertions émises dans la dernière séance par M. Grellety contre le climat de Nice dans le traitement des affections pulmonaires. Il est certain, comme l'avoue M. Baréty, que Nice, bien qu'elle soit la reine des stations des bords de la Méditerranée, n'est pas une cité où tout est pour le mieux : elle n'a pas le privilége d'échapper entièrement aux mauvaises conditions d'hygiène dont l'influence sur le développement de la phthisie pulmonaire est si puissante. Malgré l'assertion de M. le docteur Grellety, la phthisie pulmonaire est *rare* parmi les habitants, et il faut entendre par habitants les personnes indigènes, c'est-à-dire nés dans la ville et y vivant. D'autre part, les phthisiques qui vont à l'hôpital ne sont pas tous des habitants de Nice, ou des indigènes. Ce sont, pour la plupart, des malades étrangers à la ville et à la contrée. Ces renseignements sont confirmés par M. le docteur Bourdon, médecin de l'hôpital Saint-Roch. M. Baréty ajoute que, non-seulement la phthisie pulmonaire est rare parmi les habitants, mais que, lorsqu'elle existe, elle est généralement accidentelle et très-susceptible de guérison. Pour ce qui est des étrangers, il n'est pas un médecin de Nice qui n'ait entre les mains ou gravé dans son esprit le souvenir de faits qui prouvent que le climat de Nice est réellement efficace, quoique à des degrés divers.

— M. *Simonin* fait une communication sur l'emploi du mélange du protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression, comme agent anesthésique, d'après la méthode du professeur Paul Bert. M. Simonin, après avoir donné des détails sur le mode de fabrication de ce gaz et sur son mode d'administration, cite trois observations d'opération qui démontrent l'innocuité de ce protoxyde d'azote comme agent anesthésique. Si, croit-il, comme il est vraisemblable, de nouvelles expériences viennent confirmer les résultats obtenus, il n'est pas douteux que cette nouvelle méthode ne soit adoptée par les chirurgiens. L'administration des hôpitaux pourra faire établir des cloches à air comprimé qui seront tout à la fois utilisées pour la médication aérothérapique et pour les opérations faites d'après le procédé de M. Paul Bert. Le savant physiologiste aura ainsi rendu un véritable service aux malades soumis à de longues et douloureuses opérations, et aux chirurgiens, en mettant à leur disposition un agent anesthésique dont ils n'avaient pu tirer parti jusqu'ici, et qui, employé suivant les indications ci-dessus, est incontestablement supérieur à tous ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour.

M. *Blondeau*. Dans une des observations de M. Simonin, il est question d'une syncope constatée chez une malade opérée par M. Péan, une demi-heure après l'anesthésie. Ce fait lui paraît présenter une certaine gravité. On n'est pas en droit d'innocenter le protoxyde d'azote de cet accident, car on sait que plusieurs sujets anesthésiés par ce gaz n'ont éprouvé que tardivement les effets fâcheux signalés à son passif. Cette anesthésie peut donner lieu à des accidents tardifs, souvent brusquement, après plusieurs heures.

M. *Féréol* constate que les expériences relatées par M. Simonin prouvent évidemment les propriétés anesthésiques du protoxyde d'azote. L'anesthésie qu'il détermine n'est pas la conséquence d'un état asphyxique, elle est spéciale à ce gaz. Quant à la méthode de M. Paul Bert, elle paraît être appelée à un avenir brillant; malheureusement elle ne peut encore

s'exécuter que dans des conditions défectueuses. La difficulté principale est d'éclairer la chambre à air comprimé.

M. *Simonin* répond qu'on peut employer la lumière artificielle des bougies; à la rigueur, même, on pourrait se dispenser de cette lumière: les vitrages de la chambre laissent entrer suffisamment de jour pour les opérations simples.

M. *Moutard-Martin* conteste qu'il soit possible de faire facilement des opérations dans les chambres à air comprimé sans l'aide de la lumière artificielle en plein jour. Ces chambres sont à peine éclairées. Toutefois, il serait facile de remédier à cet inconvénient si les succès de la méthode de M. Bert continuaient et encourageaient des tentatives plus sérieuses.

— M. *Blondeau* communique une observation de calculs intestinaux constitués par de la magnésie. M. Blondeau cite cinq cas de calculs de cette composition, il en ajoute un sixième, celui d'un de ses clients dont le beau-frère avait déjà rendu des calculs semblables.

M. *Bucquoy* a vu ce matin même un calcul intestinal d'une nature particulière : ce calcul provenait d'une jeune fille atteinte de phthisie galopante et affectée en outre de constipation opiniâtre. Sous l'influence de lavements et d'un laxatif, cette malade finit par rendre, après des efforts prolongés et douloureux, une concrétion du volume du poing d'un enfant de dix ans, de la consistance d'une pierre. Il s'agissait de fèces durcies au point de rendre en tombant par terre le son d'une pierre.

M. *Édouard Labbée* a observé des coliques néphrétiques chez une malade qu'il voyait avec le docteur Mercier, coliques survenues vraisemblablement à la suite d'abus de magnésie. En effet, M. Mercier incline à croire qu'un pareil abus peut déterminer des calculs rénaux.

M. *Moutard-Martin* a vu parfois, chez des sujets affectés de calculs intestinaux ou de rétention de matières fécales, des selles parfaitement régulières : aussi le diagnostic peut-il être, dans ces cas, particulièrement difficile. M. Moutard-Martin cite le fait suivant : Appelé en consultation pour examiner un cancer de l'intestin siégeant dans le flanc droit au-dessus du cæcum, chez un homme de soixante-quatre ans à peu près, on constatait que ce malade, notablement amaigri, vomissait et avait des garde-robes liquides et sanguinolentes. Depuis plusieurs mois, il allait chaque jour régulièrement à la selle et rendait des matières fécales moulées, tout à fait normales. Frappé de ce fait important que la maladie durait depuis déjà assez longtemps, constatant que la tumeur intra-abdominale était bien arrondie, que les garde-robes n'offraient rien d'anormal, M. Moutard-Martin pensa qu'il pouvait être en présence d'une accumulation de matières fécales. Il fit prendre au malade des douches ascendantes. Le troisième jour, il rendait un bouchon de matières fécales du volume d'un œuf de dinde.

M. *Bucquoy* rapporte qu'il y a quelques années un homme fut reçu dans son service avec tous les symptômes d'une péritonite chronique : le ventre était ballonné, la constipation opiniâtre. Quelques purgatifs soulagèrent le patient, et il quitta l'hôpital très-amélioré. Un an après, il rentrait avec des accidents analogues aux premiers, mais plus intenses. Le traitement fut impuissant à conjurer le mal, la mort eut lieu. A l'autopsie, on trouva dans le gros intestin, logés dans un diverticulum de cet organe, 236 noyaux de cerises formant une masse compacte. Cette masse s'était déplacée et avait quitté sa loge habituelle et était venue obstruer l'intestin.

M. *Féréol* a vu une perforation intestinale résulter d'une sorte de petit bézoard constitué par un poil de moustache.

Dr Joseph MICHEL.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

CAS DE PEMPHIGUS DU VAGIN, par M. L. KLEINWACHTER. — Chez une paysanne robuste, atteinte depuis trois ans de pemphigus non syphilitique, on observait dans le vagin un grand nombre de points dépouillés de leur épiderme, saignant au moindre contact. Ces petites pertes de substance étaient parfois encore recouvertes d'une mince pellicule ou d'un peu de sérosité rougeâtre. La lésion siégeait surtout au tiers supérieur du vagin, sur la paroi antérieure; la portion vaginale du col présentait six à huit vésicules analogues. (*Prag. med. Woch.*, 1878, n° 9.)

LES PHÉNOMÈNES D'AUSCULTATION DES ARTÈRES, par M. MATTERSTOCK. — On s'occupe beaucoup d'auscultation des artères en Allemagne. Le présent travail, avec le livre de Weil (*Die Auscultation der Arteren und Venen*, Leipzig, 1875), représentent à peu près l'état de recherches qui n'ont pas fourni jusqu'ici des résultats utiles à la clinique. Le mémoire de Matterstock est clair et facile à lire, et d'autant plus recommandable que l'on n'y trouvera pas l'inévitable confusion des bruits et des souffles. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXII, p. 507.)

DE L'OVARIOTOMIE, par M. H. TILLMANNS. — L'auteur signale une cause peu fréquente de mort après l'opération. Dans un cas dont il nous donne la relation, nous voyons une jeune dame saine, après la guérison par première intention de l'incision abdominale, mourir, sans avoir jamais eu de fièvre, le vingt-deuxième jour après l'opération, par hémorrhagie intestinale. Cet accident semble devoir être attribué à l'action du sprag antiseptique employé lors du premier pansement, dix jours après l'opération. (*Centralbl. für Chir.*, n° 49; 1878.)

DU TABES SPASMODIQUE, par M. LEYDEN. — L'auteur nie l'existence d'une affection déterminée méritant ce nom. La description d'Erb se rapporte à un syndrome commun à une foule de maladies chroniques et même aiguës de la moelle, maladies qui n'ont de commun que l'existence d'un foyer circonscrit dans la moelle dorsale, et non pas une sclérose isolée des cordons antéro-latéraux. (*Berl. klin. Woch.*, 1878, nos 48 et 49.)

L'ATROPINE EST-ELLE ANTIDOTE DE LA MORPHINE? par M. KNAPSTEIN. — Expériences sur des chiens. Les deux alcaloïdes ne sont pas antidotes l'un de l'autre; il y aurait plutôt une action cumulative. (*Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 47.)

OPÉRATION CÉSARIENNE PAR LA MÉTHODE DE PORRO, par M. BREISKY. — Succès complet, quoique l'opération ait été faite dans des conditions très-inquiétantes. Rétrécissement de 6 centimètres. (*Archiv für Gynæk.*, t. III, p. 102.)

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie oculaire, par M. le docteur L. DE WECKER, leçons recueillies et rédigées par le docteur MASSELON, revues par le professeur. 1 vol. in-8 de 419 pages, avec 82 figures dans le texte. — Paris, 1879. Octave Doin. Prix : 8 francs.

Ainsi que l'a fait remarquer M. de Wecker, nous manquions, en France, d'un traité exposant d'une façon méthodique et complète les divers modes opératoires de la chirurgie oculaire employés aujourd'hui. Nos traités classiques sont incomplets ou chargés de procédés surannés. Parmi les traités spéciaux, celui de Deval, qui date de trente-cinq ans, ne peut servir que pour les recherches historiques. Celui de Meyer (*Traité des opérations qui se pratiquent sur l'œil*), malgré ses mérites (exposition claire, judicieuses appréciations, nombreuses figures rendant la compréhension du texte très-facile), a quelque peu vieilli, bien qu'il ne date que de 1872. Les procédés d'opération de la cataracte aujourd'hui en usage, les modes opératoires relatifs à l'iritomie, l'iritoectomie, la sclérotomie, le tatouage, etc., qui pourtant ont

déjà pris solidement racine dans la pratique, n'y sont pas décrits.

Le livre de M. de Wecker remplit donc un vide, et il le remplit bien. L'auteur, sans insister d'une façon exagérée sur la partie historique de chaque opération, rappelle cependant les noms des opérateurs qui ont contribué à la rendre pratique. Il expose d'une façon méthodique, complète et claire les modes opératoires les plus récents; il apprécie avec son grand sens clinique et sa grande expérience la valeur pratique de chaque opération, insiste avec développements suffisants sur ses indications, ses contre-indications, ses accidents immédiats ou consécutifs et ses résultats définitifs.

Nous ne ferons à ce livre qu'un reproche, c'est de ne pas contenir assez de figures. Tel mode opératoire simplement et clairement exposé, qui est immédiatement saisi par celui qui sait, est parfois d'une compréhension fort difficile pour celui qui ne sait pas. Dans ce cas, la figure vient en aide à la description, la rend intelligible ou la complète. D'un autre côté, celui qui ne *consulte* pas un Traité de chirurgie opératoire parce qu'il en a besoin au moment même, mais le lit pour prendre connaissance des progrès récemment accomplis, a quelque peine à suivre la longue description des procédés, s'il n'a pas une figure sous les yeux; il a plus de peine encore à retenir ces manœuvres opératoires, qu'une figure eût à jamais fixées dans son esprit. Sans insister davantage sur ce désidératum, que M. de Wecker sera libre de combler plus tard, s'il reconnaît la justesse de notre observation, nous reconnaîtrons que ce traité de *Chirurgie oculaire*, bien au courant de la science, écrit par un homme d'une expérience consommée, est un livre précieux que les érudits pourront consulter avec fruit, et que les praticiens pourront souvent utiliser.

En raison de son importance, nous avons cru devoir en donner un résumé succinct en insistant surtout sur le côté original de l'œuvre.

1° Les sept premières leçons sont consacrées à la *cataracte*. L'auteur fait d'abord l'historique de cette opération. Il passe en revue les modifications et perfectionnements qu'on lui a successivement fait subir, pour tirer de son exposé cette donnée pratique, à savoir que les méthodes opératoires anciennes, de l'esprit desquelles on s'est écarté d'une façon absolue dans ces derniers temps, présentaient cependant à côté de réels inconvénients de sérieux avantages.

Il arrive ensuite à l'étude de l'*extraction linéaire simple:* avec la grande majorité des chirurgiens, l'auteur réserve cette opération pour les cas de cataractes *absolument molles*. L'extraction linéaire simple est contre-indiquée lorsqu'il s'agit de sujets ayant dépassé vingt-cinq à trente ans. De Wecker rejette d'une façon absolue, et avec raison, l'usage des instruments de traction (Waldau, Crittchet, Bowmann), employés pour extraire, à travers une aussi étroite section que celle qu'on fait lorsqu'on pratique l'extraction linéaire simple, des cataractes dures, des cataractes munies d'un noyau. L'auteur a modifié l'opération : 1° Il se sert d'un *écarteur à ressort appliqué sur le dos du nez*. Cet instrument est plus commode que les écarteurs ordinaires. 2° Au lieu de commencer son incision à 2 millimètres du bord de la cornée, comme le faisaient de Græfe et ses élèves, il porte son couteau lancéolaire *au milieu du rayon externe de la cornée*, comme l'avait déjà indiqué de Witt. En agissant ainsi on diminue les chances de prolapsus irien pendant et après l'opération. 3° L'instrument est glissé jusqu'à ce qu'il atteigne la limite interne du diamètre horizontal de la cornée, puis retiré *sans inclinaison*. Lorsque la largeur du couteau est suffisante (8 à 10 millimètres), l'incision interne a 6 millimètres et est suffisante pour laisser échapper un cristallin liquide. De Wecker donne enfin de sages conseils pour le cas où les masses cristallines présentent une consistance qu'on n'avait pas supposée avant l'opération.

A propos de l'*extraction linéaire combinée*, l'auteur constate que *de la méthode de de Græfe il ne reste plus guère que le couteau*. Il démontre par des raisons judicieuses et péremptoires qu'on a raison d'abandonner l'*objectif* de de Græfe, la *linéarité de l'incision*, repoussée dans la région scléro-cornéenne, et *tout juste* assez grande pour permettre au cristallin de sortir. Les méthodes à lambeaux, d'une longueur suffisante pour permettre au cristallin de sortir *aisément*, sans que toutefois cette ampleur nuise à leur coaptation exacte; les lambeaux taillés à la jonction de la sclérotique et de la cornée, c'est-à-dire dans une région où ils jouissent d'une merveilleuse faculté de coaptation, lui semblent, et avec raison, bien préférables.

De Wecker décrit son procédé d'*extraction linéaire combinée, à lambeau périphérique :* 1° Le lambeau de 3 millimètres de hauteur est taillé aux limites de la cornée et de la sclérotique par un mouvement de descente et d'ascension du couteau. En maniant l'instrument de la sorte, on obtient une section nette, *sans escaliers*, et par ce fait on assure une coaptation exacte et rapide des deux lèvres de la plaie. 2° Pour l'extraction et pour la réduction des prolapsus iriens, on se sert d'une longue spatule de caoutchouc. 3° L'opération terminée, l'œil opéré est soumis à l'action de l'ésérine et pansé seul. Cette méthode, que l'auteur réserve aux cas où la cataracte présente un défaut ou une exagération de maturité, lui aurait donné 92 pour 100 de succès parfaits.

Il examine ensuite avec soin les questions relatives à l'opportunité de l'opération; il insiste sur les accidents qui peuvent se présenter pendant ou après l'opération, sur l'issue du corps vitré, les enclavements iriens, les iritis, les irido-choroïdites tardives qui en sont la conséquence, et contre lesquelles les traitements internes échouent si souvent. Les procédés de Beer, Arlt, Desmarres, Weber, Crittchet, Bowmann, Jacobson; les procédés à lambeau médian non combiné, de Liebreich, de Lebrun; les extractions sans ouverture de la capsule, de Moine, Spérino, Christian, Pagenstecher, sont successivement passés en revue et appréciés; puis il termine ce qui a trait à l'extraction de la cataracte par quelques sages préceptes : presser prudemment sur l'œil pour l'extraction; rejeter l'emploi des curettes employées à titre d'instruments de traction; réduire avec soin les enclavements iriens et insister sur le pansement avec l'attention qu'il mérite.

La septième leçon est consacrée à l'étude de la *discision*. Les indications, le manuel opératoire, les accidents qui peuvent suivre cette opération sont successivement passés en revue. De Wecker explique par subluxation du cristallin les accidents glaucomateux qui suivent parfois cette opération; il rejette dans ces cas l'emploi abusif de l'atropine qui, loin de diminuer, augmente au contraire la tension intra-oculaire; il insiste sur la nécessité de larges discisions de la capsule. Enfin il rejette la *discision combinée*, et la *discision préparatoire* de de Græfe.

Employée dans les *cataractes secondaires*, la *discision*, opération inoffensive, doit être réservée aux cas où l'opacité pupillaire est excessivement mince ou de date récente. Pour les autres formes de cataracte secondaire, on peut s'adresser soit à la *dilacération*, soit à la *capsulotomie simple ou combinée*.

Les deux dernières opérations, de date toute récente, sont les deux seules opérations à opposer aux cataractes secondaires trop adhérentes à l'iris. Si la pupille se dilate encore sous l'influence de mydriatiques puissants, si la cataracte secondaire n'est pas trop épaisse, et si les rayons lumineux dirigés par le miroir de l'ophthalmoscope la traversent aisément, c'est à la capsulotomie simple qu'on s'adressera. La capsulotomie combinée est indiquée dans les conditions opposées. Ces opérations se pratiquent avec la *pince-ciseau*, instrument imaginé par l'auteur, commode à manier, et qui ne réclame pour agir qu'une faible ouverture d'entrée. Voici en résumé en quoi consiste la capsulotomie simple : avec un couteau lancéolaire, à arrêt, on fait une petite section de la cornée au niveau de l'ancienne cicatrice. Lorsque l'humeur

aqueuse s'est écoulée, la fausse membrane vient se présenter à l'instrument. On la ponctionne avec le couteau lancéolaire; puis, avec des ciseaux boutonnés, on sectionne cette membrane de haut en bas, à partir de l'incision horizontale faite par le couteau. La capsulotomie combinée ne diffère de la capsulotomie simple qu'en ce que la section comprend avec la capsule le sphincter iridien.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — L'Association française tiendra cette année à Montpellier sa huitième session. Le congrès, dont la date d'ouverture a été fixée au 28 août, durera huit jours. Le programme comporte, comme les années précédentes, des séances de sections, des séances générales, des conférences, des visites scientifiques et industrielles et des excursions. Enfin une excursion finale dont la durée sera de trois jours fera suite à la session. Le bureau de l'Association est composé pour cette session de la manière suivante : *président*, M. Bardoux, député du Puy-de-Dôme, ancien ministre de l'instruction publique; *vice-président*, M. Krantz, sénateur, inspecteur général des ponts et chaussées, commissaire général de l'exposition universelle de 1878; *secrétaire général*, M. le comte de Saporta, correspondant de l'Institut, à Aix; *vice-secrétaire général*, M. Mercadier, ingénieur des télégraphes, répétiteur à l'Ecole polytechnique; *secrétaire du conseil*, M. C.-M. Gariel, ingénieur des ponts et chaussées, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Les demandes de renseignements doivent être adressées au secrétariat, 76, rue de Rennes, à Paris, où l'on reçoit les souscriptions.

COLLÉGE DE FRANCE. — M. de Sincty, docteur en médecine, est nommé répétiteur des sciences naturelles à l'École pratique des hautes études et attaché, en cette qualité, au laboratoire d'histologie du Collége de France, en remplacement de M. Pitres, appelé à d'autres fonctions.

CONSEIL MUNICIPAL (27 mai 1879). — Le conseil a pris une délibération portant autorisation d'exécuter des travaux en 1879 pour la défense de l'hôpital de Berck contre les envahissements de la mer. (Dépense, 22 000 fr.)

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE MÉDECIN DES ALIÉNÉS DE BICÊTRE. — Voici les noms des juges désignés par le sort pour faire partie du jury qui va fonctionner pour la première fois : MM. Legrand du Saulle, Espiau de Lamaëstre, Delasiauve, Billod, Devergie, Peter et Woillez. Sept candidats sont inscrits. Ce sont : MM. Charpentier, Pinel, Dubuisson, Voisin (Jules), Doutrebente, Bergeron (Georges) et Bourneville.

SAINT-LAZARE. — Un troisième service de vénériennes est créé à Saint-Lazare. M. le docteur Aimé Martin, chargé *officieusement*, depuis trois ans, de la direction de ce service, en est nommé titulaire, et M. le docteur Georges Oberlin, médecin-adjoint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Gley (Marcel-Eugène-Émile) est nommé aide de physiologie, en remplacement de M. Cadiot, démissionnaire.

— La chaire de médecine opératoire vient d'être déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Bloc (Charles-Paul-Louis-Eugène) est institué chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Chalot, appelé à d'autres fonctions.

— M. Castan (Alfred), agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de pathologie interne.

— M. Ville, préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier, est délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1878-79, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique et de chimie; et M. Cafrawy-Kamil est délégué dans les fonctions de préparateur de chimie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Kelsch, docteur en médecine, est nommé professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. le docteur d'Heilly est nommé professeur de pathologie interne.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ARRAS. — M. Leclercq, professeur de physiologie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'hygiène et thérapeutique de ladite Ecole.

BOURSES DES FACULTÉS. ARRÊTÉ DU MINISTRE. — Art. 1er. — Le concours pour l'obtention des bourses dans les Facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie aura lieu, au siége de ces établissements, le lundi 7 juillet 1879.

Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux doyens et directeurs sous un pli qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des concurrents, à l'ouverture de la séance du concours.

Art. 2. — Un étudiant ne peut être admis à concourir que s'il a obtenu la note *bien* au dernier examen de médecine ou de pharmacie subi par lui à l'époque réglementaire.

Art. 3. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 28 juin, à quatre heures.

Fait à Paris, le 28 mai 1879.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret du président de la République, en date du 12 mai 1879, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : MM. les médecins principaux : Girard (Charles-Henri-Victor); Autric (Marius).

Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe : 2e tour. (Choix.) Dupont (Pierre); 1er tour. (Ancienneté.) Bonnescuelle de Lespinois (François-Girard-Victor).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons, au moment de mettre sous presse, la mort de M. le professeur Piorry; il était âgé de quatre-vingt-cinq ans.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Boudant, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, médecin-inspecteur adjoint aux eaux du Mont-Dore.

VOIES URINAIRES. — Le docteur H. Picard commencera le vendredi 6 juin, à quatre heures, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, un cours public sur les maladies de l'appareil urinaire, qu'il continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. En dix leçons il décrira les rétrécissements de l'urèthre, les signes et le diagnostic de la pierre, la lithotritie et la taille.

COURS PUBLIC. — La clinique oculaire de M. le docteur G. Camuset est transférée, 3, rue Christine, de dix heures à midi.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 15 au 21 mai 1879, on a constaté 948 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 15. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 1. Variole, 20. — Croup, 20. — Angine couenneuse, 28. — Bronchite, 58. — Pneumonie, 73. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 10. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 7. — Erysipèle, 5. — Autres affections aiguës, 199. — Affections chroniques, 423 (dont 172 dus à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 36. — Causes accidentelles, 22.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 23 6 JUIN 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris, 5 juin 1879

Académie de médecine : VACCINATIONS AVEC LE HORSE-POX : M. PINGAUD.

Nous ne saurions laisser passer la communication des expériences de vaccination faites avec le *horse-pox*, par M. Pingaud (communication présentée à l'Académie de médecine par l'honorable M. Legouest), sans insister sur l'importance et l'intérêt que présentent ces observations (voy. p. 362). Non-seulement elles sont la réponse la plus éloquente qui pût être faite au jugement porté sur le horse-pox par M. Pasteur, invoquant l'autorité de Jenner, mais encore elles sont accompagnées de considérations qui peuvent faire comprendre dans quelles conditions le horse-pox est inoffensif pour l'homme, ou bien, au contraire, pourquoi les inoculations spontanées ont donné lieu à des accidents graves.

Depuis la mémorable discussion de l'Académie, en 1863 et 1864, sur l'origine de la vaccine, l'histoire du horse-pox a été complétée, et les expériences d'inoculation ont été nombreuses; c'est pourquoi M. Boulcy et M. Depaul ont avec juste raison protesté en faveur du horse-pox. Néanmoins, quand on lit le remarquable article consacré par M. Bouley à l'étude du horse-pox dans son *Dictionnaire vétérinaire*, on peut constater que, si l'histoire de l'origine du horse-pox et son étude pathologique sont très-complètes, les renseignements sur les inoculations faites à l'homme n'y forment pas une statistique répondant à l'importance actuelle du sujet; en d'autres termes, il y a eu des expériences nombreuses depuis quinze ans, dont les résultats sont épars, s'ils ont même été publiés, et dans tous les cas l'occasion de les mieux connaître nous est offerte.

Les observations de M. Pingaud se résument facilement : ayant eu l'occasion d'observer, avec MM. Viseux et Thomas, une épidémie de horse-pox en février dernier, il choisit pour sujet vaccinifère un cheval gris de quatre ans, atteint de horse-pox, mais dont les antécédents n'étaient pas douteux, et dont la santé habituelle ne laissait rien à désirer. L'éruption cutanée était discrète, il y avait à peine quelques pustules croûteuses aux plis des paturons ; mais, à la bouche, et derrière la lèvre supérieure, la muqueuse était criblée de boutons offrant l'aspect perlé caractéristique. Le liquide séreux de ces pustules, recueilli avec grand soin, fut inoculé à sept jeunes recrues du 10e régiment de hussards, qui n'avaient pas encore été vaccinés : six jours plus tard, six des opérés offraient des boutons de vaccin petits, mais caractéristiques, la base étant à peine enflammée.

Quatre de ces soldats servirent à inoculer 64 hommes dont 8 n'avaient jamais été vaccinés; il y eut 40 inoculations positives. En somme 64 pour 100 de succès.

Pas un sujet n'eut le moindre accident inflammatoire; chez quelques-uns les boutons prirent l'aspect furonculeux, mais rien de plus.

Le horse-pox fut inoculé à des génisses, qui servirent à des vaccinations; mais alors la proportion des succès est tombée de 64 pour 100 à 48 pour 100; l'activité du vaccin ainsi obtenu s'affaiblissait en passant par les génisses. Tels sont les résultats constatés par M. Pingaud; le temps seul pourra leur donner une sanction complète, s'il est possible de savoir ultérieurement si les vaccinations ont été réellement effectives au point de vue de l'immunité. Des exemples antérieurs d'inoculation du horse-pox prouvent d'ailleurs que cette immunité peut exister, et Jenner lui-même en a rapporté des exemples : le nommé Merret, qui s'était inoculé accidentellement le horse-pox, fut vingt-cinq ans plus tard inoculé de la petite vérole, sans succès ; le nommé Michols, qui avait également été inoculé accidentellement par le horse-pox, fut inoculé de la variole quelques années plus tard, sans succès. Il est vrai que, dans un troisième cas W. Smith, qui avait été inoculé de horse-pox, prit plus tard la variole ; mais pareils exemples s'observent à la suite des vaccinations. A ces preuves expérimentales immédiates, s'ajoutent bien d'autres documents qui démontrent l'identité du horse-pox et du cow-pox, et si la lumière a été lente à se faire sur ce point, c'est que les traducteurs de Jenner se sont trompés sur la dénomination de la maladie du cheval, que désignait l'illustre inventeur de la vaccine.

Si, laissant de côté la question de l'immunité, nous envisageons celle de l'innocuité de la vaccination par le horse-pox, nous pouvons être, au premier abord, étonnés de voir tant de constance dans la bénignité des effets produits, surtout en la rapprochant des observations de Jenner et de Zoy, du fait d'Amyot, si célèbre à Alfort. Cette contradiction dans les résultats est expliquée, suivant M. Pingaud, par la nature même du liquide inoculé. En effet, l'inoculation du horse-pox n'est sans danger qu'à la condition que l'on n'emploie que le liquide perlé et transparent de la bouche du cheval, et sans presser à la base du bouton, pour éviter tout mélange de salive ou de sang. Au contraire, le liquide provenant des croûtes ou pustules du paturon présente des propriétés septiques; c'est un produit composé qui amène des accidents inflammatoires. Le hasard a donné une démonstration immédiate de cette assertion; en effet, tandis que les soixante-quatre inoculations n'ont présenté aucune complication, un des maréchaux de la remonte de Sétif, qui s'était inoculé à la main, en soignant les paturons des chevaux atteints de horse-pox, a été atteint d'angioleucite; ajoutons même qu'en relisant les observations de Jenner ou de Zoy, etc., on voit que, pour la plus grande partie, l'inoculation accidentelle ou provoquée a été faite avec le liquide sanieux des paturons. L'explication qui précède nous semble très-satisfaisante, et nous croyons que personne actuellement ne voudrait inoculer

d'autre liquide que celui des vésicules acuminées, translucides, opalines, perlées, de la face interne des lèvres. M. Pingaud a donc raison d'insister sur les précautions à prendre dans le manuel opératoire. Nous espérons bien que MM. Pingaud, Viseux et Thomas compléteront l'étude symptomatologique du horse-pox, car les moindres détails de l'évolution des vésicules, de la marche de la maladie ont leur importance, et à cet égard nous aurions désiré un exposé plus circonstancié de l'évolution des boutons vaccinaux produits chez l'homme; cette étude nous a sans doute été réservée pour une communication ultérieure.

Albert HÉNOCQUE.

HISTOIRE ET CRITIQUE

OVARIOTOMIE VAGINALE.

Un chirurgien dont l'autorité est considérable, M. Gaillard Thomas (de New-York), a récemment fait connaître une modification importante apportée au manuel opératoire de l'ovariotomie dans certains cas où la tumeur kystique, peu volumineuse, est située dans le cul-de-sac de Douglas. Cette innovation consiste à pratiquer l'ablation du kyste par le vagin au lieu d'avoir recours à la section abdominale. Elle nous a paru assez importante pour être signalée à l'attention des chirurgiens français et pour donner quelques détails sur les cas où elle a été appliquée.

Dans la première ovariotomie vaginale pratiquée par Gaillard Thomas, il s'agissait d'une femme âgée de trente-cinq ans, multipare, d'habitudes régulières, d'un tempérament nerveux, très-excitable et ayant souffert longtemps d'une rétroflexion de l'utérus. Elle avait été traitée pour cette dernière affection par un médecin distingué de New-York, et avait obtenu un soulagement très-appréciable. Quelques années plus tard, elle éprouva des symptômes pelviens qui l'obligèrent à consulter de nouveau son médecin. Celui-ci pratiqua un examen très-complet et découvrit, derrière l'utérus, un petit kyste mobile qui, pendant la station et la supination, occupait complétement le cul-de-sac de Douglas. Au moment où il a été découvert, le kyste avait à peu près le volume d'une orange; il était douloureux à la pression et on pouvait aisément le pousser en dehors de la cavité pelvienne. Le médecin traitant diagnostiqua une dégénérescence kystique de l'ovaire et demanda une consultation.

C'est alors que M. Gaillard Thomas vit la malade avec les docteurs Peaslee et Nœggerath. Après un examen minutieux, ces médecins reconnurent que l'ovaire droit était affecté d'un kyste très-probablement multiloculaire.

Trois méthodes de traitement furent proposées :

1° L'ovariotomie ordinaire qui n'aurait été pratiquée que lorsque le kyste aurait atteint un complet développement; 2° la ponction par le vagin; 3° l'ovariotomie pratiquée à travers la paroi vaginale. M. G. Thomas appuyait cette dernière proposition, dont il était l'auteur, sur les considérations suivantes :

1° On pouvait affirmer avec certitude que le kyste était mobile puisqu'il suffisait de placer la malade dans la position génu-pectorale pour le voir sortir de la cavité pelvienne; on était également assuré que le conduit vaginal laisserait facilement passer le sac préalablement vidé.

2° M. G. Thomas préférait l'ovariotomie à la simple ponction vaginale, parce qu'il arrive souvent que ce dernier procédé donne lieu à un drainage prolongé qui épuise les malades et nous prive des ressources qui peuvent ensuite nous être fournies par l'ovariotomie; on pouvait dire en outre que l'incision vaginale n'augmentait pas considérablement le danger; car si l'on constatait, après avoir fait l'incision, que l'ablation du kyste était impossible, on en pratiquerait simplement la ponction et on refermerait l'ouverture avec quelques sutures.

3° C'est surtout à cause de l'irritabilité nerveuse de la malade que M. G. Thomas proposait une intervention immédiate sans attendre le développement complet du kyste. Après avoir été informé de la nature de son affection, la patiente avait été très-impressionnée et avait perdu l'appétit et le sommeil. Les renseignements fournis par le mari de la malade, qui était lui-même médecin, permettaient de supposer qu'elle eût été dans de mauvaises conditions pour subir l'ovariotomie lorsque le kyste aurait atteint un grand développement. A ces considérations on peut ajouter la suivante : c'est qu'une incision pratiquée dans la partie la plus dépendante du péritoine semble présenter moins de danger que la plupart des procédés auxquels on a habituellement recours pour l'ablation des kystes de l'ovaire.

L'ovariotomie vaginale fut donc décidée. La malade y fut préparée par quelques cathartiques et par une diète lactée de quarante-huit heures. Comme il s'agit d'une opération nouvelle, nous croyons utile de donner quelques détails sur le procédé opératoire employé.

La malade, étant anesthésiée, fut placée dans la position génu-pectorale et maintenue avec l'appareil de Bozeman. Cet appareil maintient la malade dans une position très-supportable sans la fatiguer, quelle que soit la durée de l'opération, et facilite l'administration des anesthésiques. Une bougie rectale de 12 centimètres de longueur fut introduite dans le rectum afin d'empêcher la chute de cet organe sur la ligne de l'incision. Après avoir soulevé la paroi vaginale postérieure et le périnée à l'aide du spéculum de Sims, l'opérateur saisit une portion du vagin entre le col utérin et le rectum avec un ténaculum, et pénétra directement dans le péritoine par une section pratiquée avec des ciseaux. La malade fut ensuite changée de position et placée dans le décubitus dorsal. Introduisant le doigt à travers l'incision, l'opérateur sentit très-distinctement la tumeur et put la saisir avec un ténaculum. Il pratiqua alors avec un trocart très-fin trois incisions successives qui correspondaient à trois cavités kystiques. Il obtint ainsi environ 250 grammes de liquide dont la couleur rappelait celle de la bile. Il fut alors facile par de légères tractions d'attirer le sac dans le vagin.

Pour le dernier temps de l'opération la position de la malade fut encore changée. On la plaça dans le décubitus latéral et le spéculum de Sims fut introduit de nouveau. Après avoir placé une ligature sur le pédicule, l'opérateur coupa le sac et replaça le tout dans la cavité abdominale.

L'opération avait duré trente-cinq minutes et s'était accomplie sans présenter de sérieuses difficultés. La guérison s'effectua rapidement quoique la malade ait eu, après une imprudence, une cellulite pelvienne douze jours après l'opération.

Malgré le succès obtenu par G. Thomas, le nombre des ovariotomies vaginales pratiquées en Amérique pendant ces dernières années n'a pas été considérable. Nous n'avons pu en recueillir que quatre observations. La première, publiée par Goodell, a été traduite en 1878 dans les *Annales de tocologie*. Les deux autres sont dues à Gilmore, de Mobile, et à

Batley, de Georgia. Comme ces deux dernières n'ont pas été publiées en France, nous en donnons un court résumé.

Voici comment le docteur Gilmore rend compte de son opération (*New-York med. and surg. Journ.*, novembre 1873) : « J'avais acquis la conviction que la tumeur était mobile et avait le volume d'une petite orange. La malade, âgée de quarante-huit ans, avait l'habitude de consommer une grande quantité d'opium depuis qu'elle souffrait de l'ovaire droit; sa santé était très-altérée et il est probable qu'elle aurait été dans de très-mauvaises conditions pour subir l'ovariotomie abdominale. Toutes ces raisons me firent préférer le vagin comme voie d'extraction du kyste.

« La malade ayant été chloroformisée et les intestins préalablement vidés à l'aide d'un purgatif, j'introduisis le spéculum de Sims. Je saisis alors la muqueuse vaginale et je l'examinai avec soin pour m'assurer qu'elle ne présentait sur ce point aucun vaisseau pulsatil. Je pratiquai ensuite une incision s'étendant du col utérin au rectum, puis j'attendis que l'écoulement sanguin eût cessé. Une exploration attentive de la plaie me montra que j'avais incisé la paroi vaginale seule sans toucher au péritoine. Après m'être assuré que le rectum n'était pas sur mon passage, je fis sur le péritoine une incision correspondant à celle que j'avais déjà pratiquée sur le vagin. Je pus pénétrer dans la cavité abdominale et embrasser la tumeur avec deux doigts. Une ponction fut alors pratiquée et diminua le volume du kyste qui s'engagea à travers l'incision, entraînant avec lui l'ovaire, auquel il était fixé par un pédicule, et le tube de Fallope. J'appliquai une ligature et je sectionnai tous ces organes. L'incision abdominale fut ensuite fermée à l'aide de trois points de suture. L'opération a été très-simple et son exécution n'a pas demandé plus de dix minutes.

» La malade avait été opérée le 6 septembre; elle quitta l'hôpital le 1er octobre; la température n'avait jamais dépassé 38 degrés. »

Voici la description sommaire de l'opération du docteur Batley :

« Le 30 mars 1879, je pratiquai une incision dans le cul-de-sac de Douglas pour l'ablation d'un kyste ovarien de la grosseur d'une orange chez une femme de trente-huit ans. L'opération fut exécutée avec la plus grande facilité; l'ovaire sain fut replacé dans l'abdomen après avoir été amené dans le vagin et examiné. La malade n'eut aucun symptôme grave. Le pouls n'a jamais dépassé 90. La ligature placée sur le pédicule est tombée le 14 avril, et le 16 la plaie était presque cicatrisée. »

En somme l'ovariotomie vaginale a été pratiquée dans quatre cas et chaque fois avec succès. Ce chiffre est encore trop restreint pour qu'il soit possible, même à un chirurgien autorisé, de se formuler une opinion sur cette opération qui se présente cependant dans des conditions qui nous paraissent acceptables.

Nous ne pensons pas du reste que l'ovariotomie vaginale puisse être de mise dans un grand nombre de circonstances, mais elle nous paraît offrir une ressource précieuse dans les cas où la tumeur est petite et mobile. Elle permet d'éviter à la malade non-seulement les douleurs qui accompagnent le développement du kyste, mais encore les dangers plus considérables de l'ovariotomie abdominale. M. Gaillard Thomas va plus loin et pense que l'ovariotomie vaginale peut être tentée dans les cas où le diagnostic est douteux; si des adhérences kystiques ou toute autre cause s'opposent à l'ablation de la tumeur, l'opération ne fait pas courir à la malade des dangers aussi considérables que les autres procédés opératoires habituellement employés.

Il est également permis de supposer, avec M. Gilmore et un grand nombre de chirurgiens américains, que l'ovariotomie pratiquée par le vagin est beaucoup moins dangereuse que lorsqu'elle entraîne la section de la paroi abdominale. Une plaie faite dans le vagin se cicatrise plus vite que sur la paroi abdominale. D'un autre côté, tous les chirurgiens savent que plus le traumatisme est éloigné du diaphragme, moins la péritonite aiguë est à craindre. On peut dire encore que le procédé opératoire est d'une application aussi facile que l'ovariotomie abdominale et même qu'il est moins compliqué. Il permet en outre à la malade d'éviter les longs mois d'anxiété qui précèdent ordinairement les opérations pratiquées sur l'ovaire; il s'applique aussi bien aux kystes multiloculaires qu'aux uniloculaires.

Les détails que nous avons donnés plus haut nous dispensent d'entrer dans de grands développements sur le manuel opératoire employé. Nous appelons seulement l'attention sur une recommandation très-importante de G. Thomas. Cet auteur conseille au chirurgien qui voudra pratiquer cette opération de ne pas trop s'en rapporter à ses connaissances anatomiques et d'essayer ce procédé opératoire sur le cadavre. Il existe parfois une épaisseur considérable entre la paroi vaginale et la surface péritonéale, et il est souvent utile de donner deux coups de ciseaux pour pénétrer dans la cavité abdominale. Le premier sectionne la paroi vaginale et il est alors nécessaire de saisir le péritoine avec un ténaculum pour le sectionner ensuite par un second coup de ciseaux. Chez les femmes maigres, si la paroi vaginale est bien saisie, un coup de ciseaux suffit cependant pour pénétrer dans la cavité. Il est inutile d'insister sur cette recommandation dont l'importance pratique ne peut échapper à aucun chirurgien.

Quel que soit l'accueil réservé par les gynécologistes français à l'ovariotomie vaginale, les quatre observations que nous venons d'analyser permettent de se faire une idée de cette opération, qui est maintenant à l'abri des objections théoriques qu'on peut adresser aux procédés opératoires nouveaux et qui n'ont pas encore subi l'épreuve de la pratique.

A. Lutaud.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Des moyens de prévenir l'infection purulente, ou du pansement des plaies à l'aide de l'alcool et des teintures alcooliques, considérés comme antiseptiques.

Dans ces derniers temps, on s'est beaucoup occupé des antiseptiques dans le pansement des plaies, et surtout des pansements par l'acide phénique, ou, en un mot, du pansement dit de Lister. Vous savez mieux que personne que cette méthode de panser les plaies à l'aide des antiseptiques est loin d'être nouvelle : depuis Hippocrate jusqu'à Broussais, on la trouve signalée dans tous les auteurs anciens, mais cette ancienneté de services n'a pas empêché, sous l'influence des doctrines de Broussais, qu'elle n'ait été complétement abandonnée par tous les médecins de son époque; aujourd'hui qu'on y revient avec une nouvelle ardeur, permettez-moi de rappeler la part que j'ai prise à la seconde renaissance des pansements par les antiseptiques, car je crois avoir contribué,

par mes travaux, à remettre en honneur cette méthode qui vient d'être reprise par les modernes.

Dès 1840, j'avais reconnu et signalé les propriétés antiseptiques et antivirulentes de l'iode, et les observations cliniques que j'ai publiées depuis cette époque, dans les journaux de médecine et dans mon *Traité d'iodothérapie*, paru en 1855 pour la première édition et en 1865 pour la seconde, le prouvent au delà de toute évidence; je vous indiquerai même un chapitre particulier de mon ouvrage, à la page 608, intitulé: *De l'application locale de l'iode dans les plaies, les ulcères, les inflammations virulentes, et comme moyen de prévenir et d'arrêter l'infection purulente, de détruire les virus*, etc.; on y trouve des faits cliniques démontrant d'une manière indubitable les propriétés antiseptiques de l'iode. Depuis, la *Gazette hebdomadaire*, en 1862, a inséré un mémoire que j'avais adressé à l'Académie de médecine en 1859, intitulé: *Des désinfectants et de leur application thérapeutique*. (Ce mémoire fut couronné par l'Académie.)

En 1871, j'ai publié sur le même sujet (*Bulletin de la Société française de secours aux blessés*) les résultats que j'ai obtenus par le pansement des plaies avec une solution iodo-tannique, dont voici la formule :

Eau	500	grammes.
Tannin	50	—
Teinture d'iode	25	—

Sur 48 fractures comminutives, par armes à feu, offrant toutes les indications de l'amputation, nous avons guéri 34 blessés, alors que les conditions hygiéniques dans lesquelles nous étions placés étaient des plus fâcheuses, et que la mortalité par l'infection purulente était très-fréquente dans les autres ambulances de Paris.

D'un autre côté, les expériences de Magendie (*Union médicale*, 1852), celles de M. Duroy (*Union médicale*, 1854) sont venues confirmer les faits cliniques que nous avions publiés depuis 1840, en démontrant que l'iode était un antiputride, qui empêchait la putréfaction des matières animales et arrêtait la fermentation des liquides de même nature. Plus tard (en 1873), M. Davaine vint communiquer à l'Académie des faits très-importants, qui établissaient que l'iode avait la puissance de détruire le virus charbonneux; ce savant fut bientôt suivi dans cette voie par M. Césard (1874), et par M. Raimbert (1875).

L'idée d'employer les antiseptiques dans le pansement des plaies faisait donc peu à peu son chemin depuis mes travaux sur ce sujet, et la doctrine de Broussais, pour le pansement des plaies, perdait du terrain. En 1859, le docteur Batailhé vint la battre en brèche à son tour; il proposa de nouveau les pansements à l'alcool, pour prévenir l'infection purulente, et de nombreuses observations puisées dans la clinique du professeur Nélaton, en faveur des pansements à l'alcool, furent publiées en 1864, dans le *Bulletin de thérapeutique* et dans la *Gazette des hôpitaux*. Vers la même époque le docteur Lecœur, de Caen, publia une intéressante brochure sur les avantages des pansements à l'aide de l'alcool et des teintures alcooliques.

On rentrait donc de toutes parts dans la méthode des pansements antiseptiques et bientôt chacun proposa le sien: l'alcool, les teintures alcooliques, le perchlorure de fer, le permanganate de potasse, les solutions d'hypochlorite de soude ou d'hyposulfite de soude, l'hydrate de chloral, le chloroforme, l'iodoforme, le thymol, l'acide salicylique, et enfin l'acide phénique, etc. Celui-ci, quoique venu un des derniers, et employé depuis longtemps déjà par M. le docteur J. Lemaire (1865), attira l'attention plus que les autres, probablement parce qu'il était proposé de nouveau par un chirurgien étranger, M. Lister, qui a attaché son nom au pansement antiseptique par l'acide phénique. Mon but n'est pas de chercher à savoir quel est le meilleur de tous les antiseptiques employés jusqu'à ce jour, mais d'examiner comment agissent les antiseptiques, quelle que soit leur nature, sur les plaies récentes ou anciennes; cette action des antiseptiques sur les plaies n'a été étudiée que pour l'iode, ainsi que nous l'avons indiqué dans notre *Traité d'iodothérapie* et ailleurs. Pour bien comprendre les effets des antiseptiques sur les plaies, nous croyons utile de rappeler comment, suivant notre manière de voir, se produit l'infection purulente, et comment les antiseptiques peuvent l'empêcher.

Tout le monde sait, depuis les expériences de Hunter : 1° que si l'on peut empêcher une plaie de suppurer, le malade se trouve à l'abri de l'infection purulente; 2° que si l'on peut avant la suppuration, ce que nous avons démontré, oblitérer les vaisseaux sanguins et lymphatiques, et les mettre à l'abri du contact de l'air, on arrive encore à prévenir l'infection purulente ; 3° enfin que si l'on peut, lorsque la suppuration a lieu, empêcher cette suppuration de devenir de mauvaise nature, on peut encore éviter l'infection purulente.

Un premier fait, généralement admis, est le suivant, il est capital : c'est que là où il n'y a pas de plaie, il n'y a pas de résorption purulente, quelque soit le milieu où se trouve le malade.

Le second fait, également admis par tout le monde, est qu'une plaie quelque petite qu'elle soit, une simple piqûre, est indispensable pour que l'infection purulente puisse se produire. Si la résorption purulente n'est possible que lorsque la peau est ouverte ou détruite, lorsque les vaisseaux capillaires sont lésés et exposés à l'air et qu'il existe en même temps une suppuration même minime, il est donc indiqué, une plaie étant donnée, de chercher à la mettre le plus complétement possible à l'abri du contact de l'air pour empêcher son inflammation et sa suppuration. Que, si la suppuration a lieu quand même, on fera des efforts pour empêcher le pus de prendre de mauvaises qualités, ou détruire ces mauvaises qualités du pus, c'est-à-dire le *virus purulent* qui s'est formé sous l'influence de l'altération du pus, virus qui, s'il est absorbé par la plaie, fait naître l'infection purulente et empoisonne le malade.

Jusqu'à présent ce virus purulent n'a pu être démontré ni par l'analyse chimique ni par le microscope, pas plus qu'on ne peut découvrir dans le pus du chancre, dans le liquide du vaccin, dans un virus ou un venin quelconque le principe contagieux virulent qu'il renferme.

Or, pour quiconque ne considère pas l'infection purulente comme une fièvre essentielle, une fièvre purulente, mais comme une intoxication due à l'absorption par les vaisseaux capillaires des principes nuisibles que peut renfermer le pus, on ne peut se dispenser d'admettre que là où il n'y aura ni plaie, ni suppuration de mauvaise nature, il n'y aura pas d'infection purulente, non pas que nous admettions le passage des globules du pus dans le sang par les ouvertures béantes des vaisseaux capillaires, mais bien l'introduction dans le sang, par absorption, des éléments nouveaux et toxiques qui se trouvent dans la transformation d'un pus qui n'est plus louable, mais fermenté, altéré, décomposé, putréfié.

Ces éléments du pus altéré ont acquis et possèdent un principe morbifique, virulent, insaisissable, qui s'introduit dans le sang comme le virus du chancre, et qui, une fois introduit, altère le sang, l'empoisonne et lui fait subir progressivement ces états pathologiques qu'on rencontre principalement dans les organes les plus vasculaires... Alors, étant donnée une plaie en suppuration, et cette suppuration étant devenue malade, si elle est absorbée, l'infection purulente ne tarde pas à commencer.

Dans une plaie récente et qui n'a pas encore subi les phénomènes de l'inflammation, la septicémie n'a pas lieu, à moins qu'on ne la mette en contact avec du pus altéré, autrement, qu'on ne lui inocule du pus malade.

Comment agit ce pus virulent? on n'en sait rien d'une manière positive; mais il est probable qu'il agit à la manière des venins et des virus, et qu'une fois introduit dans l'économie

par une plaie, une piqûre, une écorchure, etc., il modifie le sang avec une promptitude désolante et l'empoisonne, d'où l'infection purulente, qui s'annonce par des phénomènes généraux que tout le monde connaît. Le sang perd promptement ses qualités normales et éprouve de graves modifications dans sa composition, il devient moins fluide, circule avec plus de difficulté, se coagule, s'arrête dans les vaisseaux capillaires où il forme de petits caillots, de petites embolies microscopiques, qu'on rencontre à l'autopsie sous forme d'un pointillé ecchymotique ou de petits abcès, qu'on appelle à tort métastatiques; ces petites taches noires sont entourées d'une sorte de noyau hépatisé, et se transforment, si le malade ne succombe pas dès les premiers moments de l'empoisonnement, en des abcès plus ou moins considérables, qu'on peut rencontrer dans toutes les parties du corps.

Cette théorie de l'infection purulente, que nous croyons la plus naturelle et la seule vraie, n'est pas nouvelle; mais ainsi comprise elle engage le chirurgien à chercher des moyens pour empêcher la formation du pus et son introduction dans le sang, plutôt qu'à combattre par une médication interne les effets toxiques du pus introduit dans le sang.

Jusqu'à présent la question de la curabilité de la septicémie ou infection purulente a toujours été résolue négativement; cependant si, d'après les vues que nous venons d'exposer, on pouvait avoir le moyen, d'abord d'empêcher la formation du pus, ensuite sa décomposition et son absorption, ne pourrait-on pas prévenir l'infection purulente et même l'arrêter à son début?

Déjà les lésions sous-cutanées avec déchirure des vaisseaux, la méthode sous-cutanée de M. J. Guérin, avaient fait faire un grand pas à cette question, en nous apprenant que le sang, la lymphe plastique, épanchés au milieu de nos tissus et sans communication aucune avec l'air extérieur ne subissaient pas les phénomènes de la suppuration, et que ces liquides, au bout d'un certain temps, étaient résorbés, sans inconvénient aucun pour l'économie.

Se basant sur ces faits, il était donc indiqué de placer toute plaie exposée fatalement au contact de l'air dans les mêmes conditions qu'une lésion sous-cutanée.

Les moyens pour arriver à ce but sont déjà connus depuis longtemps et ont fourni à tous ceux qui les ont mis en usage des résultats très-satisfaisants.

Il faut dans toute plaie récente et qui n'a pas encore suppuré:

1° Chercher à arrêter l'exsudation sanguine et séreuse des petits vaisseaux en produisant un coagulum immédiat à la surface de la plaie, coagulum qui obstrue les bouches béantes de tous les vaisseaux capillaires, favorise la formation de petits caillots sanguins dans l'extrémité ouverte des vaisseaux capillaires, de telle façon que ces vaisseaux bouchés par un caillot sanguin ne permettent ni au sang, ni à la lymphe de s'écouler; dans ce cas, l'inflammation et la suppuration sont moins considérables.

2° Dans la plaie qui suppure, les mêmes moyens s'opposent à l'altération du pus, en même temps qu'ils diminuent la suppuration, s'opposent à son absorption, et mettent les surfaces suppurantes dans de meilleures conditions pour la cicatrisation. Tous ces moyens concourent donc à un but final, qui est le point capital: empêcher l'infection purulente.

Pour obtenir un tel résultat, il suffit d'appliquer sur une plaie, récente ou ancienne, un liquide astringent, coagulant, antiseptique, et pouvant pénétrer dans tous les points de la plaie, dans ses anfractuosités les plus profondes, sans nuire à sa cicatrisation. Ce liquide a pour effet immédiat de resserrer, de fermer les bouches béantes des vaisseaux capillaires, de coaguler le sang dans leur extrémité divisée, de les obstruer par la formation de petits caillots protecteurs, fixes et tout à fait limités, qui s'unissent aux parois des vaisseaux et empêchent leur inflammation; les vaisseaux ainsi bouchés, oblitérés par un caillot sanguin vivant, se trouvent à l'abri de la phlébite, des angioleucites, des érysipèles, et l'absorption des liquides sécrétés dans la plaie ne peut plus avoir lieu.

Les liquides qui réunissent des propriétés astringentes et antiseptiques sont très-nombreux, et la chimie, dans ses progrès, pourra encore en faire découvrir de nouveaux. La plus grande part des effets produits par la teinture alcoolique revient à l'alcool. Mais l'addition par solution, à l'alcool lui-même, de certaines substances astringentes, résineuses, balsamiques, caustiques, etc., augmente les bons effets de ces teintures, qui par cela même deviennent supérieures à l'alcool; d'ailleurs il faut, suivant les circonstances, modifier leur application, augmenter, mitiger leur degré de force, en un mot, se conduire suivant les effets qu'elles produisent.

En général, les teintures que l'on doit préférer sont celles dans la confection desquelles l'alcool est employé à un titre un peu élevé, ou celles qui contiennent en dissolution la plus grande proportion de certains principes astringents, caustiques, résineux, ces principes étant doués de propriétés antiseptiques et cicatrisantes. La connaissance du moment où l'on doit employer les antiseptiques n'est pas assurément moins essentielle que celle de toutes les circonstances qui sollicitent leur usage.

Si l'on emploie ces teintures au moment où la plaie vient d'être faite, et alors qu'elle n'a encore subi aucune modification du contact de l'air, elles produisent une astriction, un resserrement actif et vital, une constriction instantanée qui produit l'oblitération des vaisseaux capillaires artériels, veineux et lymphatiques, en même temps qu'elles dessèchent l'extrémité de ces petits vaisseaux divisés, les agglutinent et coagulent dans la plaie le sang et la sérosité; il se forme sur la plaie un vernis, une pellicule, une véritable union chimique des tissus qui empêche l'absorption, en même temps qu'elle défend la plaie du contact de l'air; c'est une véritable peau artificielle exactement appliquée sur tous les points de la plaie; cette modification instantanée dans tous les tissus lésés empêche les mauvais effets de l'air. Il est bien entendu qu'il faut d'abord lier les vaisseaux plus volumineux, qui exposeraient à une hémorrhagie.

Ces antiseptiques astringents agissent non-seulement par astriction, resserrement des bouches béantes des vaisseaux capillaires, mais en oblitérant ces vaisseaux ils favorisent dans leur extrémité interne la formation d'un caillot protecteur qui, en s'organisant, a l'avantage de diminuer l'inflammation et par conséquent la suppuration. Si la suppuration survient, les vaisseaux capillaires étant bouchés, l'absorption devient, sinon impossible, au moins beaucoup plus difficile, l'extrémité des vaisseaux se trouvant dans des conditions favorables à l'inflammation adhésive. Survient ensuite la réaction inflammatoire, qui reste très-modérée; elle gonfle les tissus, les rapproche et donne lieu à un épanchement de lymphe plastique, qui vient ajouter encore aux premiers effets des antiseptiques et favoriser la cicatrisation.

Dans les cas où la plaie suppure, on doit encore faire usage des remèdes antiseptiques; ils agissent de la même manière que dans le premier cas, moins activement sans doute, mais ils n'en contribueront pas moins à resserrer les vaisseaux, à modifier avantageusement la plaie, à diminuer l'inflammation et la suppuration, et à donner à tous les tissus lésés la vitalité dont ils ont besoin pour se débarrasser des parties mortes qui peuvent exister. Si la plaie a une tendance à prendre un caractère fâcheux, ils seront encore très-utiles en augmentant l'action des surfaces de la plaie, en facilitant la séparation des corps étrangers putréfiés, gangrenés, et en donnant à la sécrétion purulente de meilleures qualités; dans ces cas, les antiseptiques doivent être moins concentrés et avoir une action moins énergique, parce qu'alors ils agissent moins comme des astringents que comme des antiseptiques proprement dits.

C'est surtout lorsque le pus est de mauvaise nature et qu'il est altéré, qu'il faut panser avec les antiseptiques, dans le but de donner au pus de meilleures qualités et de modifier

les surfaces suppurantes; la teinture d'iode, le liquide iodotannique jouissent de cette propriété à un haut degré, et doivent être considérés, pour cette raison, comme un des meilleurs antiseptiques.

En résumé, tout moyen qui pourra arrêter le suintement du sang et de la sérosité dans une plaie, alors que ce sang et cette sérosité seront encore doués de propriétés vitales, sera un excellent moyen pour empêcher ou diminuer l'inflammation et la suppuration, pour s'opposer à l'infection purulente et hâter la cicatrisation.

Mais ce n'est pas seulement de l'application des antiseptiques que le médecin doit attendre la guérison de ses malades; l'observation et l'expérience sont là pour démontrer qu'il faut, comme dans tous les autres modes de pansements, des pansements rares, la soustraction de la plaie à l'influence de l'air, l'inamovibilité, une compression légère des parties divisées, et éviter de porter le bistouri dans une plaie qui suppure.

C'est l'application de tous ces moyens réunis et des indications qu'ils fournissent qu'on doit attendre, dans le pansement des plaies, une garantie sérieuse contre l'infection purulente; on ne doit jamais sacrifier ces moyens les uns aux autres, quand il est possible d'obéir à tous à la fois, car chacun d'eux répond à un besoin, ainsi que l'atteste l'observation.

Dr BOINET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

PRIX. — M. *François-Franck* adresse à l'Académie, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un mémoire manuscrit portant pour titre : *Recherches anatomiques et physiologiques sur la portion cervico-thoracique et céphalique du système du grand sympathique.* (Renvoi au concours des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. *Rambosson* prie l'Académie d'admettre au concours du prix Plumey un mémoire qu'il a déposé le 14 avril et qui porte pour titre : *Propagation des affections et des phénomènes nerveux expressifs par la transmission et la transformation du mouvement.* (Renvoi au concours du prix Plumey.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA SIGNIFICATION PHYSIOLOGIQUE DU PLEXUS NERVEUX TERMINAL DE LA CORNÉE. Note de M. *L. Ranvier*. — Les expériences de l'auteur l'ont conduit aux conclusions suivantes :

« 1° La nutrition de la cornée continue à se faire régulièrement après que l'on a supprimé tous les nerfs qui s'y rendent. Il n'y a donc pas de nerfs trophiques dans la cornée. Cette première conclusion est celle à laquelle Snellen était arrivé par son ingénieuse expérience : oreille fixée au-devant de l'œil après la section intra-crânienne de la cinquième paire.

» 2° Les fibrilles nerveuses qui entrent dans la constitution du plexus terminal de la cornée n'y parcourent qu'un trajet très-limité pour se rendre à leur terminaison ultime, et elles conservent jusqu'au bout leur individualité physiologique et anatomique. Elles forment donc bien un plexus et non pas un réseau.

» 3° La disposition plexiforme des nerfs de la cornée ne paraît pas avoir une signification fonctionnelle, comme celle de certains plexus nerveux qui sont placés sur le trajet des nerfs moteurs. Cette disposition paraît être uniquement relative à la transparence de la cornée. En effet, l'appareil d'innervation de cette membrane se trouve ainsi réparti d'une façon tellement égale dans toutes ses parties que, malgré sa richesse, il n'en trouble pas sensiblement l'homogénéité.

» 4° Les nerfs de la cornée sont des nerfs de la sensibilité générale. Leur fonction, qui consiste à avertir l'animal et à l'amener à protéger efficacement son œil contre toute action vulnérante, n'est cependant pas indispensable. C'est une fonction de luxe, pour ainsi dire, puisque, la cornée étant insensible, l'animal la protége encore en profitant des avertissements qui lui sont donnés par la conjonctive et les paupières, restées sensibles. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie le rapport de M. le médecin-inspecteur des eaux minérales de Challes (Savoie) pour l'année 1877. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : Un travail manuscrit intitulé : *Quelques notes sur la vaccine, vaccinations et revaccinations* au 31e régiment d'artillerie (Le Mans), par M. le docteur *Gérard* (*Louis*) (*Commission de vaccine*), et un autre travail du même auteur intitulé : *La fièvre typhoïde dans la garnison du Mans, recherches étiologiques.*

M. *Giraud-Teulon* présente, au nom de M. le docteur *Sichel* fils, le premier volume d'un *Traité élémentaire d'ophthalmologie*, avec planches et figures dans le texte.

M. *Gueneau de Mussy* (*Noël*) présente, au nom de M. le docteur *Bassaget*, un ouvrage intitulé : *Traité d'hématologie dynamique*, pour servir de fondement à un système de pathologie vitaliste.

M. *Legouest* présente, au nom de M. le docteur *Faucon*, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, un volume intitulé : *Leçons de clinique chirurgicale.*

NÉCROLOGIE. — M. *le Président* annonce officiellement à l'Académie la nouvelle de la mort de M. Piorry, et prononce une courte allocution très-applaudie.

Sur l'invitation de M. le Président, M. *Tillaux* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Piorry. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

INOCULATION DU HORSE-POX. — M. *Legouest* lit, au nom de M. le docteur *Pingaud*, agrégé libre du Val-de-Grâce, médecin en chef de l'hôpital militaire de Sétif (Algérie), un travail relatif à des expériences de *horse-pox* faites avec le concours de MM. Viseux et Thomas, vétérinaires de l'armée.

M. Pingaud dit qu'il donnera plus tard le détail de ces expériences. Il se borne pour l'instant à résumer, en quelques mots, les conclusions principales qu'on peut en tirer :

« L'inoculation du horse-pox à l'homme est sans danger, si l'on prend soin de recueillir le liquide séreux et transparent que renferment les vésicules perlées de la bouche du cheval. Elle donne des résultats bien supérieurs à ceux qu'on obtient par les moyens ordinaires.

« Le succès de l'inoculation exige des précautions particulières indiquées par la configuration et le siége anatomique des boutons de horse-pox.

» L'auteur pense que l'on peut inoculer le virus équin sans crainte de transmettre la morve, alors qu'il n'existe pas depuis longtemps un seul cas de morve dans la localité; alors que le horse-pox se développe à l'état épidémique sur les chevaux jeunes, bien nourris et bien portants, ainsi que cela est arrivé, en 1877, à Sétif; alors que l'éruption buccale, *qui fait rarement défaut*, se présente avec des caractères anatomiques qui ne sauraient laisser subsister le moindre doute sur leur nature, — laquelle, du reste, peut être soumise au critérium préalable de l'inoculation à la génisse. — On sera, dans de semblables conjonctures, suivant l'auteur, autorisé à faire bénéficier l'homme de l'action d'un agent préservateur de la variole bien autrement puissant et sûr que ne l'est le vaccin cultivé sur la vache ou sur l'enfant. »

STATISTIQUE MUNICIPALE. CAUSES DES DÉCÈS. — M. *Lagneau*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Fauvel,

Bergeron, Broca et Delpech, lit un *rapport sur la coopération des médecins traitants à la détermination des causes de décès.* Ce rapport remarquable et très-étendu a été provoqué par une lettre de M. le sénateur Hérold, préfet de la Seine, demandant l'avis de l'Académie sur cette importante question qui a fait l'objet des délibérations du Conseil municipal de Paris.

M. le rapporteur propose, au nom de la commission, d'écrire à M. le préfet que l'Académie approuve pleinement l'intention qu'auraient le Conseil municipal de Paris et l'administration préfectorale de demander aux médecins traitants leur coopération dans la détermination des causes de décès; mais elle pense que cette coopération ne doit être obtenue qu'en se conformant aux conditions suivantes :

1° Il n'est introduit aucune modification dans le service des médecins de l'état civil.

2° Dans chaque mairie, un employé tient un registre à souche, sur lequel sont transcrits les certificats de décès rédigés par les médecins de l'état civil. Une feuille portant les mêmes indications et le même numéro d'ordre que la souche de ce livre est détachée et portée par un employé de la mairie au domicile du médecin traitant. Celui-ci est invité à y inscrire l'indication de la maladie qui a déterminé la mort de son client. Lorsqu'il le juge nécessaire, il peut supprimer les nom et prénoms du décédé, écrits sur une partie de cette feuille, qui, limitée par une ligne ponctuée à jours, peut être facilement séparée.

3° Ce bulletin, placé sous pli cacheté, est rapporté par l'employé à la mairie et dirigé, de là, sur le bureau de statistique médicale.

4° La statistique des causes de décès est faite à l'Hôtel de Ville par des médecins.

5° Le bulletin hebdomadaire de la statistique des causes de décès est gratuitement expédié à tous les médecins de la ville.

Le rapport de M. Lagneau sera discuté dans la prochaine séance. .

Pleurésie multiloculaire. — M. *Moutard-Martin* apporte le contingent de son expérience personnelle à la discussion sur la pleurésie multiloculaire et sur le traitement qu'il convient de lui appliquer.

M. Jaccoud a dit que la matité et la conservation des vibrations thoraciques limitées à certains points de la poitrine lui faisaient diagnostiquer les pleurésies cloisonnées. Or, dans quelques cas où l'épanchement est très-abondant et où la ponction a été pratiquée, il arrive assez souvent, surtout lorsque la pleurésie est ancienne, que la matité persiste d'une façon absolue. Il n'est cependant pas admissible que, dans ces cas, la formation des cloisons ait eu lieu immédiatement après la ponction.

M. Jaccoud a distingué deux variétés de pleurésies multiloculaires, mais il n'a pas parlé d'une troisième catégorie de pleurésies cloisonnées. Dans un cas observé par M. Moutard-Martin avec M. Barth, il a pu constater en arrière de la sonorité et en avant une voussure coïncidant avec une matité absolue. La ponction pratiquée en avant donna lieu à l'issue d'une certaine quantité de pus et la malade guérit. Il y avait dans ce cas un épanchement séreux qui s'est résorbé, et un épanchement purulent qui a été évacué par la ponction.

M. Moutard-Martin rapporte deux cas analogues qui lui permettent d'ajouter une troisième catégorie de pleurésies cloisonnées aux deux premières catégories décrites par M. Jaccoud.

Le point thérapeutique sur lequel l'orateur appelle l'attention est le suivant : M. Jaccoud a dit de ne pas ponctionner les pleurésies cloisonnées; les trois malades qu'il a ponctionnés sont morts. M. Moutard-Martin pense que M. Jaccoud a eu une mauvaise chance, car il a lui-même obtenu de nombreuses guérisons de pleurésies cloisonnées par la ponction. Il s'inscrit donc en faux contre la proposition qui consiste à proscrire la ponction dans la pleurésie multiloculaire.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Du polymorphisme des ténias : M. Laboulbène. — Amyotrophie liée à une lésion des nerfs périphériques : M. Desnos. — Tuberculose miliaire aiguë accompagnée de néphrite parenchymateuse : M. Rigal. — Anosmie intermittente, suspension absolue de la faculté olfactive : M. Maurice Raynaud.

M. *Laboulbène* tient à protester contre l'assertion émise par un observateur très-studieux et méritant, M. Mégnin, au sujet du polymorphisme des Ténias. M. Mégnin a prétendu à plusieurs reprises, au Congrès des Sociétés savantes, à la Société de médecine publique, à la Société entomologique de France, etc., que les Ténias inermes et les Ténias armés sont des animaux identiques, mais à des périodes différentes d'évolution. Il y a là, pour M. Laboulbène, une erreur manifeste et qui doit être combattue.

En effet, nous connaissons à peine les métamorphoses de quelques espèces de Ténia sur les deux cents espèces environ qui ont été décrites. Les données exactes et positives sur le développement de ces Cestoïdes ont été lentes à établir, mais il est sûr que le Ténia armé de l'homme (*Tænia solium*) vient du Cysticerque ladrique du porc (*Cysticercus cellulosæ*), et du même Cysticerque humain, tandis que le Ténia inerme (*Tænia inermis*), si bizarrement appelé *T. medio-canellata*, par Kuchenmeister, vient du Cysticerque inerme du bœuf (*Cysticercus inermis*), et non du *Cysticercus tenuicollis* du même animal. Il a exposé ces faits devant la Société et ils sont relatés dans les *Mémoires* de l'année 1877. L'homme, le chien, le bœuf sont attaqués par des espèces nombreuses et distinctes de Ténia; les expériences répétées, multipliées sur leur développement après l'ingestion favorable de Cysticerques différents pour chaque Ténia, ont donné des résultats constamment identiques et probants.

Que prétend M. Mégnin? C'est que les Ténias inermes des herbivores sont des Ténias parfaits, ayant subi toutes leurs métamorphoses chez le même animal, tandis que les Ténias armés sont des Ténias encore imparfaits (quoique sexués et ovigères!). Chaque Ténia inerme d'animal herbivore?) aurait son correspondant ou, en quelque sorte, son frère utérin parmi les Ténias armés, qui dans l'intestin d'un carnivore aurait subi un temps d'arrêt caractérisé par la persistance des crochets.

Mais, il n'y a point que des Ténias inermes et des Ténias armés, placés à de grandes distances les uns des autres, dans la série des Ténias connus. M. Mégnin n'a pas tenu compte des Ténias à crochets, ou spinules du rostre, ressemblant à des aiguillons de rosier, suivant l'expression de M. C. Baillet (*Tænia cucumerina, — T. elliptica*), auxquels il est bien difficile de rapporter des Ténias inermes.

Enfin, une raison majeure l'empêche, à elle seule, de pouvoir adopter l'hypothèse de M. Mégnin : c'est que non-seulement la tête, le corps ou strobile, et les anneaux sexués ou cucurbitaires des Ténias inerme et armé de l'homme diffèrent par leur forme, leur armature, la disposition des pores génitaux, mais encore par les digitations de l'utérus, par leurs œufs et surtout par les Cysticerques absolument distincts venus de ces œufs eux-mêmes non identiques. Réunir ou englober comme une seule espèce de vers des animaux réellement différents n'est pas faire avancer la science, mais rétrograder et revenir sur un progrès accompli.

L'estime qui s'attache justement aux travaux de M. Mégnin, dit M. Laboulbène, explique pourquoi j'ai dû faire cette protestation. J'ajouterai, en terminant, que j'ai fait part de mon opinion à M. Davaine et qu'il partage entièrement la manière de voir que j'expose à la Société.

— M. *Desnos* analyse en quelques mots un travail de M. Joffroy sur les Amyotrophies liées à une lésion des nerfs

périphériques. Pendant longtemps, en effet, on a été disposé à croire que les amyotrophies relevaient exclusivement d'une dégénérescence primitive des muscles; puis, on rapporta toutes les atrophies musculaires à une lésion dégénérative des cellules des cornes antérieures de la moelle. Or, entre ces deux opinions, qui d'ailleurs peuvent être admises suivant les cas, on doit en placer une troisième. Il est certain que certaines atrophies musculaires reconnaissent pour cause une lésion des nerfs périphériques. Ce fait est indéniable; les recherches de M. Lasègue et celles de M. Landouzy, sur l'atrophie musculaire consécutive à la névralgie sciatique, suffiraient pour le prouver. Les faits observés par M. Desnos et par M. Joffroy confirment la même idée, qui du reste a été émise également par M. Jaccoud, dans une de ses leçons cliniques sur l'atrophie nerveuse progressive, et par M. Hallopeau dans l'article MYÉLITES du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

— M. *Rigal* présente une observation de tuberculose miliaire aiguë accompagnée de néphrite parenchymateuse. Cette observation, dit-il, offre un grand intérêt clinique eu égard à la difficulté qu'a présentée le diagnostic. Voici l'observation résumée :

Une femme âgée de vingt-trois ans fut prise, sans cause appréciable, de céphalalgie, abattement, faiblesse générale, insomnie, anorexie avec soif vive *sans fièvre*, diarrhée sans douleurs abdominales, rachialgie. Au moment où la malade fut examinée, on constatait en outre une desquamation sur presque toute la surface du corps; l'examen des urines permit de constater une albuminurie très-notable. Rien d'anormal à l'auscultation du cœur et des poumons. La malade avait enfin une vaginite assez intense. En poursuivant l'interrogatoire, M. Rigal apprit que cette femme avait eu quelque temps avant une affection fébrile accompagnée d'angine; il crut pouvoir porter le diagnostic : néphrite consécutive à une scarlatine. Quelque temps après, la malade mourut après avoir présenté des symptômes cérébraux très-intenses que l'auteur rapporta à l'urémie, et sans avoir offert d'augmentation notable de la température.

L'autopsie montra que l'on avait eu affaire à une tuberculose miliaire ayant envahi les poumons et le cerveau. Les reins présentaient les lésions de la néphrite parenchymateuse; l'examen de ces organes fut fait avec grand soin par M. Cornil; on ne trouva pas de tubercules du rein.

Or, c'est là un fait intéressant; on observe pendant la vie de l'albuminurie et un certain nombre de symptômes qui autorisent à porter le diagnostic : Néphrite scarlatineuse et urémie, et l'autopsie montre que la mort a été déterminée par une tuberculose miliaire aiguë.

Je crois, dit M. Rigal, qu'il était impossible de poser un autre diagnostic, car rien ne pouvait attirer l'attention vers la tuberculose. J'ajouterai que l'examen de la muqueuse vaginale a permis de constater sous la muqueuse un grand nombre de granulations tuberculeuses qui avaient certainement provoqué la vaginite observée pendant la vie.

M. *Martineau* demande à M. Rigal si chez cette malade il s'agissait bien de tubercules du vagin et de l'utérus, et non d'une simple métrite.

M. *Rigal* répond que l'examen histologique fait par M. Cornil a démontré nettement la nature tuberculeuse de ces lésions.

— M. *Maurice Raynaud* communique une observation intéressante d'anosmie intermittente présentant une suspension absolue de la faculté olfactive.

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, tuberculeuse depuis plus de quinze mois : traitée par la créosote, on obtint un résultat excellent, le plus beau qu'il ait été donné à M. Raynaud d'examiner. Cette malade n'était pas hystérique. Cette anosmie se manifestait tout le jour, au réveil de la malade, la perte du goût était alors complète; vers dix heures du matin la malade recouvrait l'odorat et le goût, elle déjeunait alors avec plaisir, puis au moment du dîner survenait une suspension complète de ces sens, suspension qui durait toute la nuit pour disparaître le matin autour des dix heures. Ces phénomènes ont persisté pendant six semaines; frappé de cette intermittence, M. Maurice Raynaud prescrivit le sulfate de quinine et, à sa grande surprise, les accidents disparurent au bout de huit jours. Mais au bout de quelques semaines l'anosmie reparut en présentant les mêmes caractères, puis guérit sans aucun traitement. On ne peut donc savoir exactement la cause de ces accidents intermittents et bizarres.

Dr Joseph MICHEL.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Discussion sur l'ostéopériostite. — Quelques propositions sur l'immobilisation et la mobilisation des articulations malades. — De l'inutilité des mouvements pendant les maladies articulaires pour préserver de l'ankylose. — Présentation d'un instrument.

M. *P. Berger*. Dans la présente discussion il faut distinguer une question de faits et une question de doctrine. La question de faits est la suivante : Ne peut-on, parmi les inflammations graves qui atteignent les os en voie de développement, distinguer des formes anatomiques? et celles-ci correspondent-elles à des symptômes qui permettent de les distinguer et d'établir un traitement spécial à chacune de ces variétés?

M. Lannelongue surtout s'est élevé contre cette manière de voir, et il a appuyé, sur des arguments tirés de l'anatomie pathologique et sur des arguments tirés de la clinique, l'opinion que toutes les formes décrites par les auteurs sous les noms de périostite phlegmoneuse, d'ostéite épiphysaire, etc., devaient être rapportées à une ostéomyélite et traitées par la trépanation immédiate de l'os malade.

Les preuves anatomiques qu'il invoque sont tirées de l'examen des pièces présentées à la Société anatomique, et des observations rapportées par les auteurs. Les premières ne sauraient suffire; on ne présente à la Société anatomique que les pièces provenant des cas les plus graves; rien d'étrange à ce que, dans ces cas, on ait trouvé des lésions osseuses.

M. Lannelongue, sur cent observations d'abcès sous-périostiques dont il a fait le relevé, n'en a trouvé que quatre où il n'y eût pas de lésions osseuses. Ces quatre observations elles-mêmes se concilient difficilement avec l'idée d'une lésion osseuse primitive et constante. Mais M. Berger, dans le seul chapitre que M. Chassaignac a consacré aux abcès sous-périostiques dans le traité de la suppuration, en a relevé un nombre bien plus considérable. A ce point de vue, les abcès sous-périostiques doivent être répartis de la façon suivante :

1° Ceux dans lesquels l'incision hâtive a été suivie de recollement du périoste et de guérison rapide sans hyperostose (cas de Bœckel, de Verneuil, de Berger). Les faits publiés seraient plus nombreux si on leur avait attribué l'importance qu'ils ont en réalité.

2° Ceux où l'incision de l'abcès a été suivie de fistules suppurant de trois à six mois, guérissant sans expulsion de séquestre, mais avec une hyperostose plus ou moins marquée : dans ces cas il y a eu exfoliation insensible.

3° Ceux où les fistules consécutives à l'incision de l'abcès se sont fermées après l'expulsion d'un séquestre lamelleux ou de petites esquilles. Ces deux ordres de faits contiennent presque toutes les observations de Chassaignac.

4° Ceux enfin où l'abcès n'a été que le symptôme de lésions

graves, décollement épiphysaire, nécroses étendues et profondes, etc.

Les trois premières catégories ne peuvent s'expliquer par l'hypothèse d'une lésion osseuse profonde évoluant d'emblée. Là, au contraire, les lésions de l'os paraissent consécutives, comme cela s'observe dans les dénudations traumatiques qui déterminent des altérations absolument analogues de l'os dénudé. Quelle que soit du reste l'interprétation, rien dans les lésions mentionnées et dans les symptômes rapportés par les observations n'eût justifié une trépanation hâtive.

Quant à la quatrième classe de faits, ils concernent des abcès sous-périostiques symptomatiques d'ostéites profondes, d'ostéites totales, comme M. Le Fort les a appelées avec Waldeyer. Personne ne nie l'importance et la fréquence de ces cas dont M. Després et M. Berger lui-même ont dans cette discussion présenté des exemples. Mais la considération de l'ensemble des faits anatomiques ne permet pas de leur assimiler tous les cas d'abcès sous-périostiques : elle paraît établir nettement l'existence d'abcès sous-périostiques dans lesquels la lésion osseuse n'est qu'accessoire, secondaire et peut même faire défaut.

Cette distinction entre les abcès sous-périostiques et les ostéites et ostéomyélites profondes correspond-elle à des symptômes spéciaux à chacune de ces formes? Ceux-ci sont encore à établir, ainsi que l'a fait observer M. Verneuil. M. Berger pense cependant que l'on peut dès à présent avoir quelques présomptions en faveur de l'une ou de l'autre de ces formes, en se rapportant aux signes diagnostiques qu'a indiqués Chassaignac et qu'il adopte, mais non sans réserves. Ce sont : la fluctuation hâtive, mais non primitive, précédant l'empâtement, comme le croyait Chassaignac ; l'absence de cet œdème douloureux profond (en forme de manchon) que Chassaignac a donné comme un caractère de l'ostéomyélite ; l'absence d'affection articulaire précoce, symptôme essentiel sur lequel M. Tillaux a beaucoup insisté ; enfin le caractère superficiel ou l'absence de nécrose distingue au point de vue de la marche et de la terminaison cet ensemble de caractères particuliers des abcès sous-périostiques proprement dits. Il faut y ajouter l'intensité moindre des douleurs (Marjolin). La rougeur, l'œdème superficiel sont plutôt liés au siége superficiel de l'os atteint qu'à la lésion plus ou moins profonde de celui-ci.

Tous ces signes ne peuvent établir qu'une présomption ; celle-ci ne saurait se changer en certitude, que si des observations nouvelles recueillies dans un but déterminé venaient leur adjoindre de nouveaux caractères ; ce sera là encore un des résultats heureux des belles recherches de M. Lannelongue, quoique l'étude des faits cliniques infirme sa proposition : qu'il n'y a entre les diverses variétés d'inflammation des os aucune différence en clinique, qu'elles ont toujours le même aspect clinique.

Quant à la question de doctrine, elle a trait à cette dénomination d'ostéomyélite qui tend à se substituer à toutes les autres. Ce terme, appliqué à l'ostéite, signifie que le tissu osseux ne prend aucune part à l'inflammation qui envahit le tissu médullaire siégeant dans le canal et les espaces diploïques, les canaux de Havers, la couche ostéogène du périoste. Il suppose en outre l'identité de ces divers tissus, identité puisée sur une structure et des fonctions identiques, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique.

M. Berger s'élève contre cette identification de la moelle osseuse et du périoste :

1° *Au point de vue de l'anatomie*, chez l'adulte, il n'y a aucune analogie entre ces tissus. Mais chez l'enfant et l'adolescent, où il existe d'intimes relations entre ces parties, ces relations l'emportent-elles sur les dissemblances? Certainement l'os en voie de développement est tapissé de toutes parts d'un revêtement continu d'ostéoblastes que l'on observe aussi bien à la surface qu'au centre même de l'os. Mais tandis que ce revêtement constitue à lui seul la couche ostéogène du périoste, il y a bien autre chose dans les espaces médullaires, et cela dès leur constitution chez le fœtus. Ceux-ci sont remplis par de la matière interstitielle et par des éléments du tissu conjonctif jeune, par des leucocytes et des globules sanguins, par des vaisseaux surtout qui y affectent une disposition importante et toute spéciale. Rien de semblable ne s'observe sous le périoste. Aussi, s'il est intéressant à un point de vue particulier de montrer le tissu osseux en voie de développement, partout entouré d'éléments formateurs spéciaux, il est prématuré de fonder sur une assimilation anatomique contestable l'identification de la périostite et de l'inflammation de ce tissu beaucoup plus complexe, que les anatomistes ont toujours désigné sous le nom de moelle osseuse.

2° *Au point de vue de la physiologie*, le périoste seul reproduit l'os, et M. Ollier a démontré que les greffes médullaires étaient absolument privées de cette propriété. En outre, la moelle osseuse paraît douée de fonctions hématopoiétiques (Neumann, Bizzozero, Schöney) dont le périoste est toujours dépourvu.

3° *Au point de vue du développement*, la moelle osseuse et le périoste ont des origines distinctes, ainsi que l'ont établi Kölliker, Virchow et bien d'autres. Strelzoff seul, partisan de l'accroissement interstitiel des os, admet que la moelle osseuse dérive du périoste.

Mais cette identité entre la moelle et le périoste n'est-elle pas prouvé par l'anatomie pathologique? Le premier fait de l'inflammation des os est de faire apparaître partout où elle se développe un tissu qui n'est autre que de la moelle embryonnaire, que ce soit dans le canal médullaire, dans les épiphyses, sous le périoste. Quels sont donc les caractères de cette moelle embryonnaire? Virchow dit explicitement que celle-ci est constituée par de jeunes cellules indifférentes et qu'elle ne se distingue en rien du tissu de granulation des plaies. Ce tissu n'a donc rien de caractéristique, rien qui suffise à spécifier l'ostéomyélite, sans quoi l'on trouverait de l'ostéomyélite dans toutes les plaies. Il y a mieux, on n'a jamais, jusqu'à présent, observé cette transformation de la moelle réduite en moelle embryonnaire dans les ostéites aiguës, car dans celle-ci l'inflammation transforme aussitôt en pus et en séquestres tout ce qu'elle touche, exactement comme le fait le phlegmon diffus.

Le tissu osseux, du reste, ne prend-il aucune part au processus dans l'ostéite? Le microscope n'a pu, jusqu'à présent, démontrer sa participation; mais elle est probable, du moins pour M. Ranvier qui est un de ceux qui ont le plus étudié cette question. L'idée de supprimer la classe des ostéites n'est pas nouvelle. Meyer et Billroth l'ont essayé, personne ne les a suivis dans cette voie, et M. Ranvier lui-même, qui a tant insisté sur la relation qui unit la moelle osseuse et la couche ostéogène du périoste en vue d'un but commun, et qui a créé pour celle-ci le nom de moelle sous-périostale, M. Ranvier donne à l'affection qui nous occupe le nom d'*ostéite phlegmoneuse*.

C'est que le terme d'ostéite signifie non l'inflammation du tissu osseux, mais l'inflammation de l'os organe ; et il n'y a pas plus de raison pour supprimer ce mot, sous prétexte que l'inflammation se développe dans le tissu interstitiel de l'os, dans la moelle, que pour rayer du cadre des pneumonies et des néphrites la pneumonie et la néphrite interstitielles sous prétexte que le parenchyme rénal ou pulmonaire n'est pas le siége primitif du mal.

En résumé, personne ne se refuse à admettre l'étroite parenté des inflammations qui envahissent les os des enfants et des adolescents ; mais, tout en y voyant les membres d'une même famille pathologique, on doit chercher à distinguer les individualités qu'elle renferme. Les termes de périostite et d'abcès sous-périostiques, d'ostéomyélite, indiquent nettement et sans hypothèses que l'inflammation s'est développée ici sous le périoste, là dans le canal médullaire, et s'il faut

une dénomination générale qui rassemble toutes ces variétés, celle d'ostéite épiphysaire des adolescents, mieux assise et plus large que le nom d'ostéomyélite, répond mieux au but que l'on se propose.

— M. *Verneuil* commence la lecture d'un travail sur l'immobilisation et la mobilisation des articulations malades. Nous donnerons les conclusions de ce travail.

— M. *Tillaux* présente, au nom de M. Gabriel Bay, un instrument qui portera le nom de dilatateur hydro-élastique. Une tige élastique creuse, coiffée d'une poche en caoutchouc pouvant contenir de l'eau, servira, d'après l'auteur, à dilater certains rétrécissements de l'urèthre.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 31 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Action du chlorure de magnésium : M. Laborde. — Action du fer dans la chlorose : M. Hayem. — Lymphatiques du diaphragme : M. Hoggan.

M. *Laborde*. Les effets du chlorure de magnésium sur la respiration et la circulation sont très-remarquables. Les fortes doses déterminent souvent l'arrêt des mouvements respiratoires sans arrêt du cœur. Chez la grenouille, l'injection successive de deux doses de $0^{gr},20$ de ce sel, faite le plus loin possible du cœur, est bientôt suivie de l'augmentation de l'amplitude des battements du cœur ; au bout de vingt minutes, cette amplitude décroît, des intermittences se produisent et le cœur finit par s'arrêter. Mais l'arrêt n'est pas d'abord définitif ; une légère excitation électrique, le seul fait de souffler sur le cœur mis à nu suffisent pour le faire repartir. Tous ces détails ont été constatés à l'aide d'appareils enregistreurs, et M. Laborde présente les tracés à la Société. Il conclut de ses observations que le chlorure de magnésium n'est pas un poison musculaire.

M. *Bert* rappelle que, dans une communication faite il y a un an, MM. Jolyet et Lafont sont arrivés à une conclusion analogue au sujet du sulfate de magnésie. Ce rapprochement vient à l'appui de l'opinion que M. Rabuteau exprime sur l'action toxique des sels : d'après lui, c'est le métal qui est l'élément actif, et l'action toxique de deux sels de même base peut se mesurer au poids du métal qu'ils renferment. Quand un liquide contient plusieurs sels en dissolution, il est quelquefois difficile de préciser à quel état ils s'y trouvent réellement, de savoir, par exemple, si dans un mélange tel que l'eau de mer on trouve du sulfate de soude et du chlorure de magnésium, ou au contraire du sulfate de magnésie et du chlorure de sodium. Les doubles décompositions inévitables dans la préparation de ces sels laissent toujours planer un doute à cet égard. M. Bert avait songé dans ces cas à appeler l'action physiologique au secours de l'analyse chimique impuissante, à comparer l'action isolée de chacun des sels en question avec celle du liquide où ils se trouvent mélangés, et à déduire de cette comparaison la composition vraie de ce dernier. Au cours d'une série d'expériences entreprises d'après cette vue et restées inachevées, il avait pu étudier les effets du chlorure de magnésium ; la circulation et la respiration lui ont paru modifiées dans le sens que M. Laborde a indiqué ; mais il ne se rappelle pas avoir constaté les effets purgatifs dont on a parlé dans la séance précédente.

— M. *Hayem* a étudié l'action du fer dans l'anémie chronique et spécialement dans la chlorose. Le fer agit en faisant disparaître les altérations des globules, en restituant aux globules leur nombre et leurs qualités physiologiques. Le fer qui ne ferait que traverser l'économie sans s'y fixer ne produirait pas les mêmes effets : des chlorotiques bien nourries et traitées par le ferrocyanure de potassium, qui s'élimine sans être modifié, voient persister leurs altérations globulaires, et la guérison ne se produit qu'après l'administration du fer sous une autre forme. On a pensé que ce métal n'agit qu'en restituant l'appétit aux malades et en les mettant à même de se mieux nourrir. Pour vérifier cette opinion, M. Hayem a réussi, par des inhalations quotidiennes d'oxygène longtemps répétées, à faire disparaître tous les troubles dyspeptiques ; les malades ont recouvré l'appétit et même l'embonpoint, le chiffre de l'urée d'abord très-abaissé s'est élevé au-dessus du taux normal. Mais les altérations globulaires persistaient, et une interruption de quelques jours de traitement, une légère fatigue, suffisaient à déterminer une récidive. Le fer est donc le vrai médicament de l'anémie ; il n'agit pas seulement par son passage, il doit être fixé dans l'économie et détermine des poussées successives de nouveaux globules qui arrivent peu à peu à présenter leurs caractères normaux.

— M. *Pouchet*, au nom de M. et madame Hoggan (de Londres), remet une note sur les lymphatiques des muscles et spécialement de la partie musculaire du diaphragme. Dans ce dernier, on trouve des culs-de-sac sans valvules s'abouchant du côté de la face pleurale du diaphragme avec des troncs pourvus de valvules. Dans la plupart des organes, on observe une disposition analogue en allant de l'extérieur à l'intérieur ; il semblerait donc que le diaphragme ait une face *externe* qui serait la surface péritonéale et une surface *interne* tapissée par la plèvre.

— M. *A. Robin* lit l'éloge de M. Gubler.

X. ARNOZAN.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 28 MAI 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

Du tartrate de fer et d'ammoniaque : M. Yvon. — Note sur les salicylates de quinine : M. Yvon ; M. Edouard Labbée. — Moyen clinique d'évaluer de petites quantités de glycose dans l'urine M. Duhomme ; Discussion : MM. Vigier, Byasson, Limousin.

M. *Yvon*. Le tartrate de fer et de potasse que l'on trouve dans le commerce ne présente pas toujours la solubilité désirable, et lorsqu'il est très-soluble il renferme de l'ammoniaque provenant, soit d'un lavage imparfait du peroxyde de fer, soit d'une addition volontaire. La saturation du tartrate acide de potasse par l'hydrate ferrique (procédé du *Codex*), faite avec toutes les précautions désirables, et surtout avec un oxyde de fer très-lavé, ne donne pas un sel conservant longtemps une solubilité parfaite. Non-seulement il faut, dans toutes les phases de la préparation de ce sel, ne jamais dépasser la température du bain-marie, mais il faut lui conserver une réaction légèrement alcaline, autrement une portion du fer devient à la longue insoluble.

Aussi, pour obtenir un tartrate de fer et de potasse *soluble*, on lui ajoute presque toujours un excès d'ammoniaque. M. Yvon en a trouvé un demi-équivalent et plus dans les sels du commerce. Devant ces faits, il n'hésite pas à donner la préférence au tartrate de fer ammoniacal, dont la préparation est très-simple : on l'obtient en prenant un équivalent d'oxyde ferrique (80 grammes), un équivalent ou 150 grammes d'acide tartrique cristallisé et un excès d'ammoniaque.

— M. *Yvon* fait une communication sur les salicylates de quinine, dont la richesse varie selon que le sel est basique ou qu'il est neutre.

Pour obtenir le salicylate basique de quinine, on procède ainsi :

Sulfate basique de quinine.....	$4^{gr},36$
Salicylate de soude............	$1^{gr},60$
Eau distillée..................	50 grammes.

On fait dissoudre le salicylate dans l'eau, on porte à l'ébullition et on ajoute le sulfate de quinine. Le salicylate de quinine, insoluble dans cette quantité d'eau même bouillante, se précipite; on entretient quelques instants une légère ébullition, afin d'assurer la décomposition totale du sulfate de quinine. On laisse refroidir, et au moment où le sulfate de soude atteint son maximum de solubilité, c'est-à-dire vers 35 degrés, on jette sur un filtre, puis on lave, d'abord avec de l'eau distillée, légèrement tiède, puis froide, jusqu'à ce que la dernière goutte qui tombe du filtre ne précipite plus par un sel de baryte; on laisse sécher à air libre le salicylate ainsi obtenu.

Pour le salicylate neutre de quinine les proportions sont les suivantes :

Sulfate neutre de quinine......	5gr,48
Salicylate de soude............	3gr,20
Eau distillée..................	60 grammes.

On dissout séparément les deux sels dans la moitié de l'eau; cette solution s'effectue à froid; le salicylate de quinine se précipite en petites aiguilles qui s'agglutinent très-rapidement et forment une masse poisseuse; on peut dissoudre cette masse dans l'alcool et faire cristalliser.

En résumé, 1 gramme de salicylate basique de quinine renferme 0gr,873 de quinine; 1 gramme de salicylate neutre en renferme 0gr,796. Les deux sels étant très-peu solubles dans l'eau, on ne peut les administrer qu'en prises ou en pilules; on ne peut les dissoudre à la faveur d'un acide, comme les autres sels de quinine; l'acide salicylique serait précipité. Par suite, il faut donc donner la préférence au salicylate basique de quinine, comme étant plus riche en principe actif et plus facile à préparer.

M. *Edouard Labbée* fait observer qu'à cause même de son peu de solubilité le salicylate de quinine n'a aucune raison d'être employé en médecine; c'est donc un médicament qui doit être exclu de la thérapeutique. La communication de M. Yvon est donc importante en ce qu'elle fixe le degré de solubilité des salicylates basique ou neutre de quinine, et qu'elle indique par cela même leur propriété thérapeutique.

A propos du salicylate de soude, M. Edouard Labbée indique un mode d'administration dont il n'a qu'à se louer. Pour éviter la gastralgie que détermine souvent cette substance, il ne donne jamais une seule dose sans la faire suivre immédiatement d'un verre d'eau de Vichy ou d'une solution de bicarbonate de soude. Comme il administre d'ordinaire le salicylate à la dose de 8 grammes dans les vingt-quatre heures, M. Labbée divise cette quantité en quatre doses de 2 grammes chaque, et les fait prendre deux fois au moment des repas et deux fois dans l'intervalle des repas, mais toujours en les faisant suivre d'eau de Vichy. Grâce à ce moyen, la tolérance s'établit parfaitement.

M. *Constantin Paul* demande quelle est la source conseillée par M. Labbée.

M. *Labbée* emploie la source des Célestins : donc quatre verres d'eau de Vichy correspondent à 4 grammes de bicarbonate de soude.

M. *Vigier* fait remarquer que M. Yvon s'est occupé du salicylate au point de vue de sa combinaison avec la quinine et non comme devant remplacer le salicylate de soude.

— M. *Mallet* (de Nice), membre correspondant, envoie une longue note pour protester contre le mémoire de M. Grellety sur le climat de Nice.

— M. *Duhomme* fait une communication sur le moyen clinique d'évaluer de petites quantités de glycose dans l'urine et sur la présence de la glycose dans l'urine normale.

Dans des communications précédentes, M. Duhomme a fait voir le rôle capital de la créatinine dans les anomalies présentées par certaines urines sucrées lorsqu'on les analyse avec la liqueur cupro-alcaline. Il suffit, en effet, d'un mélange de glycose pure et de créatinine pure, en proportions variables, pour reproduire à volonté une à une et sans exception toutes les irrégularités, et elles sont nombreuses, que l'on peut constater dans les analyses de certaines urines sucrées.

La créatine amène dans le dosage du sucre les irrégularités suivantes : 1° elle maintient en dissolution une quantité plus ou moins considérable de sous-oxyde de cuivre réduit : on ne peut alors rigoureusement considérer l'absence de précipité rouge comme le signe certain de l'absence de sucre; 2° elle retarde dans des proportions parfois très-notables la formation du précipité, d'où son apparition tardive sous forme d'un nuage opaque, soit dans le cours même de l'analyse, soit quelques minutes après.

Lorsque la créatinine est en quantité insuffisante pour que le sous-oxyde réduit reste en solution, il se manifeste alors le phénomène suivant : la créatinine a une tendance à maintenir le précipité de sous-oxyde à l'état hydraté, et par suite à en retarder notablement le dépôt, et même, dans certains cas, à rendre le liquide complétement opaque. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'on ajoute une certaine quantité de soude caustique : la soude maintient la dissolution et favorise ensuite la déshydratation de l'oxydule.

Pour analyser les urines faiblement sucrées, voici le procédé que propose M. Duhomme. On prend de la liqueur de Fehling au titre ordinaire et telle qu'on la trouve dans le commerce; dans une éprouvette très-exactement graduée, on amène un volume de cette liqueur à cinq volumes par l'addition de quatre volumes d'une solution de soude caustique à la densité de 1,33, ce qui est plus que suffisant pour empêcher la formation de tout précipité. Au lieu de 2 centimètres cubes, comme avec la liqueur normale, on emploie seulement 1 centimètre cube du réactif ainsi modifié, ce qui donne en réalité à la quantité employée un titre dix fois plus faible, et ce qui permet de consulter le tableau en ayant la simple précaution de transposer la virgule d'un rang vers la gauche. On procède alors comme d'ordinaire et le plus rapidement possible; on arrête l'opération lorsque la couleur verte disparaît, ce qu'il est très-facile d'apprécier par suite de l'absence du précipité. Ce procédé donne les résultats les plus satisfaisants pour les urines qui contiennent plus de 1 gramme à 1gr,50 de sucre par litre; au-dessous, il est préférable d'avoir recours à un autre moyen.

Pour les urines moyennement sucrées et qui renferment plus de 5 à 6 grammes de sucre, on peut employer le même procédé, mais en ayant soin de les diluer au dixième avec de l'eau.

M. Duhomme indique un autre procédé extrêmement simple, ne demandant que deux ou trois minutes pour fournir des renseignements simultanés sur le sucre et l'albumine. On verse 1 centimètre cube d'urine dans un tube, on y ajoute trois à quatre gouttes seulement de liqueur de Fehling et on chauffe. Si l'on voit succéder à la teinte primitive une coloration jaune ayant une analogie plus ou moins marquée avec la couleur du vin de Madère, c'est qu'elle contient du sucre (ne serait-ce que 50 centigrammes par litre); si elle prend une teinte violette ou rosée, c'est qu'elle contient de l'albumine; si elle conserve sa coloration verte, simplement affaiblie, ou si elle a une teinte gris sale, c'est qu'elle ne contient ni l'une ni l'autre de ces substances en quantité digne d'appeler l'attention.

Dr Joseph Michel.

— Dans le compte rendu de la dernière réunion de la Société de thérapeutique (p. 353), lire M. *Limousin* au lieu de *Simonin* (communication sur l'action physiologique du protoxyde d'azote).

REVUE DES JOURNAUX

Étude sur la dégénérescence amyloïde et sur ses rapports avec la rétinite de Bright, par le docteur Edouard Bull.

L'auteur a eu pour but dans ce mémoire de faire l'analyse critique des travaux assez rares que possède la littérature médicale sur la question de la durée de la dégénérescence amyloïde, et de faire connaître ses propres expériences sur cette question. Pour déterminer le début de la maladie, il faut, selon M. Bull, avoir recours à l'époque de l'apparition de l'albuminurie. Les reins sont en général pris dès qu'il y a dégénérescence amyloïde, et cette prédisposition permet de conclure que, dans la plupart des cas, ces organes sont parmi les premiers où se fait remarquer la maladie, et que la dégénérescence n'a pas existé longtemps quand la présence de l'albumine est constatée dans l'urine. Ce symptôme étant du reste d'une valeur essentielle pour le diagnostic de la maladie, et faute de signes qui puissent fournir un meilleur point de départ, l'auteur se croit autorisé à regarder le début de l'albuminurie comme un indice du commencement de la dégénérescence amyloïde. Jusqu'à présent, il n'existe que très-peu d'observations dans lesquelles ce point de départ soit précisé d'une manière assez exacte, mais on arrivera peu à peu à trouver des observations semblables par l'analyse constante de l'urine dans les maladies qui peuvent amener la dégénérescence amyloïde. En général, on s'est montré disposé à attribuer une marche très-lente à cette affection; l'auteur en a pu déterminer d'une manière approximative la durée chez treize personnes, et il l'a toujours trouvée inférieure à une année; souvent elle n'était que de quelques mois. — L'auteur fait ensuite la critique des quelques cas publiés par Grainger Stewart et Traube, dans lesquels il est attribué à la dégénérescence amyloïde une durée de plusieurs années, voire même dix ans, et où l'autopsie a montré les reins atrophiés, à surface granuleuse, donnant la réaction amyloïde. Suivant M. Bull, ces cas doivent être regardés, non comme appartenant à la dégénérescence amyloïde primitive des reins qui aboutit à la rétraction atrophique, mais comme des exemples de cirrhose rénale, à laquelle, par d'autres causes la dégénérescence amyloïde s'est combinée dans la dernière période de la vie. La cirrhose rénale est toujours d'une durée fort longue, et dès lors, il est facile de comprendre que des cas semblables ont fait attribuer à la dégénérescence amyloïde une durée de plusieurs années. L'auteur rend compte d'un cas observé par lui-même, où la maladie survint après une opération d'empyème, et où la malade vécut environ trois ans avec cette affection; à l'autopsie, on trouva les reins lisses, engorgés et donnant la réaction amyloïde dans le foie, la rate et le canal intestinal.

L'auteur résume par les propositions suivantes le résultat de ses recherches : 1° Dans la règle, la dégénérescence amyloïde a une durée inférieure à une année; les cas d'une durée beaucoup plus longue qui ont été publiés sont dus à une interprétation erronée et ne sont que des cas de cirrhose rénale avec complication secondaire amyloïde. On ne doit attendre une telle durée que dans ceux où la maladie principale ne précipite pas l'issue fatale par son caractère progressif ou sa malignité. 2° La rétraction atrophique, comme symptôme du rein amyloïde, paraît tout aussi invraisemblable que dans la néphrite parenchymateuse, où elle ne s'observe que très-rarement; les cas donnés à titre de preuves doivent être regardés comme des atrophies granuleuses primitives avec dégénérescence amyloïde secondaire. 3° Jusqu'à nouvel ordre, la curabilité de la dégénérescence amyloïde doit être révoquée en doute comme non prouvée, les cas cités par Bartels permettant avec plus de raison une autre interprétation. Il est également invraisemblable que la dégénérescence, une fois présente, puisse être arrêtée ou guérie si l'on en supprime la cause par l'intervention chirurgicale.

Il est une autre question importante que l'auteur a eu l'occasion d'étudier dans ses recherches, celle de savoir si la rétinite de Bright s'observe dans la dégénérescence amyloïde des reins. A ce propos, il fait la critique des cas que présente la littérature, partout où ils sont donnés comme preuves à l'appui de la rétinite, c'est-à-dire de ceux cités par Grainger Stewart, Argyll Robertson, Alexandre Beckmann et Traube, et il démontre que la rétinite était toujours due à l'atrophie granuleuse des reins, à l'exception du cas signalé par Beckmann, qui n'était en aucune façon une rétinite de Bright. Il soutient en conséquence que le rein amyloïde ne donne pas lieu à la rétinite de Bright. (*Nordisk med. arkiv.*, 1878).

Travaux à consulter.

De la périnéphrite, par M. G. Nieden. — Monographie étendue de la périnéphrite, comprenant quelques observations inédites, dont une très-intéressante, qui démontre, comme celle de Tachard (*Gaz. hebd.*, 1869), que l'affection peut être consécutive à une cystite chronique. Pourquoi faut-il que, dans un travail sérieux, l'auteur introduise des abréviations qui peuvent être de mise dans une clinique, mais non dans une publication qui a des visées internationales? Comment les étrangers comprendront-ils que LHU veut dire à gauche, en arrière et en bas? Et si les Français écrivaient dans ce cas GAB, qui entendrait ce langage mystique qu'on ne rencontre guère, sans plaisir d'ailleurs, que dans les travaux modernes d'ophthalmologie? (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXII, p. 451.)

Un mouvement physiologique de l'utérus, par M. Peters. — L'auteur introduit dans le col utérin de femmes couchées, les cuisses relevées, une tige de *laminaria* longue de 26 centimètres, et remarque que le bout de cette tige se meut régulièrement de haut en bas; utilisant à sa manière la méthode graphique, il ajoute un pinceau et observe avec satisfaction que la tige de *laminaria* dessine ses mouvements sur une bande de papier. Finalement, il lui vient en idée que ces mouvements sont en rapport avec la respiration, ce qui fut trouvé vrai. Bon exemple d'expérimentation naïve. (*Archiv der Heilk.*, t. XIX, p. 547.)

Études sur la pilocarpine en obstétrique, par M. Sanger. — Beaucoup d'accoucheurs allemands se sont épris des sels de pilocarpine, dont ils vantent l'action ecbolique, et qu'ils considèrent comme devant remplacer en même temps le forceps et le seigle. Les observations de Sänger sont loin de justifier ces prophéties. Il en résulterait tout au plus que le nouvel agent peut activer les contractions pendant le travail, mais ne les provoque jamais. On connaît d'ailleurs les expériences négatives de Chantreuil. (*Archiv für Gynæk.*, t. XIV, p. 43.)

De la tuberculose du myocarde, par M. Sanger. — Monographie contenant deux observations personnelles et vingt cas épars dans la science. (*Archiv der Heilkunde*, p. 448.)

Contribution a la pathologie de la moelle osseuse, par M. Blechmann. — On sait que Cohnheim a découvert dans l'anémie pernicieuse progressive une lésion de la moelle osseuse qu'il considère comme la cause de cette énigmatique affection. Cette lésion, qui consiste essentiellement en une disparition de la graisse, remplacée par des corps lymphoïdes, serait secondaire d'après Neumann et se trouverait dans beaucoup de cachexies; la moelle jaune devient rouge, gélatiniforme. Blechmann rapporte trente-cinq cas à l'appui de cette dernière théorie. (*Archiv der Heilkunde*, t. XIX, p. 495.)

Contributions anatomo-pathologiques, par M. K. Huber. — Description d'un exemple rare de gommes syphilitiques du rein, d'un anévrysme de l'artère cœliaque, enfin de syphilis du pancréas. Cette dernière observation inspire quelques doutes : l'anatomie normale de l'organe est si peu connue! (*Archiv der Heilkunde*, t. XIX, p. 425.)

OBSERVATIONS SUR L'ÉLÉPHANTIASIS A SAMOA, par M. KÖNIGER. — Travail qui contient, à côté de faits très-connus, un procédé pour l'ablation du scrotum, dû au docteur Turner, qui l'a employé dans soixante-quinze cas, dont un suivi de mort. Voir les détails dans le mémoire même. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXIII, p. 413.)

UN CAS D'HERMAPHRODISME, par M. SIPPEL. — L'enfant, examiné avec le plus grand soin à la naissance par le médecin de l'état civil, fut déclaré du sexe masculin. Cependant à l'autopsie, qui fut faite quelques semaines plus tard, on trouva l'utérus et toutes ses annexes. Ce cas est présenté comme un exemple des difficultés présentées par une distinction qui paraît très-simple. (*Archiv für Gynæk*, t. XIV, p. 168.)

OBSERVATIONS DE SYPHILIS PULMONAIRE DES ADULTES, par M. RAMDOHR. — Relation de neuf cas observés par Wagner, à Leipsick, dans l'espace de plusieurs années; indications bibliographiques avec opinions des auteurs. (*Archiv der Heilk.*, t. XIX, p. 411.)

INFLUENCE DU MOMENT DE LA SECTION DU CORDON SUR LE CONTENU SANGUIN DU PLACENTA, par M. WIENER. — Expériences faites à la clinique de Breslau. C'est une erreur de croire que la section immédiate du cordon est préjudiciable à l'enfant, parce que le placenta retient encore une partie du sang qui lui est destiné. Les recherches de l'auteur montrent de plus combien le volume du sang contenu dans le placenta varie d'un individu à l'autre sans cause connue : à deux enfants de 3 kilogrammes et demi environ correspondent 100 grammes et 212 grammes de sang placentaire. (*Archiv für Gynæk.*, t. XIV, p. 34.)

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie oculaire, par M. le docteur L. DE WECKER, leçons recueillies et rédigées par le docteur MASSELON, revues par le professeur. 1 vol. in-8 de 419 pages, avec 82 figures dans le texte. — Paris, 1879. Octave Doin. Prix : 8 francs.

(Fin. — Voyez le numéro 22.)

2° L'auteur étudie ensuite les *opérations qui se pratiquent sur l'iris* (huitième à onzième leçon). Il parle d'abord de l'*iritomie simple et double* et de l'*irito-ectomie* (Bowmann), modes opératoires de date récente et que l'auteur a rendus pratiques en modifiant profondément l'appareil instrumental. La première opération consiste dans la section simple ou double de l'iris, du bord pupillaire vers la périphérie et dans le sens d'un rayon cornéen. Elle trouve son indication dans les cas où, après l'opération de la cataracte, la pupille est obturée, l'iris restant relativement sain. L'irito-ectomie (excision d'un lambeau triangulaire d'iris qu'on enlève soit avec les pinces-ciseaux, soit avec la pince à pupille ordinaire) est indiquée lorsqu'on se trouve en présence d'un iris dépourvu de contractilité. Ces opérations bien réglées, et sur le manuel opératoire desquelles de Wecker insiste en leur consacrant tous les développements voulus, sont infiniment préférables à l'*iridorrhexis*, de Desmarres (arrachement de l'iris) qui expose aux irido-choroïdites, aux irritations sympathiques et aux affections glaucomateuses. Mais l'*iritomie* et l'*irito-ectomie* sont formellement contre-indiquées alors que derrière la pupille fermée se trouve un cristallin intact. C'est à l'iridectomie ou à l'iridorrhexis, malgré ses inconvénients, qu'il faut s'adresser alors.

L'iridectomie est l'objet de longs développements. A propos de l'opération de la pupille artificielle, de Wecker conseille de rejeter l'emploi des couteaux lancéolaires, instruments d'ordinaire mal fabriqués, s'émoussant facilement, et il propose de leur préférer les couteaux de de Græfe, d'un maniement plus facile et plus sûr. Il réduit l'importance et les indications de l'iridectomie employée à titre de moyen antiphlogistique, décrit le *modus faciendi* de l'opération, les rares accidents qui en sont la suite (hémorrhagies, subluxation du cristallin, cicatrisation ectatique); enfin il ne parle que pour les rejeter de l'iridodialysis, de l'iridodésis, de l'iridencléisis, de la corélysis.

3° Aux *opérations qui se pratiquent sur la cornée*, de Wecker consacre trois leçons. Il s'arrête d'abord aux manœuvres nécessitées pour l'*extraction des corps étrangers*, extraction avec une simple aiguille si le corps étranger a une faible épaisseur; propulsion d'arrière en avant, avec une aiguille à paracentèse glissée en arrière de lui, s'il est plus profond; dégagement en formant avec un couteau de de Graefe un lambeau n'intéressant qu'une partie de l'épaisseur de la cornée.

Lorsque le corps vulnérant est tombé dans la chambre antérieure, on fait une incision de 4 à 6 millimètres sur le bord inférieur de la cornée; l'issue brusque de l'humeur aqueuse l'entraîne habituellement. Au besoin, on l'extrait avec une spatule. Il étudie ensuite le manuel opératoire de la *paracentèse* de la chambre antérieure. Il recommande de se servir de l'aiguille à paracentèse de Desmarres, pour pratiquer cette opération qui calme si bien les douleurs de l'iritis et qui peut encore être utilisée dans les cas d'abcès et d'ulcération de la cornée avec tendance à l'hypopion. Il parle ensuite de la *kératotomie* de Sæmisch qu'on a employée dans les ulcères rongeants. Puis il décrit trois opérations de date récente: la *trépanation de la cornée*, la *transplantation de la cornée*, le *tatouage*.

La *trépanation de la cornée*, qui peut être utile dans les cas de kératocone, de staphylome partiel, de leucomes, de glaucomes (Taylor); la *transplantation de la cornée*, opération nouvelle qui mérite d'être expérimentée dans les cas de leucome complet de la cornée et à laquelle se rattachent les noms de Hippel, Power, Schœller, Sellerbeck, sont étudiées avec soin. De Wecker en indique le manuel opératoire, et pose les conditions de réussite de la greffe. Le *tatouage*, opération pratiquée autrefois par les Grecs, au dire d'Anagnostakis, et réintroduite dans la pratique sous l'impulsion d'Abadie, est l'objet de quelques développements. Il en est de même de l'*abrasion des opacités de la cornée*, de la *trépanation des staphylomes partiels*, de l'*ablation des staphylomes complets*. Les procédés à suture scléroticale de Crittchet, à suture conjonctivale de Knapp, et celui de l'auteur, sont nettement décrits.

4° L'auteur passe ensuite aux *opérations qui se pratiquent sur la conjonctive*. Pour ne pas dépasser les limites imposées à un compte rendu bibliographique, nous ne ferons que citer: l'*ablation des corps étrangers*, celle des *tumeurs*; l'opération du *ptérygion*, qu'on lie, qu'on refoule (de Wecker) ou qu'on dévie; l'opération du *symblépharon*, passible des procédés de réunion de la muqueuse par attraction, de transplantation des lambeaux par torsion, de transplantation de greffes; enfin l'*abrasion conjonctivale péricornéenne*. De Wecker ne parle pas de l'excision des granulations.

5° A propos des *opérations qui se pratiquent sur la sclérotique*, l'auteur porte surtout son attention sur l'opération la plus importante de toutes celles qui se pratiquent sur cette membrane, sur la *sclérotomie*. De Wecker a pris la plus large part à l'invention et à la généralisation de cette opération nouvelle, qui est surtout pratiquée dans les cas de glaucome. Son mode d'action est basé sur des données de physiologie pathologique d'une grande valeur. L'anatomie enseigne qu'à la jonction des membranes de l'œil vers le point d'insertion de l'iris, on trouve un tissu trabéculaire, caverneux, qui renferme les voies lymphatiques. La physiologie a démontré que c'est dans cette région que se fait l'échange des matériaux de nutrition de l'œil et que s'opère l'élimination des liquides. Enfin les travaux les plus récents sur le glaucome tendent à établir que les symptômes glaucomateux éclatent lorsque dans la région de l'angle iridien il survient des obstacles à la circulation lymphatique, à l'élimination naturelle des liquides intra-oculaires. La *sclérotomie* (section de la sclérotique à 1 millimètre en arrière de la circonférence de

la cornée) a pour but et pour résultat de permettre la *filtration de ces liquides*. Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire à l'étude duquel l'auteur a donné tous les développements nécessaires. De Wecker propose de *substituer la sclérotomie à l'iridectomie*, dans les cas de glaucome, toutes les fois que cette dernière opération présente de sérieux avantages. Pour lui, elle peut encore être utilisée dans les cas où l'iridectomie présenterait manifestement de graves inconvénients. L'opération doit être combinée avec l'emploi prolongé d'instillations d'ésérine et de pilocarpine.

Les opérations réclamées par les *décollements rétiniens* sont ensuite décrites et appréciées : 1° *aspiration* de Weber; 2° *dilacération de la rétine* de de Græfe et de Bowmann; 3° *ponction* faite au moyen d'un couteau de de Græfe ou d'un sclérotome court entre les muscles droit externe et inférieur autant que possible, opération inoffensive et qui peut amener un excellent résultat; 4° *drainage de l'œil*, que l'auteur avait voulu substituer à la ponction, opération qu'un certain nombre de chirurgiens éminents ont jugée sévèrement, et qui n'a donné à l'auteur même, d'après son aveu, que des résultats *momentanément* satisfaisants.

De Wecker étudie enfin les *névrotomies*, la *névrotomie optique*, la *névrotomie ciliaire* (Meyer, Snellen) et la *névrotomie optico-ciliaire* ou combinaison des deux opérations précédentes (Boucheron). Ces opérations sont à employer lorsqu'il s'agit de faire cesser des sensations lumineuses subjectives ou de faire disparaître l'influence sympathique fâcheuse de l'œil opéré sur l'autre.

6° Trois leçons (de 16 à 19) sont consacrées aux opérations qui se pratiquent sur les muscles. De Wecker passe en revue les phases successives que cette opération a dû subir pour devenir pratique. Il insiste sur les variations d'insertion des muscles droits chez les hypermétropes et les myopes ; sur les effets de la strabotomie suivant les dispositions anatomiques ; sur le manuel opératoire qu'il décrit d'après de de Græfe, et à propos duquel il recommande la suture conjonctivale, lorsque la ténotomie a porté sur le droit interne. Il développe comme il le mérite le chapitre si intéressant du contrôle de l'opération, il parle des moyens à employer pour augmenter ou diminuer l'étendue de la correction et de l'insuffisance. Il nous semble un peu dur pour la modification opératoire de Knapp qui, sagement employée, peut être utile.

Il décrit enfin les procédés de Liebreich, Snellen, Arlt, Noyes, et la méthode anglaise.

L'*avancement* est étudié avec soin. De Wecker préconise ici, au lieu de pinces, l'emploi d'un crochet à branches mobiles armées de dents pour saisir le tendon et l'attirer. Il adopte les doubles *résections tendineuses* d'Agnew, de New-York, et il pense qu'en se servant de pareilles résections on peut se passer du reculement de l'antagoniste.

7° A propos des *opérations qui se pratiquent sur l'orbite*, l'auteur parle du lieu d'élection pour l'ouverture des abcès de l'orbite (angle inféro-externe. Il s'arrête un instant à *l'énucléation de l'œil*, opération réclamée par les staphylômes et les affections sympathiques. Il décrit, en le modifiant légèrement, le manuel opératoire. L'évidement complet de l'orbite (*excentration*) attire enfin son attention.

8° Quatre leçons (20e à 25e) sont consacrées à l'importante étude des *opérations qui se pratiquent sur les paupières*. L'auteur se borne à passer en revue les opérations usuelles. Il laisse de côté et avec raison une foule de procédés qui occupent une large place dans nos traités de médecine opératoire et qui souvent n'ont été pratiqués que par leur auteur. Il s'arrête successivement à l'opération de la *canthoplastie* (élargissement de la fente palpébrale) indiquée dans les blépharospasmes; à l'*épicanthus*; à la *tarsorraphie* pour laquelle l'auteur donne un procédé particulier, qui consiste à ne séparer que la couche épidermique de la portion du bord palpébral comprise entre son bord tranchant et l'implantation des cils, au lieu d'enlever un lambeau de 1 à 2 millimètres (de Græfe). Il arrive ensuite aux opérations réclamées par le *trichiasis* et le *distichiasis*. Il rejette les procédés d'ablation simple, d'épilation (Celse), de destruction du champ d'implantation des cils par les caustiques, décrit les procédés bien connus de Pagenstecher, celui de Jœsche-Arlt, qui consiste dans l'excision d'un lambeau cutané ; enfin la modification opératoire de de Græfe. Il nous donne un procédé qui lui est propre et qui consiste : 1° dans l'élargissement de la fente palpébrale (de Ammon); 2° dans le dégagement du champ d'implantation des cils que l'on isole du tarse ; 3° dans la déviation du bord ciliaire par des sutures. De Wecker décrit l'excellent procédé d'Anagnostakis souvent employé et qui mérite de l'être, et la modification de M. le professeur Panas, et termine en posant les indications et les contre-indications des divers modes opératoires appliqués à l'entropion musculaire ou spasmodique et à l'entropion cicatriciel.

L'ectropion est l'objet de longs développements. De Wecker insiste avec raison sur la nécessité de se préoccuper de la cause qui a déterminé la déviation, avant de commencer l'opération. Les moyens chirurgicaux s'adresseront à l'appareil musculaire dans la forme spasmodique ; ils consisteront à contre-balancer par une suture des paupières l'influence de la rétraction dans la forme cicatricielle ; enfin, dans ceux où le tissu propre de la paupière est détruit, on aura recours à la greffe ou à la blépharoplastie. Les sutures de Snellen, les procédés de W. Jones, A. Guérin, Arlt, Dieffenbach, de Richet, la méthode par torsion sont successivement étudiés.

L'auteur juge irrationnels et ne croit pas devoir décrire les modes opératoires de Walther, Adams, Jæger père.

La blépharoplastie, qu'on pratique si rarement, est étudiée ensuite, mais c'est pour être complet que l'auteur énumère et résume les procédés qui se rapportent à la méthode de glissement et de torsion. Il insiste sur les procédés de greffe en lambeaux qui sont destinés à rendre de réels services, et que recommandent également Sattler, Illing, Sichel fils, etc.

9° De Wecker (25e leçon), termine par les *opérations pratiquées sur l'appareil lacrymal*. A l'incision complète des conduits lacrymaux, il préfère l'incision partielle, la *destruction du sac*, procédé barbare, la *ponction de la paroi interne*; l'*extirpation*, l'*excision partielle* de M. Monoyer, sont rejetées par l'auteur. Il propose de préférer à ces modes de traitement extrêmes l'*ablation de la glande*.

Telle est, dessinée à grands traits, l'œuvre de M. de Wecker, œuvre consciencieuse et pratique, qui s'adresse aussi bien, comme nous le disions au commencement de cette bibliographie, aux érudits qu'aux praticiens.

Dr E. D.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

AMÉRIQUE. — LA FIÈVRE JAUNE. — MESURES PROPHYLACTIQUES. — DESTRUCTION DES GERMES PAR LE FROID. — EXÉCUTIONS CAPITALES PAR L'OXYDE DE CARBONE : M. PACKARD.

L'effroyable épidémie de fièvre jaune qui a ravagé la Louisiane est maintenant apaisée, et l'on s'occupe activement des moyens prophylactiques destinés à prévenir le retour du fléau. On sait qu'une commission, choisie parmi les membres les plus éminents de l'*American public health Association*, avait été chargée, pendant que l'épidémie sévissait avec intensité, d'explorer les régions infectées et de recueillir tous les documents de nature à élucider l'étiologie de cette terrible affection. Le rapport de cette commission publié au commencement de cette année contient un excellent exposé des moyens prophylactiques qui peuvent être opposés au développement de l'épidémie, mais, à part quelques points d'une importance secondaire, les mesures proposées diffèrent peu de celles qui avaient été appliquées jusqu'à ce jour.

En ce qui concerne les quarantaines, cependant, nous constatons avec plaisir que la commission s'est inspirée d'un grand esprit scientifique et d'un libéralisme très-éclairé. Au lieu d'apporter des entraves au commerce et aux transactions, comme l'ont fait jusqu'à ce jour la plupart des gouvernements, la commission propose de limiter autant que possible les quarantaines sans cependant les supprimer complétement. Étant connue la durée de la période d'incubation de la fièvre jaune, il est complétement inutile de faire faire quarantaine à un navire qui n'a pas de malades à son bord, et dont la longueur du voyage a dépassé celle de la période d'incubation. Ces principes nous paraissent en effet conformes aux lois de la logique aussi bien qu'aux enseignements de la pratique.

Après avoir longuement étudié la question, la commission a exprimé l'opinion que le foyer d'infection de la fièvre jaune est la Havane. Cette ville se trouve en effet dans des conditions hygiéniques déplorables, et l'état sanitaire des navires qui y séjournent est toujours plus ou moins compromis. C'est de ce centre de navigation et d'infection que provient l'épidémie qui rayonne ainsi dans toutes les Antilles et dans les ports des Indes occidentales. L'auteur du rapport émet le vœu que des mesures internationales soient prises entre l'Espagne et les États-Unis afin d'agir sur l'île de Cuba, centre principal de l'infection.

Parmi les moyens mis en avant pour combattre le fléau, nous devons signaler celui qui a été proposé par le professeur Gamgee, et qui consiste à détruire les germes par l'action directe du froid. La théorie du germe contage a fait du chemin, et les Américains vont nous fournir des procédés *germicides* qui étonneront M. Pasteur lui-même. Toujours est-il que les idées de M. Gamgee ont trouvé des adeptes et qu'elles seront prochainement mises en pratique, grâce aux libéralités d'une riche philanthrope, Mme Élisabeth Thompson. Cette dame a fait armer à ses frais un navire muni d'appareils réfrigérants très-puissants, et spécialement aménagé pour abaisser la température des points de la rivière où l'épidémie fera son apparition. Ce sont là des moyens pratiques s'il en fut jamais; mais nous nous permettrons néanmoins d'exprimer quelques doutes sur leur efficacité.

—Du reste, le génie inventif de nos confrères américains nous réserve chaque jour de nouvelles surprises. Après la remarquable invention de l'anesthésie par Horace Wells, après les magnifiques découvertes d'Edison dont les applications à la médecine prendront sans doute une grande extension, nous avons à signaler aujourd'hui un nouveau procédé d'exécution capitale, imaginé par le docteur Packard, et qui consiste à placer le condamné dans une atmosphère d'oxyde de carbone.

Après avoir longuement examiné les inconvénients qui résultent du supplice de la corde et de la guillotine, inconvénients qui ont souvent pour résultat d'inspirer au public une profonde horreur et d'occasionner la grâce du condamné, M. Packard décrit ainsi son procédé devant la Société de médecine légale de New-York : « On préparera une cloche très-hermétiquement fermée dans laquelle sera placé le condamné; à l'aide d'un mécanisme très-simple on remplacera l'atmosphère de la cloche par de l'air contenant une notable proportion d'oxyde de carbone, et l'on aura la mort la plus calme et la plus rapide qu'il soit possible d'obtenir. *L'individu cessera simplement d'exister.* Un jury sera chargé de constater l'identité du condamné avant son entrée dans le fatal récipient; c'est également en présence du jury qu'auront lieu toutes les opérations, et celui-ci pourra assister aux derniers instants du condamné à l'aide d'un hublot de verre ménagé dans la cloche. Au bout de dix minutes l'air atmosphérique pénètrera dans la cloche, et ce même jury constatera le décès. »

Quoique très-ingénieux, le procédé du docteur Packard ne nous paraît pas présenter sur les autres modes d'exécution capitale des avantages bien considérables. En premier lieu la substitution de l'oxyde de carbone à l'air demandera quelques instants, et la mort ne sera guère plus rapide que par la pendaison ou la guillotine; en second lieu il pourrait y avoir quelques différences individuelles pour la tolérance du gaz toxique; il n'est pas rare non plus d'observer chez les animaux intoxiqués par l'oxyde de carbone quelques contractions. Il nous semble également qu'il sera difficile de trouver un jury qui consente à assister à une exécution de ce genre et à surveiller l'agonie d'un condamné à travers le hublot d'une cloche.

— Nous avons si souvent entretenu nos lecteurs du commerce des diplômes qui a lieu entre l'Amérique et l'Europe par l'intermédiaire d'un habile agent qui a élu domicile dans l'île de Jersey, qu'il est peut-être fastidieux d'y revenir. Nous devons cependant dire quelques mots des louables efforts que fait la ville de Philadelphie pour expulser de son sein l'horrible tripot qui sous le nom d'*American college of Pensylvania* fait depuis si longtemps l'indigne trafic des diplômes. Mais la chose n'est pas facile parce que le Collége en question a été incorporé dans la législature depuis 1850, et qu'il faut pour le supprimer l'intervention de chacune des chambres et la réunion du Congrès. Espérons cependant que la ville de Philadelphie atteindra ce but si désirable. Il est d'autant plus important de faire disparaître ce honteux établissement qu'il porte à l'étranger un très-grand tort au véritable collége médical de la ville, l'*Université de Pensylvanie*, qui compte parmi ses professeurs les hommes les plus éminents et les plus honorables.

A. LUTAUD.

A PROPOS DES RAPPORTS DES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

La commission des eaux minérales, à l'Académie de médecine, a signalé quelquefois la pénurie des rapports généraux de MM. les médecins inspecteurs. Ces doléances très-fondées ont été entendues du ministre de l'agriculture et du commerce, auquel les rapports doivent être d'abord adressés, et nous avons sous les yeux une circulaire de M. Teisserenc de Bort, datée du 9 mai 1878, et où nous remarquons ce passage : « *Malgré les instances réitérées de mon administration, un certain nombre d'inspecteurs continuent à ne fournir aucun document sur leur service, et, dans chacun de ses rapports annuels, notamment dans celui qu'elle vient de présenter sur le service des eaux minérales en* 1875, *l'Académie se plaint des nombreuses lacunes qui la mettent dans l'impossibilité d'apprécier, dans son ensemble, cette branche importante du service sanitaire de la France.* » Rien de plus pressant que cet appel du ministre; rien de plus juste au fond, l'obligation d'un rapport annuel étant formellement imposée à MM. les médecins inspecteurs par l'article 12 de l'ordonnance du 18 juin 1823 et réglementée par des circulaires ministérielles. Néanmoins, nous croyons savoir que certains d'entre eux se refusent systématiquement à remplir cette obligation, et cela pour une raison que nous devons faire connaître.

MM. les médecins inspecteurs reçoivent, pour consigner les *observations individuelles,* un tableau dressé, croyons-nous, en 1862, et indiquant par colonnes les diverses mentions qui doivent y être faites Or, de ces indications, il en est auxquelles nos confrères déclarent ou ne *vouloir* ou ne *pouvoir* répondre. Deux colonnes, par exemple, portent la mention du *nom* du malade ou au moins de ses *initiales,* et celle du *domicile;* et si l'on rapproche ces deux mentions de celle qui prescrit « la description succincte de la maladie et l'exposition de ses principaux symptômes », il en ressort évidemment que le médecin traitant est indirectement invité à subordonner les scrupules de sa conscience à une sorte d'injonction administrative. L'alternative offerte par le choix laissé entre le nom et les initiales est illusoire, car les initiales deviennent un nom personnel dès qu'on y joint le domicile. Voilà la mention que certains médecins inspecteurs ne *veulent* pas faire : celle qu'ils ne *peuvent* remplir est relative à l' « état du malade *dans le cours de l'année qui suit l'usage des eaux :* amélioration, guérison, aggravation ou récidive ». Il est clair, en effet, que cela suppose une condition qui se réalise assez rarement, savoir que le malade se rend deux ans de suite aux mêmes eaux et se met entre les mains du même médecin inspecteur. Nous supposons seulement que l'administration est de bonne composition sur cet article et n'exige pas de nos confrères qu'ils se mettent à la piste de leurs malades pendant une année entière.

Nous avons cru devoir exposer cette situation, parce qu'il nous paraît utile que l'Académie et l'administration connaissent au moins une des causes des lacunes qu'elles remarquent

dans l'envoi des rapports médicaux. C'est une grosse besogne déjà pour les médecins inspecteurs de relever les « observations individuelles », non-seulement de leurs clients, mais aussi de nombreux indigents auxquels ils doivent leurs soins. Il importe bien que cette besogne déjà onéreuse à leur zèle, quelque éprouvé qu'il puisse être, ne le soit pas encore à leur conscience.

Nécrologie.

Le professeur PIORRY, de qui nous avons annoncé la mort dans notre dernier numéro, était une des personnalités les plus connues du monde médical, plus sérieusement populaire peut-être à l'étranger que dans son pays. Il était né à Poitiers : à quelle date? M. Piorry ne paraissait pas le savoir précisément. Il indiquait bien une année déterminée, celle de 1794; mais le bruit a toujours couru, — bruit exact selon les apparences, — qu'il était né en 1789, et il semblerait alors qu'il eût reçu les célèbres « principes » de cette époque avec le sang; car il en parlait souvent et il y est toujours demeuré fidèle. M. Piorry avait appartenu, tout jeune encore, à la chirurgie d'armée. Rendu à la vie civile, il serait resté chirurgien si, de trois concours pour le Bureau central, deux en chirurgie et le dernier en médecine, celui-ci ne l'avait mieux servi que les premiers (1827). Il était membre de l'Académie de médecine depuis sa fondation en 1823 et agrégé de la Faculté depuis 1826. C'est en 1840 qu'il fut nommé professeur de clinique interne à la suite d'un brillant concours terminant une lutte qui dura dix années et pendant laquelle il concourut cinq fois pour le professorat.

L'esprit médical et les doctrines de M. Piorry ont été assez combattus pour que personne ne les ignore. En deux mots, il n'y a pas de maladie, mais seulement des états morbides, des désordres anatomiques et physiologiques; et toute la thérapeutique consiste à combattre chacun d'eux sur place et isolément. De ce point de vue ont dérivé les idées si obstinées de M. Piorry sur la nomenclature : on est toujours tenté, et il est facile de classer, sur une base organique, des faits particuliers. On peut même ajouter que c'est aussi cette simplification de la pathologie qui l'ont conduit à ces opuscules sur les *Petits moyens* et sur la *Médecine du bon sens* dont les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* ont entendu parler. Dans cet ordre de travaux, les services rendus à la médecine par M. Piorry sont conformes aux inspirations de sa doctrine. Ils sont également *particuliers*; ils portent sur des points circonscrits; mais ces points sont nombreux et parfois d'une grande importance pratique. Il faut nommer en première ligne les recherches sur la percussion, qui sont surtout son vrai titre d'honneur.

— Le docteur Narbonne a succombé, à Narbonne, sous le coup d'une hémorrhagie cérébrale. Ce regrettable confrère, à peine âgé de cinquante-cinq ans, occupait dans sa ville natale une brillante position professionnelle.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Wurtz, membre de l'Institut, commandeur du 11 août 1869, est nommé membre du conseil de l'ordre.

GUBLER ET L'HÔPITAL BEAUJON. — Le professeur Gubler a légué à la bibliothèque des internes de l'hôpital Beaujon près de six cents volumes et son portrait.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Par décision du 24 mai 1879, M. le ministre de l'instruction publique a demandé des présentations pour la chaire d'accouchements et de maladies des enfants.

— Par une autre décision du 24 mai 1879, M. le ministre de l'instruction publique a demandé des présentations pour la chaire de physique médicale et d'hygiène.

— Par décret en date du 26 mai 1879, M. Michel, professeur de médecine opératoire, a été transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Simonin.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — Un concours s'ouvrira le 8 novembre 1879 à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Briard est délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1878-79, dans les fonctions de chef des travaux chimiques.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Saint-Ange (Louis-Charles), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale pour une période de neuf années.

— M. Meynard, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et d'accouchements pour une période de neuf années.

— M. Léger, docteur en médecine, est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de clinique chirurgicale, de pathologie externe et d'accouchements, et, en outre, nommé chef des travaux anatomiques à ladite Ecole, pour une période de dix années.

CONSEIL MUNICIPAL. — HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — LOGEMENTS INSALUBRES (séance du 31 mai 1879). — Sur le rapport de M. Thulié, le Conseil émet un avis favorable à l'exécution, par l'Assistance publique, de travaux d'agrandissement et d'appropriation à effectuer dans l'hospice des Enfants assistés. Dépense totale, 744 000 francs, dont moitié à la charge du département. L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination d'un membre de la commission administrative des *logements insalubres*, en remplacement de M. Meurizet, démissionnaire. — M. Landois est nommé.

HÔPITAL DU MIDI. — M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera des conférences cliniques le dimanche 8 juin, à neuf heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 21 au 29 mai 1879, on a constaté 1182 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 12. — Rougeole, 40. — Scarlatine, 4. Variole, 31. — Croup, 18. — Angine couenneuse, 29. — Bronchite, 67. — Pneumonie, 89. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 15. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 11. — Erysipèle, 4. — Autres affections aiguës, 231. — Affections chroniques, 530 (dont 198 dus à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 57. — Causes accidentelles, 43.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité de l'art de formuler, comprenant : 1° *Un abrégé de pharmacie chimique.* — 2° *Un abrégé de matière médicale.* — 3° *Un abrégé de pharmacie galénique*, par M. Yvon. 1 vol. in-18 de 550 pages. Paris, P. Asselin et Cie. 7 fr. 50

Des amblyopies et des amauroses toxiques, par le docteur Galezowski. 1 vol. in-8. P. Asselin et Cie. 3 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 12 juin 1879

Académie de médecine. — RAPPORT SUR LA COOPÉRATION DES MÉDECINS TRAITANTS A LA DÉTERMINATION DES CAUSES DE DÉCÈS : M. LAGNEAU.

Nous n'avons pu, dans notre précédent numéro, signaler le remarquable et consciencieux rapport fait à l'Académie par M. le docteur Lagneau. Il nous était, en effet, nécessaire d'en avoir sous les yeux un texte précis et complet pour pouvoir nous rendre compte des motifs qui ont engagé la commission académique à adopter les conclusions que nous avons publiées (page 363). On a pu voir que l'Académie de médecine a reconnu l'utilité de la coopération des médecins traitants pour l'indication plus exacte des maladies des décédés et, par conséquent, pour l'obtention d'une statistique plus parfaite des causes de mort. L'utilité de cette coopération est évidente. Les statistiques qui ne s'établissent qu'à l'aide des bulletins rédigés sur les indications plus ou moins précises fournies par les parents du décédé, ne peuvent, quels que soient l'intelligence et le zèle des médecins de l'état civil, être toujours exactes. On peut juger, en examinant d'un peu près ce qui se passe dans l'armée, où cependant la statistique médicale est obligatoire, des difficultés d'un travail de ce genre. Il a fallu, pour assurer l'exactitude et la rigueur scientifiques des documents transmis chaque année au ministère, exiger de tous les médecins traitants des hôpitaux de l'armée la rédaction journalière d'un bulletin de statistique portant mention des entrées et des sorties, des diagnostics posés par les médecins traitants et des indications nécessaires pour modifier s'il y a lieu, au moment de la sortie du malade, le diagnostic porté à son entrée. En obligeant les médecins des hôpitaux militaires à signer ce bulletin statistique tous les matins après leur visite, alors même qu'ils n'ont à y inscrire que le mot : *Néant*, on a pu, dans tous les hôpitaux de l'armée, établir, sur des bases rigoureuses, la statistique médicale. Seuls les bulletins fournis par les médecins des corps de troupes offrent peut-être encore quelques inexactitudes; elles ne suffisent pas à altérer la valeur scientifique des volumes que publie chaque année l'administration de la guerre et qui sont, à ce point de vue, des modèles utiles à consulter.

Mais, dans la population civile, la question se complique. Le respect absolu du secret médical, prescrit par l'article 378 du Code pénal, interdit dans certains cas au médecin traitant de divulguer le nom de la maladie qui a occasionné un décès. D'autres considérations, de second ordre, il est vrai, mais dont il faut cependant tenir compte, pourraient, si sa déclaration devait être divulguée, empêcher le médecin d'une famille de faire connaître la maladie qu'il a été appelé à soigner. Enfin, il importe de reconnaître que les médecins praticiens n'attachent le plus souvent qu'une importance assez médiocre aux questions de ce genre. Les difficultés que l'on éprouve quand il s'agit de recueillir les documents fournis par les médecins vaccinateurs suffisent à démontrer que l'on ne se prête que difficilement aux nécessités qu'impose le besoin d'une statistique rigoureuse.

M. Lagneau expose et discute avec beaucoup de détails toutes ces considérations. Rappelant ce qui a été réalisé dans les pays voisins et même dans certaines villes de France, il pense que l'on obtiendra aisément le concours de tous les médecins en leur démontrant l'utilité du travail qui leur sera demandé. Dans ce but, un bulletin hebdomadaire indiquant la mortalité et même, s'il est possible, la morbidité par arrondissement et par quartier, devra être adressé gratuitement à tous les médecins de l'agglomération parisienne. Ce bulletin permettra au conseil de salubrité et à la commission des loge-

FEUILLETON

Ambroise Paré (1510-1590).

(Suite. — Voyez les nos 21 et 22.)

II

Ce travail était achevé déjà depuis longtemps quand j'ai eu connaissance d'un fragment d'article de M. A. Chéreau : « Dame Censure à la Faculté de médecine. — Ambroise Paré » (*Union médicale*, octobre 1875, n° 122). Je m'arrête à cette première conclusion, page 560 : « Hélas ! oui, le grand et noble chirurgien fut vaincu dans cette guerre acharnée qui lui était livrée ! Il dut, par l'intermédiaire de Guillaume Lusson, médecin attaché à la cour, accepter la censure de la Faculté. L'on ne sait quels coups de ciseaux Liebault, Marescot, Duval, Lamer, Hautin, Courtin, Martin, Lusson, Rebours, Héron, tous commissaires nommés par les médecins pour examiner ce livre, donnèrent dans les pages de ce dernier. Mais il est certain que l'ouvrage imprimé doit être notablement différent de l'ouvrage manuscrit, et que sur les œuvres d'Ambroise Paré la main de la Faculté s'est appesantie. » Que le lecteur se rassure ! M. Chéreau n'a pas lu avec assez d'attention les *Commentaires* de l'ancienne Faculté. Il applique à la première édition des œuvres d'Ambroise Paré ce qui fut fait pour la seconde, et fort inutilement, comme on va voir. Si bien que l'une et l'autre ont paru dans leur intégrité : la première, publiée en 1575, avec le privilége du roy; la seconde, en 1579, soumise avec de très-légères modifications par A. Paré lui-même à la censure de la Faculté.

Ouvrons donc le huitième volume des précieux *Commentaires*. Au verso du feuillet 20 et au feuillet 21, nous voyons que la Faculté essaya d'empêcher la vente de l'édition de 1575, et qu'elle ne put y réussir. Le privilége est daté d'Avignon, le dernier jour de novembre 1574, et quand, le 5 mai

ments insalubres de prendre les mesures prophylactiques nécessaires contre le développement, la propagation ou la transmission de maladies épidémiques et contagieuses. Il fera connaître à tous les médecins praticiens le lieu de manifestation, les conditions de propagation, la marche et la fréquence croissante des épidémies. Il leur inspirera ainsi, en montrant son intérêt, le goût des études de statistique.

En même temps, et pour éviter toute violation du secret professionnel, le bulletin nosologique rédigé par le médecin traitant, et indiquant le sexe, l'âge et le lieu de naissance du décédé, ainsi que la maladie à laquelle il aura succombé, pourra être adressé, sous pli cacheté et sans indication de nom ni de domicile, mais reconnaissable par son numéro d'ordre, à l'administration municipale, qui le transmettra au bureau de statistique médicale où il sera examiné par une commission composée de médecins attitrés, astreints au secret professionnel. Le registre à souche tenu dans les mairies ne portera dès lors que les indications fournies par les médecins de l'état civil, et les statistiques de décès ne seront établies que sur les notes provenant des médecins traitants.

Ces mesures nous paraissent excellentes, et nous les avons exposées avec quelques détails pour en bien faire comprendre toute l'importance et toute l'utilité. Nous ne pouvons donc qu'exprimer un souhait, celui de voir tous les médecins répondre à l'appel qui leur sera adressé. Sans doute, il faudra lutter quelque temps encore contre certains préjugés et contre des habitudes déjà anciennes; avec de la persévérance et du tact, on pourra venir à bout d'une partie de ces difficultés, et le rapport si complet de M. Lagneau aura ainsi réalisé, au point de vue de la statistique médicale, un sérieux progrès.

L. Lereboullet.

HISTOIRE ET CRITIQUE

LE CURARE.

Les plus récents numéros du *Journal de thérapeutique* contiennent un très-important mémoire du professeur Gubler sur le *curare;* nous lui consacrerons plus qu'une revue de journaux, car il est certain que si la mort n'eût pas enlevé Gubler il eût communiqué ce mémoire à quelque Société savante, où il serait, sans doute, devenu le point de départ d'une intéressante discussion.

C'est qu'en effet ce mémoire à une valeur originale; c'est que, venant après les travaux de Vulpian, de Rabuteau, de Cahours et de Jolyet en France, de Crum-Brown et de Th. Fraser à l'étranger, il fait entrer dans une nouvelle voie l'histoire de ce singulier toxique. C'est un travail sur les curares plutôt qu'une étude particulière sur le poison des flèches.

Une ère nouvelle s'ouvrait évidemment dans l'histoire du curare le jour où Pelletier, Pétroz d'abord, puis Kock découvraient la *curarine*. Dès lors il n'y avait plus d'arcane, propriété particulière des naturels de l'Amérique du Sud; plus de mélanges et de sorcelleries, comme celles décrites par Walter Raleigh; plus de mélanges de venins de serpents ou de fourmis; il y avait un alcaloïde toxique, cristallisable, formant avec les acides des sels définis, en un mot une substance que le chimiste eût préparée bien mieux que l'Indien. Si maintes discussions se sont encore élevées depuis cette époque sur la nature exacte de la plante qui fournit le curare, le mémoire de Gubler nous en donne la raison : la liane qui fournit le curare ne croît que dans un district restreint, dans les hautes vallées de l'Orénoque, du Rio-Negro, du Maroni, de l'Amazone, là où bien peu de blancs encore ont pénétré et pu constater par eux-mêmes la nature exacte de la plante. Il semblait cependant, dans ces derniers temps, que tout le monde fût d'accord. Le curare est extrait d'une strychnée, le *Strychnos toxifera;* mais les échantillons remis à Gubler, et qui ont été examinés au point de vue botanique par M. Planchon, ne confirment pas de tout point cette hypothèse; ce savant croit qu'on a affaire à une plante non encore décrite appartenant au genre *Strychnos* ou du moins très-voisine de ce genre. Du reste, cette manière de voir prouverait seulement que différentes lianes de la même famille fournissent une même substance toxique, les unes au Brésil, d'autres dans les Guyanes, et d'autres encore dans la république de Vénézuéla.

Quelle que soit, du reste, l'origine du curare, ses effets toxiques sont toujours les mêmes : suppression de l'action des nerfs moteurs sur les fibres musculaires striées; respect, si ce n'est à très-haute dose, des filets nerveux du grand sympathique et des nerfs du cœur. Dès lors, il est possible de conserver la vie de l'animal en expérience en entretenant la respiration artificielle. « C'est un poison, dit Vulpian, qui agit sur ce point précis des nerfs où ceux-ci se mettent en rapport avec le tissu musculaire. Respectant les muscles à fibres lisses, les nerfs vaso-moteurs, les nerfs sécréteurs et de nu-

---

suivant, la Faculté se réunit pour s'opposer à la publication du livre, il était déjà imprimé, depuis treize jours, chez Gabriel Buon. *Achevé d'imprimer le* 22 *avril* 1575. Je traduis exactement le texte des *Commentaires*. Ce n'est pas un procès-verbal, mais de l'histoire, écrite de la main du doyen, qui était alors Etienne Gourmelen :

« Le 5 mai (1575), la Faculté a présenté au parlement une supplique où nous demandions que les œuvres d'Ambroise Paré, homme très-impudent (*impudentissimi*), très-inexpérimenté (*imperitissimi*) et surtout téméraire (*maxime temerarii*), ou en d'autres termes les livres inscrits sous son nom, ne fussent pas publiés avant d'avoir été examinés par la Faculté. Le parlement a répondu à la supplique en renvoyant le différend au conseil royal (*controversiam ad viros regios remisit*). Paré, appelé trois fois devant le conseil, fit enfin (*tertio tandem*) comparaître quelqu'un avec son procureur, et le conseil du roi renvoya de nouveau la cause au parlement (*viri regii causam rursus ad Senatum remiserunt*). »

Quelques semaines après, la Faculté croit devoir expliquer plus clairement ses droits et chercher à mettre les chirurgiens de son côté. Elle avait peur de ne pas gagner son procès. Sa cause n'était pas bonne.

« Le samedi 28 mai, la Faculté fut convoquée pour délibérer sur deux articles : le premier était le procès commencé contre Ambroise Paré, qui avait publié (*in lucem emiserat*) sous son nom un gros volume (*magnum quoddam volumen*) contenant plusieurs livres sur la médecine et sur la chirurgie, contrairement à l'arrêt du parlement par lequel il avait été décidé, le 2 mai 1535, que quiconque écrirait des livres de médecine ne pourrait les mettre en vente sans que la Faculté ait été consultée. Et comme cet Ambroise Paré, barbier, admis dans la Société des chirurgiens par l'autorité du roy, était absolument ignorant (*plane ignarus*), et qu'il ne connaissait ni le latin ni le grec, ni même les premiers éléments de la grammaire, la Faculté a cru devoir adresser au parlement une requête (*supplicem libellum*) par laquelle elle le

trition, il devient entre les mains du physiologiste un moyen de contention hors ligne. Nous verrons tout à l'heure s'il peut servir en thérapeutique.

Avant d'aller plus loin, il importe de revenir brièvement sur les expériences dont nous avons parlé plus haut.

En effet, des recherches de Cahours et de Jolyet, de Fraser, de Vulpian, il semble résulter que diverses autres substances agissent comme le curare, ce sont des corps contenant le radical éthyl ou le radical méthyl. Gubler a bien compris tout le parti que l'on peut tirer de ces recherches, et dès lors il est très-porté à considérer le curare comme un éthyl ou un méthylstrychnine, modification de l'alcaloïde de la fève de Saint-Ignace qui se produirait pendant la préparation même du curare. Reprenant une ancienne objection, il rappelle combien il est étrange de voir extraire de plantes de la même famille un poison paralysant, le curare, un poison convulsivant, la strychnine, et dès lors il cherche à expliquer par des modifications chimiques la différence de propriétés. Quelle que soit l'autorité du maître, son objection nous paraît insuffisante. Il n'est pas rare, on le sait, de voir des plantes très-voisines fournir des alcaloïdes dont les propriétés sont essentiellement différentes.

Le tabac et la belladone sont deux solanées des genres les plus rapprochés, et cependant que de différences entre la nicotine et l'atropine! Prenons un autre exemple plus démonstratif encore : le pavot renferme toute une série d'alcaloïdes qui sont aussi éloignés l'un de l'autre que la morphine qui endort et la thébaïne qui tétanise. On voit donc qu'il n'y a rien d'extraordinaire à voir deux alcaloïdes extraits de la famille des strychnées présenter entre eux un antidotisme au moins apparent. Dès lors nous sommes obligé de donner peu de valeur à l'hypothèse qui verrait dans le curare une modification chimique de la strychnine! c'est du reste un point qui sera facilement élucidé quand des chimistes mis en possession de la plante pourront extraire l'alcaloïde par des procédés permettant d'affirmer qu'il n'y a pas d'altération.

Cela ne veut pas dire que le curare n'est pas au moins du méthylstrychnine, car plusieurs expériences récentes semblent devoir établir que certains corps qui renferment le radical éthyl ou le radical méthyl agissent sur l'économie à la manière du curare. Parmi ces derniers on peut citer le méthyl ou l'éthylammonium, l'éthyl ou le méthylphosphonium. Cependant, il ne suffit pas que ces corps contiennent un radical méthyl ou éthyl, il faut que tous les atomes d'hydrogène soient remplacés par ce radical. Ce sont donc le tétraméthylammonium, le tétraéthylphosphonium qui agissent comme des curares.

Certainement de tels aperçus ouvrent un champ tout nouveau à la science; on peut dès lors espérer que dans un avenir prochain, la chimie aidant, on pourra les refaire par synthèse et remettre entre les mains du physiologiste et du médecin des corps agissants comme le curare et toujours identiques à eux-mêmes. En physiologie, on peut l'affirmer, ce sera là une conquête importante ; malheureusement rien ne prouve jusqu'ici qu'il en soit de même en thérapeutique.

Dès les recherches de Bernard il semblait que le curare, paralysant les muscles striés, était destiné à jouer un rôle dans la thérapeutique ; qu'il pouvait être employé avec avantage dans les affections où l'élément musculaire spasmodique avait un rôle dangereux. De plus, des expériences de Harley, de Londres, faites sur la grenouille, paraissaient démontrer qu'il y avait un antagonisme véritable entre le curare et la strychnine. De là à vanter le curare comme remède héroïque dans le tétanos, il n'y avait qu'un pas et il fut bientôt franchi. Malheureusement des essais faits en France et à l'étranger furent loin de donner des résultats satisfaisants et, si l'on obtint quelques succès, il faut bien reconnaître qu'ils ne sont pas plus nombreux que ceux qu'on observe dans les cas où le tétanos traumatique a été abandonné à lui-même sans traitement. Or la physiologie nous donne la raison de ces insuccès. Comment peut agir le curare dans le tétanos? en diminuant l'influence des nerfs moteurs sur les muscles striés, et par conséquent en supprimant une partie de la puissance de l'élément convulsif. Parmi les convulsions du tétanos, celles qui se passent dans les muscles respiratoires sont incontestablement les plus graves puisqu'elles peuvent amener l'asphyxie, c'est donc sur celles-ci qu'il faudrait surtout agir. Or les muscles de la respiration sont les derniers muscles striés touchés par le curare, et quand cette substance toxique agit sur eux, on se trouve juste à la limite de la mort apparente par cessation de la respiration spontanée. Il faudrait donc, pour obtenir des résultats utiles dans le tétanos, pousser la curarisation jusqu'à ce point et s'exposer à être obligé d'avoir recours à la respiration artificielle soit après trachéotomie, soit en introduisant un tube directement dans le larynx.

Dans de telles conditions nous demandons, avec M. Vulpian, quel serait le médecin assez osé en présence de l'incertitude des résultats pour pousser la curarisation jusque-là. Il nous semble comme à lui qu'on agit sagement en ne le tentant

---

priait d'ordonner que ces livres ne fussent pas vendus avant d'avoir été soigneusement examinés, comme le prescrivait l'arrêt. Le parlement aurait voulu (*communicari voluisset*) que toute l'affaire fût communiquée aux membres du conseil royal. Mais ces derniers, après avoir entendu les parties, renvoyèrent de nouveau le débat devant le parlement. La Faculté, émue de cet événement, a pensé que le collége des chirurgiens devait aussi faire une demande au parlement, et montrer quel inconvénient, au point de vue de la chirurgie, pourrait en résulter pour le public, et qu'alors il fallait en avertir les chirurgiens. Le second article était relatif à des demandes pour subir des examens (*supplicationibus*). »

La Faculté avait inutilement remué ciel et terre. « Le jeudi 14 juillet, disent les *Commentaires*, nous sommes en procès devant le parlement contre Ambroise Paré. La Faculté de médecine demandait au parlement que les livres publiés sous le nom d'Ambroise Paré fussent examinés par des docteurs en médecine nommés par elle, suivant l'arrêt du 2 mai 1535, avant de les mettre en vente. Les chirurgiens réclamaient aussi pour ce qui était relatif à la chirurgie. Le prévôt de la ville et les échevins, au nom de l'intérêt public (*reipub. nomine*), étaient d'avis de jeter au feu (*comburandos*) les livres d'Ambroise Paré, parce qu'ils contenaient beaucoup de choses contraires à l'intérêt public et aux bonnes mœurs (*contra rempublicam et contra bonos mores*). André Malezieu, chirurgien, réclamait comme siennes la plupart des théories qui se trouvaient dans les livres de Paré, lequel n'était qu'un plagiaire (*veluti a plagario repetebat*). Enfin, l'affaire étant entendue, l'arrêt du 2 mai 1535 fut confirmé et le débat retenu au conseil, en français *apoincté* au conseil. »

Ce qui fait que la Faculté conserva ses droits, et que l'ouvrage d'Ambroise Paré fut publié tel qu'il avait été imprimé le 22 avril 1575.

Il n'est pas besoin de redire, après J.-F. Malgaigne, comment la Faculté fut entraînée par son doyen Étienne Gour-

point: « Du reste, la question de l'emploi du curare dans le tétanos a perdu une grande partie de son intérêt, dit M. Vulpian, aujourd'hui que l'on a en mains un moyen thérapeutique évidemment plus efficace que le curare. Je veux parler du chloral hydraté. Ce nouvel agent est bien loin d'être un remède héroïque, et le nombre de guérisons qui peuvent lui être attribuées est très-restreint. Mais son utilité dans le tétanos traumatique paraît incontestable. Non-seulement il peut atténuer ou même faire cesser les crises spasmodiques sans engendrer des dangers auxquels exposerait une curarisation suffisante pour produire le même effet, mais encore, en abolissant la sensibilité par son action sur la moelle épinière, il peut s'opposer jusqu'à un certain point à l'influence pernicieuse qu'exercent sur les éléments propres de la moelle épinière les irritations émanées de la blessure qui a donné naissance aux accidents du tétanos. Je n'ai pas besoin de dire, ajoute le professeur, que le curare, qui respecte la sensibilité, ne peut exercer aucune action de ce genre. L'hydrate de chloral peut, en un mot, modérer la marche de la myélite parenchymateuse du tétanos; le curare, sous ce rapport, est tout à fait impuissant. »

H. CHOUPPE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DES VOIES AÉRIENNES PAR LES INHALATIONS DE VAPEURS MÉDICAMENTEUSES, par M. le docteur I.-F. GUILLEMIN.

(Suite. — Voyez le numéro 22.)

Emploi des inhalations dans les affections aiguës de la muqueuse des voies respiratoires. — C'est dans les affections de la muqueuse du larynx et des bronches bien plus que dans celles du parenchyme pulmonaire lui-même que les inhalations peuvent donner des résultats avantageux; cependant il faut réserver l'avenir : rien ne prouve en effet qu'on n'arrivera pas, grâce à cette méthode, à triompher, plus sûrement qu'on ne le fait par les moyens ordinaires, de certaines maladies des poumons dans lesquelles je n'ai pas encore eu, pour ma part, l'occasion de l'expérimenter avec succès.

Mais, en admettant même que l'on soit conduit par l'expérience à restreindre ses applications aux affections de la muqueuse des voies aériennes, ces affections sont encore assez nombreuses et parfois assez graves pour assigner à cette méthode une importance considérable.

Les inhalations peuvent être employées, soit pour procurer directement la guérison, soit pour atténuer ou faire cesser certains symptômes pénibles ou certaines complications survenues pendant le cours de ces affections. En d'autres termes, les inhalations sont tantôt un moyen curatif et tantôt un moyen auxiliaire de traitement. Dans certaines affections de la muqueuse des voies aériennes ce qui fait le danger de la maladie, ce n'est pas l'altération anatomique elle-même, ce sont les conséquences de cette altération; ainsi, par exemple, dans certaines bronchites, si la vie des malades est en péril, ce n'est pas parce que la muqueuse des bronches est enflammée, mais parce que cette inflammation a pour résultat la sécrétion d'une matière visqueuse, épaisse, qui obstrue les canaux bronchiques et s'oppose à l'hématose.

Au début de l'inflammation aiguë la muqueuse des voies aériennes subit des modifications qui portent à la fois sur son aspect extérieur et sa structure; ces modifications sont les suivantes :

1° La muqueuse prend une couleur rouge disposée tantôt uniformément, tantôt par places isolées; cette coloration est le résultat, soit d'une simple turgescence des vaisseaux, soit de la formation de petites ecchymoses.

2° La muqueuse est œdématiée et plus friable que dans l'état normal. Le gonflement, lorsqu'il porte sur la muqueuse des bronches de très-petit calibre, peut suffire pour en amener l'occlusion.

3° La surface de la muqueuse est *sèche*, dépolie, quelquefois légèrement granuleuse.

Ces altérations sont les mêmes, quelle que soit la partie des voies respiratoires affectée d'inflammation, qu'il s'agisse d'une laryngite, d'une trachéite ou d'une bronchite.

La *sécheresse* de la muqueuse est le phénomène caractéristique de cette période de l'inflammation; c'est en même temps une circonstance qui ne manque pas d'importance au point de vue pratique. La muqueuse est sèche, non pas seulement parce que, pendant cette période, elle ne fournit aucun produit de sécrétion morbide, mais parce que la sécrétion du mucus normal est elle-même tarie ou tout au moins considérablement diminuée.

La plupart des sensations pénibles éprouvées par les malades pendant cette période, sensation de brûlure, de déchirement douloureux au niveau des parties affectées, quintes de toux, etc., sont une conséquence de l'irritation et de l'état de sécheresse de la muqueuse; tous ces symptômes diminuent ou disparaissent aussitôt que, par suite de la marche naturelle de la maladie, la première période cède la place à la deuxième que j'appellerai *période de sécrétion muqueuse*.

Il faut remarquer que l'introduction de l'air froid dans les

---

melen à cette poursuite inutile. [Voy. ch. XII, XIV et XVI de la troisième partie de l'Introduction, p. CCLXXV, CCLXXXIII, CCXCI; ou bien *Réplique à une apologie publiée sous le nom de M. Ambroise Paré..., par B. Compérat, de Carcassonne* (qui n'est autre que Gourmelen), p. 7, 11, 12, 32, 38, 39, 47 (*Bibl. nat.*, Td 72, 12). J'y renvoie M. Chéreau, qui semble être peu au courant de la question.]

PREMIÈRE ÉDITION. — De quoi se compose donc ce magnifique in-folio de 945 pages, sans compter la table, l'avis au lecteur et la dédicace à Henri III? Le titre : ŒUVRES DE M. AMBROISE PARÉ, *conseiller et premier chirurgien du roy..., le tout divisé en 26 livres... A Paris, chez Gabriel Buon*, 1575, manque dans l'exemplaire de la Faculté. Après une Introduction ou voye pour parvenir à l'étude de la chirurgie (42 pages), les quatre premiers livres comprennent l'anatomie avec ses figures. C'est une réédition exacte avec les mêmes bois qui ont servi, non pas à la BRIÈVE COLLECTION DE L'ADMINISTRATION ANATOMIQUE (1550), mais à la partie anatomique de la MÉTHODE CURATIVE DES PLAIES ET FRACTURES DE LA TESTE HUMAINE (1561), et à l'ANATOMIE UNIVERSELLE DU CORPS HUMAIN, même année (voy. *Gaz. hebd. de méd.*, 1878, n° 8). Le cinquième livre (*Des fièvres*, p. 205) est nouveau. Les quatre livres suivants (p. 228 à 357), contrairement à ce que croyait Malgaigne, ne se trouvaient pas dans les CINQ LIVRES DE CHIRURGIE publiés en 1572; ce sont les tumeurs contre nature et les plaies récentes et sanglantes, en général et en particulier. La plus grande partie de ces livres, sauf les plaies et tumeurs de la tête, est nouvelle. Les autres livres (X à XXIV, p. 357 à 851), plus de la moitié du volume par conséquent, avaient paru déjà dans : 1° LA MANIÈRE DE TRAICTER *les playes faites tant par hacquebutes que par flèches*, etc....., *par Ambroyse Paré, maistre barbier chirurgien à Paris*, 1552. Nouvelle édition de LA MÉTHODE *de traicter les playes faites par hacquebutes et autres bâtons à feu et celles qui sont faites par flèches, dards et semblables; aussi des combustions généralement faites par poudre à*

voies aériennes, toutes les fois que leur muqueuse est affectée d'inflammation, est une cause de malaise et d'aggravation de la maladie.

Les indications du traitement palliatif découlent tout naturellement des considérations qui précèdent; elles peuvent être formulées de la manière suivante :

L'air froid étant nuisible, il faut l'échauffer avant de lui donner accès dans les voies respiratoires ; on doit en conséquence faire séjourner les malades dans une atmosphère tiède ; il faut en second lieu charger l'air de vapeurs aqueuses chaudes afin de diminuer la sécheresse de la muqueuse ; on doit d'ailleurs se conduire comme on le fait à l'égard des autres muqueuses enflammées lorsqu'elles sont accessibles aux applications locales ; on les recouvre de topiques émollients, tièdes, additionnés de substances narcotiques, stupéfiantes ; c'est en pareille circonstance un des meilleurs moyens sinon de guérir, au moins de soulager. Eh bien, grâce à la méthode des inhalations, les mêmes applications peuvent être faites à la surface de la muqueuse des voies respiratoires. Les inhalations qui conviennent le mieux sont celles que l'on fait avec les vapeurs provenant d'une infusion de plantes aromatiques, telles que la plupart des labiées et certaines ombellifères : sauge, romarin, menthe, mélisse, camomille, sureau, etc. On peut ajouter à l'infusion une petite quantité d'une substance calmante volatile : éther, eau distillée de laurier-cerise, ciguë.

Suivant la remarque de Martin-Solon, sous l'influence de l'inhalation des vapeurs chaudes, « une sensation chaude et agréable a lieu dans la poitrine, la sécrétion muqueuse augmente, l'expectoration devient plus facile, des sueurs abondantes ont lieu assez souvent. » D'après le même auteur, dans le catarrhe sec accompagné d'une toux fréquente et fatigante, l'inhalation d'une décoction de belladone calme plus aisément les accidents qu'une simple décoction émolliente.

Ce fait pourrait trouver son explication dans la composition de la belladone qui, d'après Gubler, contient un alcaloïde volatil, la *belladonine*, distinct de l'*atropine*.

Pour pratiquer l'inhalation de ces différentes substances, un appareil spécial n'est pas indispensable ; il suffit de faire placer la bouche du malade au-dessus d'un vase contenant l'infusion qui fournit les vapeurs médicamenteuses et de l'engager à faire de grandes inspirations; peut-être cependant l'emploi d'un appareil est-il préférable, parce que l'air introduit dans les poumons est alors plus chargé de vapeurs médicamenteuses.

Ces inhalations ne constituent qu'une médication palliative, elles diminuent l'irritation et font disparaître la sécheresse de la muqueuse; par suite, elles ont pour effet de calmer la toux et de faire cesser la sensation de déchirement douloureux que les malades ressentent dans la région sternale, mais il ne faut leur demander rien de plus.

Cependant, lorsque l'inflammation porte sur d'autres muqueuses, on ne se borne pas toujours à une médication palliative ; on a la prétention d'arrêter quelquefois l'inflammation dans sa marche et de la faire rétrograder par l'application sur les parties malades de différentes substances, des astringents en particulier. Il était donc naturel de chercher si, parmi les substances volatiles, il n'y en aurait pas quelques-unes qui, employées en inhalations, dès le début de l'inflammation, auraient le pouvoir de la faire avorter.

Or, certaines essences, et en particulier l'essence de térébenthine, sont douées d'une action astringente manifeste, quoique moins énergique que celle des astringents minéraux.

D'après Gubler (*Commentaires thérapeutiques du Codex*), « l'action constrictive de l'essence de térébenthine sur les vaisseaux capillaires sanguins en fait un des meilleurs hémostatiques, et la plupart des *eaux hémostatiques* ont pour base une solution d'essence de térébenthine ». J'avais donc de bonnes raisons pour essayer les inhalations de cette essence, à titre de *médication curative*, dans l'inflammation de la muqueuse des voies aériennes, et j'ai obtenu des résultats très-avantageux.

Il ne faut pas se laisser arrêter par la crainte de l'action irritante de cette essence ; cette action, très-réelle lorsqu'elle est appliquée à l'état liquide, ne se manifeste plus lorsque, réduite à l'état de vapeur et mélangée avec une certaine quantité d'air, elle est, par ce fait même, dans un état de très-grande division ; elle a perdu alors son action irritante, ne conservant plus que son action astringente à laquelle seule doivent être attribués ses bons effets dans l'inflammation aiguë des voies respiratoires.

On peut employer également, au même titre que l'essence de térébenthine, une infusion de bourgeons de sapin ou de baies de genièvre.

Si l'inflammation affecte les petites bronches en totalité (je ne parle pas seulement des bronches capillaires, mais aussi des bronches de troisième et de quatrième ordre), le gonflement peut être tel qu'il en résulte des symptômes inquiétants et en particulier une très-grande gêne de la respiration ; ce gonflement persiste jusqu'à ce que l'inflammation passe à la période de sécrétion muqueuse ; si donc cette période tarde à s'établir, les accidents peuvent acquérir un haut degré de gravité.

J'ai observé plusieurs cas de ce genre dans lesquels les inhalations de *vapeurs d'iode* ont rapidement conjuré les accidents en déterminant le passage de la première à la deuxième période.

Obs. I. — Un jeune soldat du 4ᵉ bataillon de chasseurs à pied entre à l'hôpital de Versailles le 19 septembre 1873. Depuis deux

---

canon, composé par Ambroyse Paré, maistre barbier chirurgien à Paris, chez Vivant Gaulterot, 1545. 2° Dix livres de chirurgie, *avec le magasin des instruments nécessaires à icelle, par A. Paré, premier chirurgien du roy et juré à Paris*, 1564. 3° Le Traicté de la peste, *de la petite vérolle et rougeolle, avec une briève description de la lèpre*, 1568. 4° Cinq livres de chirurgie : 1° *Des bandages ;* 2° *Des fractures ;* 3° *Des luxations, avec une apologie touchant les harquebusades ;* 4° *Des morsures et piqueures venimeuses ;* 5° *Des gouttes. A Paris, chez André Wechel*, 1572, in-8 de 470 pages, avec figures, dédié au très-puissant et très-chrestien roy de France, Charles neufième de ce nom. C'est le seul livre d'Ambroise Paré qui ait échappé aux recherches vigilantes de Malgaigne. Depuis, la Bibliothèque nationale en a acquis un exemplaire fort bien conservé. 5° Deux livres de chirurgie : I. *De la génération de l'homme...* — II. *Des monstres, tant terrestres que marins, avec leurs portraits, plus un petit traité des plaies faites aux parties nerveuses. A Paris, chez Wechel*, 1573. Le vingt-cinquième livre (p. 851, *De la faculté et vertu des médicaments simples, ensemble de la composition et usage d'iceux*) et le vingt-sixième (p. 907, *Des distillations*) sont nouveaux, ainsi que les *Aphorismes et canons* de la chirurgie, qui suivent, avec le *Traité des rapports et du moyen d'embaumer les corps morts*, lequel ne comptait pas encore pour un livre.

On voit, d'après cette énumération, que la Faculté avait de quoi exercer son droit de censure sur le livre des fièvres d'abord et sur les autres livres nouveaux qui touchaient à la médecine. Elle ne manqua pas de viser aussi les traités de la génération et des monstres, qu' « il avait écrit un peu irrévéremment ». C'est même pour cela, et non pas pour les « nombreuses gravures montrant des sujets d'anatomie et de chirurgie pratique, et par conséquent des nudités », comme le dit à tort M. Chéreau, que le prévôt et les échevins de Paris le déclarèrent contraire aux bonnes mœurs. On peut lire maintenant à la Bibliothèque nationale une petite pièce

jours il éprouve une grande gêne de la respiration, il a de la toux *sans expectoration*, aucune douleur de poitrine. La sonorité est partout normale; partout aussi le bruit respiratoire est masqué par des râles sibilants et ronflants extrêmement nombreux; absence complète de râles humides.

Inhalation d'iode de dix minutes le 19 au soir; seconde inhalation le lendemain matin.

A la visite du 20, le malade accuse spontanément un soulagement très-prononcé; il y a eu un peu d'expectoration muqueuse, les râles sonores se font encore entendre dans toute l'étendue de la poitrine, mais ils sont cependant moins nombreux et l'on trouve quelques râles humides (sous-crépitants) disséminés. Une inhalation d'un quart d'heure est faite le soir, une autre, de la même durée, le lendemain de bonne heure.

A la visite du 21, je constate : absence presque complète de dyspnée, expectoration muqueuse assez abondante; les râles sonores se font encore entendre en avant, mais ils ont complètement disparu à la partie postérieure de la poitrine où l'on trouve comme la veille quelques râles sous-crépitants.

Les inhalations sont continuées jusqu'au 24 inclus.

Le 25, il n'y a plus aucune gêne respiratoire ; les râles sonores ont complétement disparu, quelques râles sous-crépitants en arrière à droite. Expectoration muqueuse peu abondante.

Le 30, la guérison est complète.

OBS. II. — Un soldat du 85e de ligne entre à l'hôpital de Versailles le 23 septembre 1873; il est malade depuis deux jours; je le trouve dans l'état suivant : très-grande difficulté de la respiration, efforts considérables pour faire pénétrer l'air dans la poitrine, teinte légèrement asphyxique des mains, de la face et des lèvres.

Toute la région antérieure du thorax est uniformément bombée et forme une voussure considérable qui, au dire du malade, n'existait pas avant l'invasion de la maladie actuelle; sonorité exagérée, *tympanique*, de toute cette région antérieure, absence de matité précordiale.

On n'entend pas le bruit respiratoire qui est masqué par des râles vibrants (sibilants et ronflants) très-nombreux, surtout à l'expiration. En arrière, sonorité exagérée à la partie latérale et inférieure droite dans une assez grande étendue, à gauche, dans une étendue moindre. A l'auscultation mêmes râles qu'à la région antérieure du thorax. Battements du cœur sourds, profonds, pouls petit, fréquent, dépressible.

Absence complète d'expectoration.

Je formule le diagnostic suivant : *bronchite généralisée étendue jusqu'aux bronches de quatrième ordre, avec gonflement considérable de la muqueuse et peut-être aussi rétrécissement spasmodique des tuyaux bronchiques. Dilatation inspiratoire permanente des alvéoles pulmonaires dans une grande étendue des deux poumons.* Prescription : Huit ventouses scarifiées sur les parois du thorax. Potion avec 5 centigrammes d'extrait de belladone. Une inhalation de vapeur d'iode.

Le 24, moins de dyspnée. Les autres symptômes sont les mêmes que la veille. Prescription : Trois inhalations d'iode d'environ un quart d'heure chacune. Continuer la potion.

Le 25, la dyspnée a considérablement diminué, les râles sont beaucoup moins nombreux; on entend un peu le bruit respiratoire; la nuit a été bonne. Expectoration muqueuse encore peu abondante.

Le 26, l'état du malade s'est encore amélioré; je supprime la potion de belladone pour continuer seulement les inhalations d'iode.

Le 27, la respiration s'entend bien, les râles sonores ont presque complètement disparu, on ne trouve que quelques râles muqueux; matière de l'expectoration constituée par un mucus incolore, non visqueux et peu abondant. La dyspnée a presque complètement cessé; la partie antérieure de la poitrine, qui était bombée et saillante en avant, s'est un peu affaissée; il y a cependant encore de l'exagération de la sonorité. Prescription : trois inhalations d'iode par jour d'un quart d'heure chacune.

Le 30, état très-satisfaisant, absence complète de dyspnée, presque pas de râles, expectoration muqueuse peu abondante; le malade peut être considéré comme guéri.

On n'a pas établi jusqu'à présent avec une très-grande précision les différences qui existent entre les altérations anatomiques de la muqueuse des voies aériennes à la première et à la deuxième période de l'inflammation aiguë; mais ce que nous observons pour d'autres muqueuses accessibles à la vue, et, d'autre part, l'étude attentive des symptômes, lorsque la maladie à son siège dans les bronches d'un petit calibre, nous autorise à croire que, dans la deuxième période, l'état de turgescence des vaisseaux et le gonflement de la muqueuse sont moindres que dans la première période; toutefois le changement le plus important, celui qui caractérise essentiellement le passage à la deuxième période, c'est l'apparition d'un produit de sécrétion liquide à la surface de la muqueuse. Ce produit paraît n'être autre chose que le mucus qui lubrifie à l'état sain la muqueuse des voies respiratoires, dont la sécrétion serait notablement augmentée. Ses caractères ne sont pas toujours identiquement les mêmes : tantôt il est constitué par un liquide aqueux, transparent, d'une faible consistance, mélangé d'air et présentant l'apparence d'une écume à bulles plus ou moins fines; c'est ce qu'on nomme les crachats spumeux. Quelquefois la matière de l'expectoration est plus visqueuse, adhérant légèrement au vase et contenant néanmoins de l'air, comme dans le cas précédent. Dans d'autres cas enfin, le produit de sécrétion présente une consistance plus grande encore: il est filant, ressemblant à une solution faible de gomme et ne contient pas d'air.

Ces différents produits ne conservent pas longtemps leur transparence; après un jour ou deux ils se troublent et prennent une teinte un peu louche, opaline, qu'ils conservent dans certains cas sans changement jusqu'à la terminaison de la maladie. Parfois, au contraire, le trouble augmente graduellement d'intensité, les crachats prennent un aspect de plus en plus opaque en même temps qu'ils deviennent d'une couleur jaune ou jaune verdâtre, ce qui indique que la ma-

---

(Td 72, 5) qui ne s'y trouvait point du temps de Malgaigne, puisqu'il n'en parle pas :

RESPONSE DE M. AMBROISE PARÉ, *premier chirurgien du roy, aux calomnies d'aucuns médecins et chirurgiens, touchant ses œuvres.*

Elle est adressée à Messeigneurs de la cour.

« Messieurs, il y a plus de trente ans que j'ay faict imprimer plusieurs traictez de la chirurgie, auxquels non-seulement personne ne s'était opposé, mais, au contraire, ont esté receus de chacun avec faveur et applaudissement, qui m'a faict penser que si je les recueillais en un corps, je ferais chose très-agréable au public. Ce que par moi exécuté, et avec frais incroyables, comme je pensais leur faire voir le jour, voicy, messieurs, les medecins et chirurgiens se sont opposés pour les obscurcir et esteindre, non pour autre raison, que pour ce qu'il sont mis en nostre langue vulgaire, et ce en termes fort intelligibles; car ceux là craignaient qu'un chacun de ceux es mains desquels tels livres parviendraient, s'estimant assez garnis de conseil pour se gouverner en ses maladies, ne daignast les appeler. Et ceux-ci se doutant que les barbiers recevraient pleine instruction par la lecture de mes dites œuvres de toutes les opérations de la chirurgie, ne vinssent à manier le baston aussi bien qu'eux, et par ce moyen les empiéter. Au reste, les uns et les autres en général piqués de hayne volontaire, envie et jalousie de voir Ambroise Paré en quelque réputation d'homme bien entendu en son estat; et pour donner couleur à leur faict, ont démembré d'emblée quelques demi-sentences de mes œuvres, prises des anciens autheurs, mis en françois par eux-mêmes. Pensant par tel moyen abuser de votre bonté pour rendre ma cause plus odieuse. Par quoy, pour leur respondre, j'ai voulu mettre ce mot d'écrit en avant, pour me servir comme de salvation; afin aussi de leur donner à entendre que j'ay de quoi payer. Vous suppliant, messieurs, de penser que c'est toute autre chose de traicter de la civilité des mœurs, en philosophe moral, pour l'instruction de la tendre jeunesse, et autre chose de parler des matières natu-

tière de l'expectoration subit, par une transition insensible, la transformation purulente.

Si la distinction est facile entre la première période et la deuxième, l'une étant caractérisée par la sécheresse, c'est-à-dire l'absence de sécrétion de la muqueuse, l'autre par la formation d'un produit de sécrétion, par contre il n'est pas possible de dire à quel moment précis la deuxième période fait place à la troisième, caractérisée par la sécrétion purulente; la transition se fait graduellement, par un progrès continu, mais on ne doit considérer la troisième période comme définitivement établie que lorsque la matière de la sécrétion, *examinée à l'œil nu*, est devenue manifestement purulente.

Dans la période de sécrétion muqueuse la douleur est toujours moindre et la toux moins pénible que dans la période d'inflammation sèche; il n'y a plus cette sensation de déchirement et de cuisson qui existait au début de la maladie.

Lorsque la sécrétion muqueuse est médiocrement abondante, lorsqu'elle n'est pas trop consistante et lorsqu'il n'existe aucune complication, la maladie ayant à ce moment une tendance naturelle à la guérison, l'attitude du médecin doit être purement expectante, son intervention active est inutile.

Il n'en est plus ainsi lorsque les produits de sécrétion deviennent extrêmement abondants; les efforts que le malade est obligé de faire pour rejeter ces produits peuvent déterminer une déperdition de forces assez considérable pour qu'il soit menacé d'insuffisance respiratoire, parce qu'il ne peut plus suffire à l'expectoration.

Chez les individus très-affaiblis, en particulier chez les très-jeunes enfants et chez les vieillards, il n'est même pas nécessaire que les produits de sécrétion se forment en très-grande abondance pour qu'on ait à craindre de les voir s'accumuler dans les voies aériennes et produire les accidents de l'insuffisance respiratoire. Par suite de leur faiblesse même ces malades se trouvent placés dès le début dans les mêmes conditions que les individus dont les forces s'épuisent à rejeter des produits de sécrétion d'une abondance excessive.

Chez les malades dont il est ici question, la bronchite aiguë généralisée, même lorsqu'elle n'envahit pas les bronches capillaires, est loin d'être une affection bénigne.

Pendant mon séjour à l'Hôtel des Invalides, j'ai vu succomber à la bronchite généralisée un assez grand nombre de vieillards; la sécrétion bronchique devenait tout à coup tellement abondante et se reproduisait avec une telle rapidité qu'ils ne parvenaient pas à s'en débarrasser par l'expectoration; ils essayaient bien, faisaient de violents efforts, rejetaient quelques crachats, mais ces efforts ne tardaient pas à épuiser leurs forces, et alors la matière de la sécrétion s'accumulant de plus en plus amenait l'anoxémie progressive et la mort, sans que l'inflammation se fût étendue au parenchyme pulmonaire.

A l'autopsie, nous trouvions les bronches complètement remplies jusque dans les divisions de quatrième ordre par un produit muco-purulent épais et adhérent à la muqueuse; il y avait un état de collapsus général du tissu du poumon.

Rien ne pouvait empêcher la mort: ni le kermès, ni l'ipéca à dose nauséeuse, ni l'émétique, ni les vésicatoires, ni le vin et les toniques. Tous ces moyens étaient *constamment* insuffisants. Je suis convaincu aujourd'hui que des inhalations d'iode, ou peut-être d'une solution faible d'ammoniaque, auraient pu avoir chez ces malades une influence favorable et prévenir dans certains cas la terminaison fatale.

C'est surtout lorsque l'inflammation s'est étendue à toutes les ramifications de l'arbre aérien, lorsqu'elle a gagné les bronches capillaires, que l'expectoration devient fort difficile, d'abord parce que, dans ce cas, le produit de sécrétion est presque nécessairement très-abondant, par suite de l'étendue des surfaces affectées d'inflammation, et pour une autre raison encore, qui est la suivante : les petites bronches, les bronches capillaires surtout, ne parviennent que très-difficilement à se débarrasser des exsudats par lesquels elles sont obstruées, parce que plus on se rapproche du parenchyme pulmonaire, plus est faible le courant d'air qui doit détacher ces exsudats et les pousser vers le dehors.

En outre, les bronches capillaires, étant dépourvues d'anneaux et même de nodules cartilagineux, sont comprimées par les efforts de toux, aussi bien que le tissu du poumon lui-même; elles peuvent être obstruées par cette compression en deçà des points où siégent les exsudats; il en résulte que les efforts d'expectoration ne peuvent suffire à les vider, à moins que ces exsudats n'aient une très-faible consistance, et c'est précisément le contraire qu'on observe le plus souvent.

En effet, le produit de sécrétion des bronches capillaires affectées d'inflammation se présente généralement sous la forme de concrétions qu'on pourrait prendre à première vue pour des pseudo-membranes, mais qui résultent en réalité d'un simple épaississement de la sécrétion. Par suite de la difficulté de l'expectoration, ce produit séjourne longtemps dans les bronches capillaires : telle est peut-être la véritable raison de sa grande consistance.

Toutes les fois que la difficulté de l'expectoration est la conséquence de l'excès de consistance ou de viscosité de la matière de la sécrétion, l'indication est précise, quelles que soient les bronches affectées. Il faut se hâter d'employer les moyens propres à la fluidifier.

Ce résultat peut être obtenu par des inhalations faites avec un certain nombre de substances irritantes. Ce sont encore les *vapeurs d'iode* qui, dans les cas de ce genre, m'ont donné les meilleurs résultats; leur action est rapide et

---

relles en vray médecin et chirurgien pour l'instruction des hommes jà tous faicts. »

Ambroise Paré, prenant ensuite un à un les différents passages incriminés, y répond d'une manière victorieuse. Cette réponse, assez salée, a toute la verve et l'aisance de Rabelais.

La petite pièce conservée à la Bibliothèque est sans date; mais l'indication des pages de la première édition des œuvres d'Ambroise Paré prouve suffisamment qu'elle a paru pendant le procès de 1575.

André Malezieu (Malesius), que M. Chéreau appelle Malaisé, a osé crier au plagiat, parce que dans les livres nouveaux (*Des tumeurs contre nature* et *Des playes*) se trouvaient des sujets déjà traités dans le *Synopsis chirurgiæ* de Gourmelen, dont il avait donné une traduction française en 1571. (Les deux premiers livres, qui forment à eux seuls presque tout l'ouvrage, portent justement le même titre : I. *Des tumeurs contre nature.* — II. *Des playes.*) Or, il n'y avait de commun, évidemment, que ce que l'un et l'autre avaient emprunté à Tagault, qui lui-même avait pris à Guy de Chauliac et autres. Malgaigne a relevé avec beaucoup de soin (*loc. cit.*, p. CCCXXXV et suivantes) les nombreux emprunts faits par A. Paré à ses prédécesseurs jusqu'à Hippocrate, auxquels il n'a pas fait plus de tort « qu'une chandelle qui s'allume à une autre chandelle ». Mais A. Paré n'a pas copié; il a tout arrangé à sa manière. Si bien que les menées de la Faculté contre l'ouvrage du premier chirurgien du roi ne pouvaient réussir et furent sans effet; ainsi, contrairement au dire de M. Chéreau, nous avons les œuvres de maître Ambroise Paré dans toute leur originalité première.

Deuxième édition. — Après sa fâcheuse tentative, la Faculté dut se calmer, et Paré y compta bientôt plus d'amis que parmi les chirurgiens. On trouve à la date du mardi 10 avril 1576, toujours sous le décanat d'Estienne Gourmelen (huitième volume des *Commentaires*) : « Dans la même séance, maître Nonantheuil entretient la Faculté au sujet d'un procès devant le parlement entre le collége des chirurgiens et Ambroise

sûre, pourvu qu'elles puissent pénétrer jusqu'aux bronches malades.

C'est que, en effet, cette pénétration, qui se fait sans difficulté lorsque la maladie affecte des bronches assez volumineuses, devient, au contraire, bien difficile et quelquefois tout à fait impossible lorsqu'elle intéresse les petites bronches, plus ou moins obstruées par le produit de sécrétion. Aussi ne faudra-t-il pas s'étonner si les inhalations se montrent impuissantes à fluidifier les produits de sécrétion contenus dans les bronches de quatrième ordre.

Il est à peine nécessaire de dire que, si les inhalations changent les caractères du produit de sécrétion, ce n'est pas en agissant directement sur lui, mais en exerçant une modification sur la muqueuse elle-même.

Il est probable que l'iode détermine un certain degré d'irritation de la muqueuse, d'où résulte la formation d'une certaine quantité de liquide d'une faible consistance; celui-ci, en se mélangeant avec le produit de sécrétion muco-purulent, en diminue la consistance en même temps qu'il en facilite la séparation d'avec la surface de la muqueuse.

Il ne faudrait pas conclure de là que l'irritation soit le seul mode par lequel se manifeste l'influence de l'iode sur la muqueuse respiratoire malade; nous verrons, au contraire, dans la suite de ce travail, que les vapeurs d'iode, à en juger par certains des résultats thérapeutiques que nous en avons obtenus, paraissent exercer sur la muqueuse, en outre de leur action irritante, une autre action d'une nature tout à fait spéciale pour laquelle elles ne pourraient pas être suppléées par d'autres vapeurs irritantes.

Le passage de l'inflammation de la deuxième à la troisième période se fait, ainsi que nous l'avons vu, par une transition insensible; le produit de sécrétion morbide, d'abord constitué par un mucus transparent, de consistance variable, contient un peu plus tard une petite quantité de globules purulents disséminés dans la masse, dont ils ne suffisent pas à troubler la transparence et qu'on reconnaît seulement avec l'aide du microscope; puis, peu à peu, ces globules deviennent plus abondants, et la présence du pus se reconnaît alors facilement à l'œil nu; un peu plus tard enfin la matière de l'expectoration est entièrement purulente; assez souvent cependant les crachats sont constitués par un mélange de pus et de mucus, le premier formant des stries plus ou moins déliées d'un jaune pâle, lesquelles proviennent manifestement des bronches de petit calibre. Ce mélange indique que l'inflammation est arrivée à la troisième période dans certaines bronches et s'est arrêtée dans les autres à la deuxième.

La présence des stries peut fournir des renseignements importants au diagnostic, leur diamètre étant en rapport avec le calibre des bronches dans lesquelles elles se sont formées.

Les crachats fournis exclusivement par les grosses bronches se reconnaissent à leur aspect; chacun d'eux forme une masse muco-purulente homogène et ne présente aucune trace de stries jaunes.

Le volume des râles humides est également en rapport avec l'aspect des crachats; lorsqu'il existe des stries on trouve constamment des râles sous-crépitants plus ou moins fins, tandis que, dans le cas contraire, on ne trouve que des râles muqueux à grosses bulles.

La gravité de la maladie et l'intensité des accidents sont, dans cette période, en rapport non-seulement avec l'*étendue* et le *siége* de l'inflammation, mais aussi avec la *consistance*, et, ce qui n'est pas tout à fait la même chose, avec la *viscosité* des produits de sécrétion.

En ce qui concerne l'*étendue*, l'affection peut occuper l'arbre bronchique en totalité, ou bien elle peut être limitée à quelques-unes de ses parties; elle peut occuper les bronches qui se rendent soit à un poumon, soit à un lobe pulmonaire, à l'exclusion de toutes les autres divisions de l'arbre bronchique; la bronchite capillaire elle-même peut être ainsi limitée, contrairement aux opinions généralement répandues; j'en ai vu pour ma part d'assez nombreux exemples.

Il faut reconnaître toutefois que ce sont là des faits exceptionnels, au moins en ce qui concerne cette dernière affection, laquelle a malheureusement une trop grande tendance à envahir les bronches capillaires dans leur totalité.

En ce qui concerne le *siége*, il y a lieu de faire la distinction entre les cas où la maladie occupe les bronches capillaires, ceux où elle occupe seulement les grosses bronches, et enfin ceux où elle occupe les bronches intermédiaires, c'est-à-dire celles de troisième et de quatrième ordre.

En ce qui concerne la matière de la sécrétion, il peut se faire qu'elle présente une assez grande consistance, mais sans être visqueuse ni adhérente; elle peut être, d'autre part, en même temps très-consistante et visqueuse.

Toutes ces distinctions ont une grande importance au point de vue pratique; ce sont elles qui fournissent les principales indications de traitement en même temps que les éléments du pronostic.

Dans les cas où l'inflammation est limitée aux grosses bronches, il est difficile que la matière de la sécrétion, quels qu'en soient les caractères, puisse arriver à en obstruer le calibre dans un assez grand nombre de points pour apporter une entrave sérieuse à l'hématose. Les efforts d'expectoration parviennent assez facilement à la rejeter au dehors, ou bien elle s'applique aux parois des bronches sans empêcher l'air de circuler dans leur intérieur. Cependant les produits de sécrétion se forment quelquefois avec une telle rapidité et deviennent alors si abondants que les malades peuvent n'avoir pas la force de les expectorer au fur et à mesure de leur forma-

---

Paré, dont le débat public devait avoir lieu le lendemain. Il pensait que notre avocat (*patronum*) devait être averti de ce procès, afin que si les défenseurs (*eorum patroni*) causaient quelque préjudice à la Faculté de médecine, il eût alors, au nom de la Faculté, à demander au parlement de ne rien décréter qui pût porter atteinte à ladite Faculté, sans l'avoir entendue. Ce qui fut adopté à l'unanimité. » (*Noster patronus etiam nomine Facultatis senatum moveret ut nihil in ejusdem Facultatis præjudicium decernere ipsa inaudita, quod omnium suffragiis confirmatum fuit.*)

On ne sait ce qui advint de ce procès avec les chirurgiens, et Paré y resta probablement fort indifférent. Il n'aimait pas les querelles. Au milieu de ses nombreuses occupations à la cour, il préparait une nouvelle édition de ses œuvres, revues et augmentées, qu'il devait présenter à la censure de la Faculté. On se rappelle que l'arrêt du 2 mai 1535 avait été confirmé. Il avait ajouté à ses œuvres un nouveau livre, *Des animaux et de l'excellence de l'homme*, et pour être agréable aux médecins il avait supprimé le livre des fièvres, qu'il avait « transporté et accommodé » au livre des tumeurs contre nature. Mais revenons aux *Commentaires*. Au verso du feuillet 98, le doyen Claude Rousselet a écrit de sa main : « Le samedi 5 du mois d'avril (1578), après le service divin, M. Ambroise Paré, premier chirurgien du roy, par l'intermédiaire de M. Lusson, a prié (*supplex rogavit*) l'école de médecine, mettant de côté la contestation survenue entre nous, il y a deux ans, au sujet de la publication de son livre, de faire subir à ce livre la censure publique de notre école de médecine. Après avoir été examiné mûrement, il serait ensuite publié (*in lucem posthac ederetur*), avec des corrections approuvées par la Faculté tout entière réunie en assemblée générale. La demande de cet homme ayant ainsi paru à tous conforme au décret du parlement et aux principes de l'équité, on convient que l'examen de ce gros livre, contenant un énorme travail (*haud exiguæ molis maximique laboris*), serait confié à quelques-uns de nos docteurs, qui pourraient

tion, de telle sorte que ces produits s'accumulent dans les bronches.

En outre, par suite de son abondance même, cette sécrétion morbide est une cause d'épuisement pour les malades, comme toute sécrétion purulente excessive. L'indication capitale est dans ce cas, tout en soutenant les forces des malades, de chercher à diminuer la quantité du produit de sécrétion en modifiant l'état de la muqueuse. C'est un résultat qu'on peut obtenir par les inhalations de *substances balsamiques* ou d'*essence de térébenthine*.

La même indication se présente plus souvent encore dans les cas de bronchite suppurée étendue à la généralité des bronches de troisième et de quatrième ordre, mais, pour les raisons déjà indiquées plus haut, elle est incomparablement plus difficile à remplir. Une cause quelconque d'affaiblissement survenant dans ces circonstances peut avoir des conséquences funestes en déterminant l'accumulation des produits de sécrétion dans les canaux aériens et, par suite, les phénomènes de l'anoxémie: on peut bien, il est vrai, provoquer l'expulsion de ces produits par les vomitifs et les moyens dits expectorants, mais c'est un mince succès si l'on ne parvient pas en même temps à diminuer l'abondance de la sécrétion, d'autant plus que les vomitifs ont le grave inconvénient d'augmenter la faiblesse déjà si grande du malade.

Il n'est pas douteux cependant qu'il y a tout avantage à provoquer l'expectoration, si faire se peut, mais à la condition que les moyens mis en usage n'aient pas en même temps des effets débilitants.

Il faut donc, dans les cas de ce genre, remplir les trois indications suivantes :

1° Rendre de la force au malade;

2° Provoquer l'expulsion des produits de sécrétion accumulés dans les bronches;

3° Diminuer la formation de ces produits.

Je n'ai pas à insister sur les moyens de remplir la première indication; ils ne ressortissent pas à la méthode des inhalations; ce sont l'alimentation, lorsqu'elle est possible, les toniques, les stimulants, les médicaments dynamophores, etc.

Pour remplir la seconde indication, je ne connais pas de meilleurs moyens que les inhalations de vapeurs irritantes, telles que celles d'acide acétique, d'iode, d'ammoniaque. Les vapeurs d'iode sont celles qui m'ont donné, pour satisfaire à cette indication spéciale, les meilleurs résultats.

Comme je l'ai déjà mentionné plus haut, on remplit la troisième indication, celle qui consiste à diminuer la formation du produit de sécrétion, au moyen des inhalations de vapeurs balsamiques ou d'essence de térébenthine. Je dois ajouter, toutefois, que si ces inhalations diminuent la quantité des produits de sécrétion, elles en augmentent en même temps la consistance, d'où la nécessité de surveiller attentivement les effets de ces inhalations, lorsque la maladie affecte les petites bronches.

C'est alors qu'on obtient de bons résultats en faisant alterner les inhalations d'iode avec celles d'essence de térébenthine.

L'inflammation de la muqueuse des voies aériennes n'arrive guère à la troisième période lorsqu'elle s'étend à la généralité des bronches capillaires; les malades meurent d'anoxémie à la deuxième ou même à la première période. Quelquefois cependant la formation du pus a lieu d'une manière hâtive; l'évolution de la maladie se fait rapidement, et l'on trouve alors l'arbre aérien rempli, dans toute son étendue, de mucopus plus ou moins mélangé d'air.

Lorsque ce produit n'a pas une trop grande consistance, les malades peuvent encore quelquefois résister à l'anoxémie en se débarrassant des crachats qui obstruent leurs bronches; mais ces cas sont exceptionnels, parce que le plus souvent le produit de sécrétion présente une très-grande consistance et peut même, ainsi que nous l'avons vu souvent, prendre l'aspect de concrétions pseudo-membraneuses. Cet excès de consistance, joint au défaut de résistance des parois des bronches capillaires et à la faible intensité du courant d'air qui les traverse pendant les efforts de toux, rend bien difficile l'expulsion de ces produits.

Peut-être parviendrait-on à la faciliter en les fluidifiant par des inhalations de vapeurs irritantes, mais ces vapeurs pénétreraient-elles jusqu'aux bronches capillaires, ne seraient-elles pas arrêtées par les produits de sécrétion qui obstruent ces dernières? Telle est la question; je ne me hasarderai pas à y répondre, n'ayant pas d'expérience personnelle en ce qui concerne les inhalations dans la bronchite capillaire; mais je crois qu'il y aurait lieu d'essayer, en raison surtout de l'extrême gravité de la maladie et de l'inefficacité bien constatée des ressources de la thérapeutique usuelle.

Il peut arriver, même dans les cas où les lésions sont limitées aux grosses bronches, que la grande viscosité de la matière qui constitue les crachats n'en permette l'expectoration que par des efforts disproportionnés avec les forces du malade, sans qu'il y ait d'ailleurs à craindre en aucune façon l'insuffisance respiratoire; dans ce cas encore, il est indiqué de faire des inhalations avec les substances déjà signalées comme jouissant de la propriété d'augmenter la fluidité de la matière de la sécrétion.

La *bronchite aiguë suppurée*, même lorsqu'elle ne menace pas directement l'existence, est une affection dont la guérison spontanée se fait assez longtemps attendre, et qui souvent présente de la tendance à passer à l'état chronique; il y a donc tout intérêt à la guérir le plus rapidement possible; on y parvient encore par les inhalations de vapeurs d'iode, sous l'influence desquelles on voit la matière de l'expectoration

---

et voudraient y consacrer (*collocare*) leur soin, qu'ils se formeraient une opinion (*de eo quid sintirent*) et qu'ils feraient ensuite un rapport fidèle à toute l'école, qui donnerait son avis et ajouterait en quelque sorte sa petite pierre. C'est ainsi que la mission de lire ce livre et de l'examiner avec soin a été acceptée par MM. Liebault, Marescot, Duval, La Mer, Haultin, Courtin, Martin, Lusson, Rebours, Hérou, qui tous avertis par moi, ouvertement et publiquement, de conserver toujours la dignité et l'autorité publique de notre ordre, d'en montrer l'utilité et d'en soutenir les intérêts, promirent d'agir, dans cet office, de façon que toute sorte de bonne foi, d'attention, de convenance, et surtout ce qui regarde la stabilité, l'intégrité, l'honneur, l'agrément et l'utilité de la profession médicale, dans tous ses droits, ne laissât rien à désirer. »

Qu'advint-il de toutes ces belles paroles? Les *Commentaires* le disent au feuillet 102. Au bout de quatre mois, « le lundi 11 du mois d'août (1578), tous les docteurs furent convoqués *per juramentum*, dans les écoles supérieures, pour entendre le rapport des dix hommes choisis qui avaient reçu la mission d'examiner le livre écrit sous le nom d'Ambroise Paré, premier chirurgien du roy. Mais d'après ces dix hommes, dont quelques-uns manquaient, il est convenu que tous déclareraient, devant l'école assemblée, leur jugement sur ce livre, après avoir apposé chacun sa signature au bas du rapport; qu'enfin l'école déciderait un jour (*aliquando*) quelle autorité (*quid et quantum authoritatis*) serait accordée à l'auteur de ce livre. En attendant, les dix hommes sont avertis que les différents traités de cet ouvrage distribués par l'école à chacun d'eux, pour examiner s'ils doivent être approuvés, seront présentés ouvertement et publiquement (*palam et publice*) à toute l'école, afin que leur censure (*illorum castigatione*) demeure bien établie, et que ces traités ne soient pas publiés autrement que corrigés par eux (*quam sicut ab iis emendati fuerunt*). »

Le projet n'était assurément pas facile à exécuter. Les *Com-*

perdre graduellement son aspect purulent et devenir de plus en plus muqueuse. Quelques inhalations d'essence de térébenthine sont parfois nécessaires pour achever la guérison et pour tarir complétement la sécrétion morbide.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

SUR L'INFLUENCE DU PNEUMOGASTRIQUE ET L'ACTION DE LA DIGITALINE SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR CHEZ LES SQUALES. Note de M. *Cadiat*. — Certains squales, entre autres la roussette (*Scyllium canicula*, H. D.), conservent longtemps après la mort une excitabilité nerveuse excessive et en même temps des battements du cœur très-intenses, qui persistent dix ou douze heures après tout mouvement spontané. Ces animaux ont paru à l'auteur offrir des conditions très-favorables pour étudier l'action du pneumogastrique et l'effet de la digitaline.

Action du pneumogastrique. — 1° Les battements du cœur, qui dans les cas de respiration artificielle où l'on a placé les squales s'élèvent à dix ou onze par minute, augmentent rapidement après la section d'un des pneumogastriques ou des deux, ou la destruction de la moelle allongée, pour s'élever jusqu'à vingt-huit ou trente dans le même espace de temps.

2° Si l'on coupe le pneumogastrique entre le crâne et l'origine des rameaux branchiaux, et qu'on excite le bout périphérique, on obtient aussitôt l'arrêt du cœur en diastole, quel que soit le mode d'excitation. L'excitation du bout central n'influe en rien sur les mouvements du cœur.

3° Le pneumogastrique donnant après sa sortie du crâne autant de rameaux qu'il y a de rayons branchiaux, l'action d'arrêt sur le cœur est d'autant plus énergique qu'on fait porter l'excitation sur une partie du tronc principal comprenant un plus grand nombre de ces rameaux. Avec un seul filet branchial, on a de la peine à arrêter le cœur. Celui qui paraît avoir le plus d'action est le nerf de la troisième branchie.

4° Quand l'excitabilité du pneumogastrique s'épuise, son excitation n'arrête pas le cœur.

Action de la digitaline. — Les expériences avec la digitaline confirment, mais avec des caractères d'une évidence incontestable, les résultats obtenus par M. Bröhm et par M. Vulpian. Contrairement à Traube, qui pensait que la digitale agit sur le cœur par l'intermédiaire du système nerveux, M. Vulpian reconnaît que la digitaline, ainsi que l'*upas antiar*, est un poison du cœur agissant directement. Voici la conclusion à laquelle M. Cadiat est arrivé.

1° Sur une roussette (*Scyllium canicula*), j'ai, dit l'auteur, ouvert le péricarde, coupé un pneumogastrique. Le cœur bat vingt-cinq fois par minute. Quelques gouttes d'une solution de digitaline sont versées sur le cœur. Les mouvements de cet organe s'accélèrent d'abord, mais les diastoles diminuent peu à peu; le cœur paraît s'enfoncer dans le péricarde. Brusquement il s'arrête en systole dans une sorte d'état tétanique et l'excitation électrique ne peut rappeler aucun battement. Mais l'animal n'a pas pour cela cessé de vivre; plongé dans un bassin, le cœur étant absolument immobilisé, il fait encore pendant plus d'une demi-heure des mouvements natatoires.

2° Sur un autre de ces squales je répète la même expérience; mais, au lieu de couper le pneumogastrique, je détruis le bulbe. Cette mutilation accélère encore les battements du cœur, qui deviennent aussi fréquents que si le pneumogastrique était coupé. Quelques gouttes de digitaline sont versées dans le péricarde. Le cœur continue à battre, puis brusquement s'arrête en systole. Les mouvements spontanés persistent encore.

3° Je coupe le pneumogastrique gauche un jour, le lendemain celui du côté droit. L'excitation d'un des nerfs n'arrête plus le cœur, ce qu'il faut sans doute attribuer à l'action accélératrice du nerf symétrique sectionné. Une forte dose de digitaline est alors injectée dans le péritoine; puis, un quart d'heure après, j'ouvre le péricarde. Le cœur bat vingt-six à trente et une fois par minute; mais les diastoles se réduisent peu à peu; subitement le cœur s'arrête en systole. Le système nerveux est encore excitable, car l'animal plongé dans l'eau exécute des mouvements natatoires.

4° Sur un autre de ces squales, je commence par faire une forte injection sous-cutanée de digitaline. Dix minutes après, le pneumogastrique et le cœur sont mis à nu. Le cœur est absolument immobilisé en systole; or, à ce moment, l'excitation du nerf amène progressivement une dilatation et une réplétion excessive du cœur. Comme on pourrait attribuer cette réplétion du cœur à l'influence des contractions musculaires, je fais passer un courant le long de la moelle, qui détermine des efforts violents, mais sans amener de dilatation du cœur.

Conclusion. — La digitaline, donnée aux animaux en proportion toxique, agit comme poison du cœur. Elle agit directement sur cet organe en déterminant, comme l'ont déjà vu plusieurs auteurs, une tétanisation du ventricule et une diastole de l'oreillette. Elle n'a pas d'action sur les centres nerveux, ni sur les nerfs périphériques, ni sur les muscles.

SUR UN CAS DE TRICHINOSE OBSERVÉ CHEZ UN JEUNE HIPPOPOTAME DU NIL, MORT EN CAPTIVITÉ. Note de M. *E. Heckel*.— Cet animal est mort le 10 mai au Jardin zoologique de Marseille; il était souffrant depuis son débarquement d'Egypte, quatre mois auparavant. Des furoncles se développèrent, puis devinrent des plaies ulcérées. A l'autopsie, des trichines furent découvertes dans le tissu musculaire. La nourriture, au Jardin zoologique, était très-surveillée. On n'alimentait l'animal que de lait de vache mêlé de farine et de quelques herbes fraîches ou de légumes. Mais on ne sait rien de précis ni sur son origine exacte, ni sur son âge, ni sur le mode d'alimentation qu'il avait subi durant sa captivité au Caire et à Alexandrie.

---

mentaires sont muets sur ce qui se passa au sein de la Faculté. Mais il est probable qu'on ne put s'entendre, et la deuxième édition, achevée d'imprimer le 8 février 1579, parut avec ce titre : ŒUVRES D'AMBROISE PARÉ..., divisées en 27 livres....., reueuz et augmentez par l'auteur....., 1105 pages. Le traité des animaux, qui forme le premier livre, n'a que 29 pages. Le vingt-septième est celui des rapports et des moyens d'embaumer les corps morts. Dans l'Avis au lecteur, quelques justes reproches sont ajoutés à l'adresse des chirurgiens et des médecins. « Je sçay bien toutesfois » que les chirurgiens qui me deuoyent prester la main, pour » me souleuer le menton, de peur que je n'allasse au fond de » l'eau, m'ont voulu plonger la teste, pour me faire noyer, » m'ont voulu rendre odieux au magistrat civil, à l'ecclé- » siastique et au populaire, n'ont laissé pierre à remuer, » pour me faire chopper s'ils pouvoyent..., car la bonté de » ma cause m'asseurait tout, et l'iniquité de leur faict me » donnait telle deffiance de leur parti, que le cœur me crois- » sait de iour en iour, pour avancer mon desseing, etc.

. . . .

» Les médecins disoyent que i'avois passé les bornes et » limites de la chirurgie, et principalement en traictant des » fieuvres. Or ie leur demanderois volontiers qui a faict le » partage de la médecine et de la chirurgie? Et où aucun en » seroit faict, qui sont ceux qui se sont contentés de leur part, » sans quelque entreprise sur l'autre? Car, etc. »

C'est donc absolument le contraire de la conclusion de M. Chéreau qui est la vérité. Et l'on peut dire en reprenant son texte : Fort heureusement! le grand et noble chirurgien ne fut pas vaincu dans cette guerre acharnée qui lui était livrée. Par l'intermédiaire de Guillaume Lusson, nullement attaché à la cour (il était docteur régent depuis quatre ans à peine), Ambroise Paré présenta son livre à la censure de la Faculté. On sait très-bien que les dix commissaires nommés par les médecins pour l'examiner ne donnèrent aucun coup de ciseaux dans les pages de ce dernier. Il est donc certain

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie les comptes rendus des épidémies observées en 1878 dans les départements de la Lozère, des Hautes-Alpes, de la Haute-Savoie, des Basses-Alpes, de la Nièvre et de l'Ariége.

L'Académie reçoit : 1° Un rapport sur le service de la médecine cantonale dans le département de la Sarthe, par M. le docteur *Morderet*. — 2° Un travail intitulé : *Projet de statistique mensuelle des causes de la mortalité en France*, par M. le docteur *Bloch*.

M. *Laboulbène* présente une observation, avec pièce anatomique à l'appui, de distomes hépatiques expulsés avec un tænia, à la suite de l'administration d'un purgatif, par une femme de la campagne, chez laquelle il n'y avait pas d'influence héréditaire, mais qui avait l'habitude de boire à une mare d'eau stagnante voisine de son habitation.

M. *Alphonse Guérin* présente, au nom de M. le docteur *Duménil*, une brochure intitulée : *Exposé des résultats des grandes amputations pratiquées dans une période de douze ans, dans la deuxième division chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*.

M. *Oulmont* présente, au nom de M. le docteur *Logerais*, médecin-inspecteur de Pougues, une brochure intitulée : *Traitement du catarrhe de la vessie par les eaux de Pougues*.

M. *Maurice Perrin* présente, au nom de M. *Poulet*, médecin aide-major, un volume intitulé : *Traité des corps étrangers en chirurgie*.

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE. NOUVELLE THÉORIE DE LA RESPIRATION. — M. *Pasteur* présente à l'Académie, en son nom, un travail intitulé : *Examen critique d'un écrit posthume de Cl. Bernard sur la fermentation*.

Dans ce travail M. Pasteur expose une théorie nouvelle de la respiration, fonction qu'il considère non comme une combustion, mais comme une fermentation dans laquelle les cellules anaérobies, c'est-à-dire vivant sans le secours de l'oxygène libre, joueraient le principal rôle.

M. Pasteur rappelle en outre un fait récent relatif à la septicémie puerpérale. L'orateur a demandé à M. Feltz de lui envoyer une petite quantité du sang d'une femme morte à Nancy d'une affection puerpérale infectieuse. Ce sang contenait des bactéridies charbonneuses avec lesquelles on a pu inoculer des animaux qui ont succombé au charbon. M. Pasteur en conclut que cette femme, qui habitait près d'une écurie, a contracté le charbon, maladie dont l'incubation a été fort longue en raison de l'état de grossesse.

RAPPORTS. — M. *Devilliers* donne lecture, au nom de la commission de l'hygiène de l'enfance, du rapport officiel sur les récompenses à décerner aux meilleurs travaux adressés à cette commission.

Les conclusions de ce rapport doivent être lues en comité secret.

M. *Larrey* demande que la question des tours, abordée par l'auteur du rapport, soit discutée par l'Académie, de façon à pouvoir donner une opinion qui peut lui être demandée d'un jour à l'autre par le Gouvernement ou les Chambres.

M. *Depaul* demande que le rapport soit discuté avant de mettre les conclusions aux voix.

M. *le Président* décide que le rapport sera imprimé et discuté dans une autre séance.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lagneau sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Sur une forme non décrite du charbon chez l'homme. — Anus contre nature de la région ombilicale. — Sur l'immobilisation et la mobilisation des articulations malades. — Cysticerque de la langue.

La correspondance comprend : 1° La thèse de M. *Avezou : De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales, avec quelques considérations sur la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts*, 2° *De la gastrostomie*, par M. *H. Petit;* 3° Une brochure de M. *Eustache : L'opération césarienne aux États-Unis*, analyse de cent observations recueillies pendant les dix dernières années; 4° Une note de M. *Dubreuil*, sur un procédé de suture déjà employé à la clinique par M. Houel et M. Nélaton. Une bande de toile munie d'agrafes est fixée de chaque côté de la plaie au moyen du collodion; un fil de caoutchouc conduit dans les agrafes sert à rapprocher les deux lèvres de la plaie.

— M. *Nicaise* fait un rapport sur un travail de M. *Millet : Sur une forme non décrite du charbon, observée chez l'homme*. Le mal siége exclusivement aux doigts, surtout à la face dorsale. On remarque une petite tumeur faisant saillie sur les parties voisines et ordinairement ombiliquée; elle contient de la sérosité, jamais du pus. Cette élevure est indolente. M. Millet en a recueilli 16 cas en douze ans, contre 55 pustules malignes. Treize fois on a pu remonter à l'origine du mal : inoculation par une coupure ou une piqûre d'os.

A la suite de l'inoculation, une tache rose paraît d'abord, puis une papule. M. Millet excise la papule et applique le caustique de Vienne. Les malades ont guéri. Il ne s'agit, d'après lui, ni de l'œdème malin, ni de la pustule maligne. Dans un cas, la guérison fut spontanée.

La pustule maligne a des caractères physiques bien variables, et le pronostic varie également. Les pustules malignes sans bactéridies (Maunoury, Toussaint) guérissent assez faci-

---

que l'ouvrage imprimé doit être tout à fait pareil à l'ouvrage manuscrit, et que, sur les œuvres d'Ambroise Paré, la main de la Faculté n'a pas réussi à s'appesantir.

Dr E. TURNER.

(*A suivre.*)

LES INTERNES DES ASILES D'ALIÉNÉS. — Les internes des asiles d'aliénés étaient, jusqu'à présent, choisis par simple faveur administrative; M. Hérold, préfet de la Seine, vient de décider qu'il ne serait désormais nommé dans ces asiles aucun interne n'ayant pas subi les épreuves d'un concours régulier. Une commission a été chargée, par arrêté préfectoral, de donner son avis sur le programme et les conditions du concours de ce nouvel internat.

Cette commission est composée de MM. les docteurs Béclard, Ball, Billod, Espiau de Lamaëstre, Dagonet, Magnan, Pozzi.

EXPOSITION ANTHROPOLOGIQUE DE MOSCOU. — L'exposition anthropologique de Moscou vient de s'ouvrir. Un premier Congrès en langue russe a été tenu à cette occasion. Au mois d'août aura lieu le Congrès international, auquel l'Université de Moscou a invité un grand nombre de savants étrangers. Le ministre de la guerre a prêté pour cette exposition anthropologique un vaste manége qui a été converti en jardin planté de fougères gigantesques, de végétaux fossiles, et rempli d'animaux antédiluviens. Sur de petites montagnes dont l'âge est indiqué par des coupes géologiques artificielles, on a représenté des *fac-simile* de tumuli, puis à côté les types des différentes races humaines et de remarquables spécimens crâniologiques et anatomiques.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret en date du 9 juin 1879, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur et des cultes, M. le docteur Thulié, membre du Conseil municipal de Paris, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, en remplacement de M. Lauth, démissionnaire.

lement; la recherche des bactéridies devrait trancher la question entre la pustule pseudo-charbonneuse et la pustule charbonneuse (Raimbert). On admet aussi que le siége de la pustule influe beaucoup sur les caractères du mal. L'affection charbonneuse en général paraît plus bénigne aux doigts. Il faut attendre de nouvelles recherches pour affirmer la nature charbonneuse de l'affection si bien étudiée par M. Millet, et surtout rechercher l'existence ou la non-existence des bactéridies.

— M. *Farabeuf* a été chargé de rendre compte d'une pièce présentée à la Société de chirurgie par M. *Motte* (de Dinan). Il s'agit d'un anus contre nature de la région ombilicale avec invagination d'une partie de l'intestin.

Un enfant naquit le 31 août 1878 avec une hernie à l'ombilic; M. Motte fut appelé quinze jours après la naissance; il constata un anus contre nature. L'intestin avait été compris probablement dans la ligature du cordon. Le bout supérieur laissait écouler des matières; le bout inférieur ne put être retrouvé. M. Motte fit une cautérisation et appliqua un bandage compressif. La tumeur disparut presque complétement. Mais, après une nuit de cris et d'insomnie, la tumeur reparut; l'enfant mourut quelques jours après.

D'après l'examen de la pièce, voici ce qui a dû se passer : une partie du calibre de l'intestin a été pincée par la ligature du cordon et s'est sphacélée; il s'est ensuite formé un éperon, et enfin une double invagination.

M. *Terrier*. Quand l'intestin est pincé au moment de la ligature du cordon, on a dit que c'était un diverticule de l'intestin qui était pincé; d'où l'explication d'un seul orifice et la continuation des selles.

— M. *Verneuil* continue la lecture de son mémoire sur l'immobilisation et la mobilisation des articulations malades, et termine par les conclusions suivantes :

L'immobilité prolongée modifie incontestablement les articulations saines, mais ne porte d'atteinte profonde ni à la forme ni à la structure de leurs parties constituantes, ni par conséquent à leur fonctionnement.

Il n'existe pas dans la science un exemple authentique d'ankylose produite dans une articulation saine par le seul fait de l'immobilité. Les cas invoqués jusqu'ici sont passibles d'une tout autre interprétation. En revanche, on connaît de nombreux exemples d'articulations condamnées à une longue immobilité et ayant conservé néanmoins leur intégrité anatomique et physiologique.

Les maladies articulaires ont souvent comme conséquence la diminution, la suspension ou l'abolition des mouvements. Cette suppression fonctionnelle est temporaire ou définitive : dans ce dernier cas, l'ankylose a des causes multiples intrinsèques ou extrinsèques qui suffisent amplement à en donner l'explication sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'immobilité.

L'inflammation occupe certainement le premier rang parmi ces causes; or, comme il est absolument démontré que l'immobilisation est un moyen antiphlogistique par excellence, il est illogique de penser qu'elle produit précisément des effets dont elle combat si efficacement les causes.

Si, dans certains cas, l'immobilisation contribue à produire l'ankylose, ce n'est pas celle que le chirurgien met en œuvre au moyen des appareils, mais celle qui est due à la contracture des muscles péri-articulaires. Autant cette dernière, que M. Verneuil appelle *active*, favorise et même provoque les désordres articulaires, autant la première qui est *passive* est puissante contre ces désordres. Il y a donc une distinction capitale à faire entre ces deux espèces d'immobilisation.

L'ankylose d'ailleurs, loin de se produire dans toutes les affections articulaires, n'en constitue certainement qu'une rare terminaison; exceptionnelle dans les arthropathies strumeuses, un peu plus fréquente dans les synovites rhumatismales mono-articulaires, elle est surtout à craindre dans les arthrites suppurées et traumatiques; mais aucune variété n'y donne fatalement naissance.

La crainte fort exagérée de l'ankylose a fait commettre aux praticiens deux fautes graves : la suppression trop prompte de l'immobilisation passive, et la reprise prématurée des mouvements articulaires.

La mobilisation consécutive aux arthropathies est de deux sortes : artificielle ou mécanique, exécutée à l'aide de manœuvres diverses et d'appareils variés; ou bien naturelle, physiologique, ayant pour agents les muscles excités par la volonté ou tout autre moyen.

La première, que les ankylophobes emploient presque exclusivement, est admissible quand il s'agit de rectifier les attitudes vicieuses des membres et de traiter les ankyloses confirmées; mais elle doit être rejetée comme inutile, impuissante ou dangereuse, lorsqu'on veut la faire servir à prévenir l'ankylose.

La seconde, au contraire, est d'une extrême utilité quand elle intervient en temps opportun; avec le temps elle arrive à restaurer d'une manière remarquable les fonctions articulaires.

M. Verneuil termine en disant que l'immobilisation artificielle d'une part, et la mobilisation naturelle de l'autre, sont les deux agents principaux de la thérapeutique des arthropathies, l'une combattant les lésions anatomiques, l'autre assurant la restauration physiologique. On peut aider la première par différents moyens adjuvants topiques ou pharmaceutiques et hygiéniques; on favorise la seconde par l'électrisation des muscles péri-articulaires pratiquée même pendant la période d'immobilisation, pour prévenir la dégénérescence.

Combattre l'inflammation est la meilleure manière de prévenir l'ankylose; en fait de moyens chirurgicaux proprement dits, M. Verneuil ne connaît guère que l'extension continue et, dans les cas extrêmes, la résection préventive.

La discussion du travail de M. Verneuil est renvoyée à un mois.

— M. *Lannelongue* communique une observation curieuse. Le 10 avril 1879, on lui amena un enfant de deux ans et demi qui, depuis un mois, portait dans la langue une tumeur du volume d'un pois chiche. La tumeur, qui était indolente, siégeait sur le côté droit de la ligne médiane vers la pointe de l'organe. M. Isnard (de Saint-Denis) et M. Lannelongue diagnostiquèrent un kyste.

Le 26 mai, l'enfant fut chloroformé; incision sur la face inférieure de la langue; énucléation de la tumeur; guérison.

M. *Malassez* examina le kyste et y reconnut la présence d'un cysticerque. Pas d'autre tumeur sur le reste du corps. Toutes les fois qu'une tumeur liquide est située au milieu des fibres musculaires et n'est pas enflammée, il faut songer à un kyste hydatique (Denonvilliers).

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 7 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

Correspondance. — Sécrétion de la sueur au niveau de la pulpe digitale des chiens et des chats : M. Vulpian. — Ethers mono-atomiques et diatomiques : M. Rabuteau. — Reproduction du cristallin et de l'humeur vitrée chez les animaux jeunes : M. Philippeaux. — Système circulatoire des mollusques et des céphalopodes : M. Cadiat. — Action du salicylate de soude sur le système circulatoire : M. Oltramare. — Mouvements spontanés et provoqués de certains végétaux : M. P. Bert. — Présentation de pièces.

Après la lecture du procès-verbal par M. Budin, M. *Laborde* dépose sur le bureau, au nom de leurs auteurs, qui en font hommage à la Société, une brochure de M. Delaunay, et la thèse de M. Ch. Avezou. Ce dernier ouvrage a pour titre : *De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des*

troncs nerveux du bras. C'est une excellente étude clinique des accidents éloignés, autres que la paralysie, qui peuvent accompagner les lésions nerveuses, à laquelle l'auteur a joint d'intéressantes considérations sur la distribution des nerfs collatéraux des doigts.

— M. *Bochefontaine,* au nom de M. *Vulpian,* présente quelques considérations sur la sécrétion de la sueur au niveau de la pulpe digitale des chiens et des chats. Quand on coupe un sciatique et que l'on excite le bout périphérique, la sudation se produit dans la patte correspondante; si l'on excite le bout central, la sécrétion s'accroît dans les trois autres membres. Cette sécrétion est toujours alcaline.

M. Bochefontaine fait remarquer en outre qu'il a souvent cherché, sans succès, à provoquer la sudation chez des chiens et des chats, à l'état jeune et adulte, surtout au niveau des pattes : Le jaborandi, le nitrate de pilocarpine ont produit leurs effets habituels, sauf la sudation. Ne serait-ce pas là un effet de la pression constante des pattes sur le sol?

M. *Mathias Duval* demande à M. Bochefontaine s'il a étudié les glandes sudoripares de la patte du chien et du chat. Pour lui, ces glandes sont toujours très-petites, comme si elles étaient en voie de développement. C'est peut-être là ce qui explique l'absence de la sudation.

— M. *Rabuteau* présente des considérations d'ordre chimique sur les éthers mono-atomiques et diatomiques.

— M. *Gréhant,* au nom de M. *Philippeaux,* présente un œil de cochon d'Inde qui, après avoir été complétement vidé, il y a six mois, offre aujourd'hui le même volume que l'œil du côté sain. D'où M. Philippeaux conclut que le cristallin et l'humeur vitrée peuvent se reproduire chez les animaux jeunes; et en considérant que le cochon d'Inde, après le retour du volume normal de son œil mutilé, avait repris ses habitudes, allait et venait comme si de rien n'était, il conclut que la fonction est rétablie.

M. *Bert* fait remarquer que ce retour de la fonction pourrait bien n'être pas aussi réel qu'on le dit, et exprime le désir de pouvoir examiner l'œil présenté pour savoir si le cristallin et l'humeur vitrée sont réellement régénérés.

— M. *Cadiat* communique le résultat de recherches qu'il a faites récemment sur le système circulatoire des mollusques et des céphalopodes, et montre à l'appui de sa description les dessins de ses préparations. Pour lui, le système lacunaire auquel on a fait jouer un rôle dans l'appareil sanguin de ces animaux n'existe pas. Il n'y a pas de lacunes, car on retrouve partout les cellules endothéliales régulièrement continues; c'est surtout aux injections de nitrate d'argent que M. Cadiat doit la constatation de cette disposition. Ce qui en a imposé pour des lacunes, c'est une série de petites dilatations sur le trajet des capillaires. Mais ces dilatations sont partout construites de la même façon que les capillaires. Il y a donc des capillaires plus ou moins tortueux et dilatés, plus ou moins déformés, mais il n'y a pas de lacunes.

M. *Cadiat* rapporte, en outre, quelques observations qu'il a faites sur la contractilité des vaisseaux de la seiche, et qui paraissent favorables à la théorie du péristaltisme qu'avait invoquée Ch. Legros.

— M. *Oltramare* rapporte des expériences faites dans le laboratoire de M. le professeur Chauveau à Lyon, sur l'action du salicylate de soude sur le système circulatoire. Il indique qu'il a constamment noté d'abord une excitation initiale du cœur, puis au bout d'un certain temps la dépression artérielle. Ces résultats ne sont pas sensiblement modifiés par la section préalable des pneumogastriques. Cette communication est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. Bochefontaine et Laborde. Ce dernier fait observer que l'action des salicylates sur la sensibilité a été complétement passée sous silence.

— M. *Paul Bert* expose de nouvelles recherches qu'il vient de faire sur les mouvements spontanés et provoqués de certains végétaux, tels que la sensitive, à l'occasion de critiques dont il vient d'être l'objet de la part de M. Syragusa. M. Bert maintient le résultat de ses premières études, et fait remarquer que les résultats contradictoires de M. Syragusa sont dus tout simplement à ce que ce dernier opérait sur des fleurs (des soucis) qui mouraient au bout du premier jour, après avoir exécuté seulement un mouvement; par conséquent la paralysie dont elles sont frappées est imputable, non à l'action de l'anesthésique (éther), mais à la mort. Il est facile de constater la mort des fleurs, au moyen de certaines altérations qui se produisent au niveau des tiges et des ligula.

M. Bert expose quelques recherches sur l'action du grisou comme anesthésique. Cette action, à laquelle quelques personnes ont cru, est nulle.

Le même auteur parle encore des résultats actuels obtenus au moyen du protoxyde d'azote, comme anesthésique chirurgical. Il insiste sur la brusquerie du début du sommeil, et sur le réveil immédiat dès que l'appareil inhalateur est enlevé.

— M. *Variot* présente le cerveau et une partie du crâne d'un sujet qui a succombé dans le service de M. le professeur Gosselin, deux jours et demi après s'être tiré un coup de revolver dans l'oreille droite. La balle avait détruit une portion de la face antéro-supérieure du rocher, où elle était restée logée; la dure-mère était déchirée en ce point, et des esquilles projetées par la balle étaient venues se loger à la face inférieure du lobe sphéroïdal du cerveau, en la réduisant en bouillie; cet état de trituration remontait environ jusqu'au plancher du ventricule latéral. Le malade n'a pas eu de paralysie, ni à la face, ni aux membres. Il est mort brusquement suffoqué, probablement par compression du cerveau, par un épanchement sanguin de la base au voisinage de la lésion. Une demi-heure avant la mort, la pupille droite s'était dilatée.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Des fièvres paludéennes du bas Danube, par M. K. Dehio.

Les endémies des pays riverains du bas Danube sont peu connues, mieux toutefois que ne paraît le croire l'auteur, qui ne cite que les médecins militaires russes des armées expéditionnaires de 1838 et 1852. Or ces derniers sont un peu sujets à caution, n'ayant vu le pays qu'en courant : témoin C. Witt dont on connaît la funeste erreur; il confondait la peste à bubons avec les fièvres du pays. L'auteur trouvera dans Hirsch les noms de ceux qui se sont occupés de ce sujet spécial jusqu'en 1856, et dans Canstatt les écrivains plus modernes et plus importants ayant observé à Bucharest même. Quoi qu'il en soit, le travail assez étendu de Dehio ne manque pas d'intérêt. A un point de vue général, on peut dire que peu de questions ont été aussi obscurcies par les écrivains de cabinet que celle de la fièvre dacique ou moldo-valachique; tous acceptant le fond paludéen de l'affection, mais le combinant, soit avec le typhus des armées ou la fièvre typhoïde, soit avec la peste ou d'autres maladies infectieuses. Or les observations de Dehio démontrent jusqu'à l'évidence qu'il ne s'agit dans tous les cas que de fièvres paludéennes. Les observateurs de l'Algérie reconnaîtraient dans ces cas le type un peu effacé de l'endémie africaine, avec une légère prédominance des phénomènes intestinaux, mais l'idée ne leur viendrait pas, certainement, de considérer l'affection comme une entité morbide nouvelle. Fièvres intermittentes des divers types, fièvres rémittentes, fièvres pernicieuses comitées ou solitaires, toutes ces formes se retrouvent dans la description de l'auteur avec leur marche et leurs

symptômes classiques, et avec l'indication des températures prises plusieurs fois pendant la journée. Plusieurs observations sont consacrées à la fièvre solitaire automnale dont on connaît l'extraordinaire ressemblance avec la fièvre typhoïde. Dehio a constaté cette similitude ainsi que l'insuccès de la quinine. Il me paraît aller un peu loin en croyant que le diagnostic est possible au moyen du thermomètre; que ne l'a-t-il fait alors qu'il restait embarrassé et perplexe pendant des semaines entières devant ses malades? En théorie, ce diagnostic paraît facile : il n'en est pas de même en pratique, tous ceux qui ont vu ces fièvres peuvent l'affirmer.

Après avoir ainsi éclairé l'histoire de la fièvre dacique par des observations exactes et de nombreuses courbes de températures, l'auteur signale les complications qui peuvent survenir dans le cours de la maladie et étudie la marche de la cachexie consécutive. Pour ce qui concerne les complications, il n'y en a pas qui n'aient été signalées par les pyrétologistes. L'observation V est même un exemple de faits qui deviennent de plus en plus rares : fièvre comitée (comateuse) *sans élévation de la température*. On comprend que l'esprit ne doive admettre ces faits que sous une foule de réserves, l'observation dont il s'agit ne nous paraît pas suffisante pour entraîner la conviction.

La cachexie paludéenne cause beaucoup de décès, en Bulgarie comme partout. Il est assez extraordinaire de voir des cachexies aussi graves dans ce pays tempéré, on s'explique cependant cette gravité par la fréquence de la dyssenterie. Cette dernière affection compliquerait fréquemment l'intoxication paludéenne aiguë, plus fréquemment encore l'intoxication chronique. C'est à tel point que l'on se demande si l'auteur n'a pas confondu, comme tant de ses prédécesseurs, la cachexie dyssentérique avec la cachexie palustre. Quoique ces deux maladies aient beaucoup de tendance à se réunir, il est rare cependant que l'on rencontre des nécroses du colon et des ulcérations folliculaires dans les cas d'anémie tellurique bien nette. Il résulterait en tout cas de ces considérations que si l'endémie du bas Danube méritait un nom distinct, ce ne serait pas à cause d'une gravité spéciale de ses fièvres, car on peut les considérer comme intermédiaires entre celles des pays chauds et celles des pays tempérés. Ce serait plutôt à cause d'un mélange, d'une fusion plus intime entre la malaria et la dyssenterie, fusion déterminant un aspect symptomatique spécial et peut-être aussi une gravité particulière. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXII, p. 550.)

A propos d'un symptôme nouveau de perforation intestinale, par M. P. Lewitzky.

Traube avait indiqué un bon signe de perforation intestinale avec pénétration de gaz dans la cavité péritonéale : la disparition complète de la matité hépatique dans la ligne médiane et parasternale et son remplacement par un son tympanique (dans le décubitus dorsal). En 1869, le docteur Tschudnowsky indiqua un deuxième symptôme de la même lésion, apparition d'un souffle amphorique dans l'hypochondre droit, le poumon de ce côté étant intact. Cet auteur avait rejeté la possibilité d'une simple transmission des bruits pulmonaires et expliquait la production du souffle par le va-et-vient des gaz de l'intestin dans le péritoine à travers une ouverture étroite.

Lewitzky ne nie pas la possibilité de ce mode de formation du souffle, mais il pense qu'il n'existe pas dans tous les cas; bien plus, le souffle amphorique dont il s'agit peut exister en dehors de la perforation intestinale. Cette dernière proposition s'appuie sur deux observations de fièvre typhoïde où l'autopsie démontra l'intégrité parfaite du revêtement séreux de l'intestin, quoique pendant la vie on ait perçu très-nettement le bruit amphorique. Dans un autre cas, la perforation existait ainsi que le souffle, mais la fente qui avait donné passage aux gaz était linéaire, presque imperceptible, de sorte que l'on ne pouvait songer à un reflux facile du péritoine dans le tube intestinal.

Il est probable que ce phénomène curieux d'auscultation est dû à la transmission des bruits de la base du poumon à une masse d'air faisant fonction de résonnateur. Dans aucun cas l'on n'avait trouvé les poumons intacts à l'autopsie; le parenchyme induré, infiltré, devait être le siége d'un souffle bronchique; la simple compression du poumon par les gaz abdominaux peut d'ailleurs produire une condensation suffisante pour qu'un souffle prenne naissance. Pour démontrer que ce souffle peut effectivement se propager du côté de l'intestin, Lewitzky fait l'expérience suivante. Il instille quelques gouttes d'acide acétique dilué dans les poumons d'un lapin trachéotomisé. Après quelque temps on perçoit des râles à fines bulles dans les deux côtés de la poitrine, rien dans l'abdomen. On injecte alors dans le péritoine de l'animal une quantité déterminée d'air. La matité du foie disparaît, est remplacée par du tympanisme et dans tout l'abdomen on entend une quantité de râles fins, clairs, à timbre amphorique. On conçoit très-bien que dans certaines circonstances le même résultat soit produit lorsque l'intestin tympanisé remonte très-haut : il n'est pas nécessaire pour que la masse gazeuse soit mise en vibration qu'elle soit libre dans la cavité du péritoine.

D'après cela, le symptôme de Traube aurait une valeur bien supérieure à celui de Tschudnowsky. Il est à remarquer cependant que ce dernier est bien plus évident dans les cas où la perforation existe, de sorte que l'on ne peut pas entièrement le rejeter. (*Berl. klin. Woch.*, 1878, nos 45 et 46.)

Recherches sur la ligature de l'aorte abdominale, par M. H. Maas (de Fribourg).

Les expériences de Stenson ont montré que la ligature de l'aorte abdominale empêche l'arrivée du sang artériel aux extrémités postérieures, à la vessie, etc. L'irritabilité nerveuse s'éteint dans ces parties aussitôt après l'opération, et la paralysie complète est due selon Schiffer à l'anémie de la portion inférieure de la moelle épinière. D'autres expérimentateurs n'ont pas trouvé une paralysie aussi constante à la suite des ligatures de l'aorte abdominale.

Contre la possibilité de l'opération on a non-seulement invoqué ces résultats de Stenson, mais encore le danger qui pourrait résulter de l'énorme pression développée dans le torrent circulatoire par la suppression d'un district artériel aussi considérable (hémorrhagies cérébrales, pulmonaires, etc.).

Malgré cela la ligature de l'aorte abdominale a été pratiquée neuf fois, tantôt pour des anévrysmes, tantôt pour des hémorrhagies. Quoique les neuf cas aient été suivis de mort au bout d'un temps plus ou moins considérable, on en peut conclure cependant que l'opération n'est pas mortelle par elle-même et que les expériences de Stenson ne sont pas applicables à l'homme. En effet, les expériences de Maas démontrent qu'elles ne s'appliquent qu'au lapin; chez le chien et le chat, c'est à peine si l'on observe de la paralysie; en tout cas, elle est très-transitoire, cela tient au peu de développement des parois abdominales du premier animal; chez les autres, et probablement chez l'homme, il s'établit une circulation collatérale très-active par l'artère mammaire interne avec l'artère épigastrique, les dernières artères lombaires et la circonflexe iliaque; d'où il résulte que les parties situées au-dessous de la ligature ne peuvent pas, même transitoirement, être anémiées d'une manière dangereuse.

Le procédé éventuellement recommandé par l'auteur est l'incision lombaire des dernières côtes jusqu'à la crête iliaque, au bord antérieur du muscle carré des lombes. (*Centralbl. für Chir.*, 1878, n° 46.)

Travaux à consulter.

Abcès péritonéal entre le foie, le diaphragme et l'estomac, ouvert a travers le diaphragme dans le poumon. Mort par gangrène pulmonaire, par M. le docteur Bernheim. — L'affection a débuté subitement chez un homme jeune, vigoureusement constitué, par des douleurs épigastriques, un frisson, un peu de fièvre et quelques vomissements qui, du reste, ne se sont pas renouvelés. Au bout de huit jours, tous les symptômes généraux ont disparu; douleurs vives, spontanées et provoquées à la région épigastrique, avec maximum dans l'hypochondre gauche et irradiation vers l'épaule gauche. Comme le foie est un peu volumineux et douloureux à la percussion, quoique les urines ne fussent plus bilieuses, on conclut à l'existence d'une colique hépatique, chez un tuberculeux, vu la concomitance de signes morbides à l'auscultation.

La fièvre reparut avec des caractères d'irrégularité qui firent penser à l'existence d'un foyer purulent. En effet, quinze jours après le début des accidents, le malade est pris d'une vomique et rejette environ 200 grammes d'un pus sanguinolent. L'oppression devint très-grande, le pus fétide, et, vingt jours après le début, le malade succombait. La poche, située entre le foie, le diaphragme et l'estomac, mesure 18 centimètres transversalement, et 5 1/2 d'avant en arrière; elle est en partie vidée et contient de l'air. La fistule diaphragmatique, de forme à peu près circulaire, mesure 3 centimètres de diamètre; elle est à gauche, à peu près sur le même plan, mais cependant un peu plus en avant de l'orifice œsophagien.

A la base du poumon gauche, vaste foyer mortifié; le sphacèle a envahi le tissu cellulaire du médiastin. Les organes abdominaux qui entourent le foyer sont sains; il y a symphyse de la plèvre diaphragmatique gauche sans épanchement.

Quelle peut être la cause de cet insolite abcès? M. Bernheim se demande s'il n'y a pas eu un corps étranger évacué ultérieurement par le poumon. Il est permis de regretter que la tuberculose qui avait été diagnostiquée pendant la vie n'ait pas été, à l'autopsie, l'objet de recherches plus attentives. Quel était l'état du rachis lombaire, par exemple? C'est là un desideratum, mais on conviendra qu'il est de la plus grande importance. (*Revue médicale de l'Est*, 1878, 15 décembre, t. X, n° 12, p. 353.)

Occlusion du vagin par la membrane hymen chez une femme en travail; incision de cette membrane et terminaison spontanée de l'accouchement, par M. le docteur Gueniot. — Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, mariée depuis six ans. Le travail avait été régulier dans toute sa première partie; les contractions étaient énergiques, mais sans résultats: le vagin était complétement fermé par un diaphragme constitué par l'hymen hypertrophié, sans ouverture apparente; cependant, pendant les contractions, on constatait l'existence d'un petit pertuis, près du bord supéro-antérieur. On fit une large incision, et l'accouchement se termina rapidement et bien. Les règles, chez cette femme, s'étaient établies avec une certaine difficulté vers quinze ans; depuis, elles avaient toujours été régulières. Elle n'avait pu être fécondée que grâce à un véritable hasard. (*Archives de tocologie*, décembre 1878, page 716.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Étude expérimentale sur l'introduction forcée et sur l'entrée spontanée de l'air dans les veines, par M. A. Maguin. — Expériences comparatives sur la décompression brusque et sur l'injection d'air dans les artères, par M. A. Febvré. — Nancy, 1879. Berger-Levrault.

Ces deux thèses, inspirées par le professeur Feltz (de Nancy), montrent bien ce que pourrait valoir l'enseignement scientifique de nos Facultés de province si l'on s'efforçait, avec plus de zèle, de faciliter, dans les laboratoires de physiologie ou d'anatomie pathologiques, les recherches personnelles des élèves désireux de s'instruire. Les sujets de ces deux travaux ont été traités par le professeur d'anatomie pathologique de la Faculté de Nancy dans diverses communications faites à l'Académie des sciences; mais les expériences dont ils rendent compte sont personnelles à leurs auteurs. Il faut donc les louer tout à la fois du soin qu'ils ont pris d'établir, dans un historique très-soigné, la part qu'ont prise leurs devanciers à des recherches toujours difficiles à interpréter, et de l'attention qu'ils ont apportée à leurs propres expériences.

M. Maguin s'est efforcé de démontrer que l'air introduit dans les veines peut, suivant certaines conditions, rester absolument inoffensif ou amener rapidement la mort. Et il croit pouvoir affirmer cette conclusion que l'on peut injecter impunément, à une faible tension, une quantité d'air très-considérable dans les veines. Pourvu que la pression soit inférieure à une colonne d'eau de 30 centimètres de hauteur, l'air poussé dans les veines n'occasionne jamais, dit-il, d'accidents mortels. La mort ne survient que dans les cas où l'air injecté se trouve à une tension faisant équilibre à la puissance contractile du cœur droit, qui est environ de 35 centimètres. Il résulte de toutes les expériences et de toutes les observations de l'auteur que l'on ne doit plus croire à la mort subite provoquée, dans le cours des opérations chirurgicales, par l'entrée spontanée de l'air dans les veines.

M. A. Febvré a complété cette étude en cherchant à préciser le rôle de l'air injecté dans les artères et à comparer les accidents observés dans ce cas aux accidents de la décompression brusque. Après avoir examiné, dans un aperçu théorique, les opinions émises au sujet de l'étiologie des accidents dus à la décompression et recherché si, lors de la décompression, des bulles gazeuses prennent naissance dans le système sanguin, il s'efforce de montrer les effets produits par la présence des gaz dans le sang, et de prouver que les troubles et les lésions qui caractérisent la décompression brusque tiennent à des embolies gazeuses artérielles.

L'auteur termine par les conclusions suivantes : 1° Dans la décompression brusque, il y a développement de bulles gazeuses et dans le système artériel et dans le système veineux. 2° Il est impossible d'attribuer les accidents principaux de la décompression à la présence de bulles gazeuses dans les veines. 3° La cause des désordres qui éclatent lors de la décompression brusque doit être rapportée aux lésions déterminées par les bulles gazeuses arrêtées dans les artérioles et les systèmes capillaires.

On ne saurait trop encourager les travaux de ce genre. Ils montrent à la fois et le zèle du maître qui les a inspirés et les utiles résultats qu'il a obtenus et le mérite de ses élèves.

Traité de l'art de formuler, par M. P. Yvon. — Paris, 1879. Asselin et Cie.

Ce livre n'est ni un formulaire, c'est-à-dire un recueil de formules toutes faites, ni un traité de thérapeutique. Il a pour but d'indiquer les procédés à l'aide desquels on peut arriver à établir une formule ou à la modifier suivant les nécessités de la pratique. Il comprend quatre parties : une partie chimique, une partie botanique, une partie pharmaceutique, enfin une partie que l'on pourrait appeler posologique. Elle traite spécialement de l'art de formuler, tout en indiquant les moyens nécessaires pour recueillir, conserver ou préparer les médicaments. Ce traité, petit par son format, est très-riche de faits et d'observations; il sera très-utile aux médecins comme aux pharmaciens. Son analyse est difficile et sa lecture un peu laborieuse; mais son intérêt est considérable et son mérite incontestable.

Le M'Boundou du Gabon, étude de physiologie expérimentale, par M. le docteur L. Testut, 1 vol. in-8° de 35 pages. — G. Masson, Paris, 1879.

C'est dans la région du Gabon, sur les rives du cours inférieur des deux fleuves Congo et Ogowaï, principalement dans les lieux bas et humides, qu'on trouve l'arbuste désigné sous le nom de *M'Boundou* ou *Icaja Akasga*. Les naturalistes n'ont pu jusqu'ici étudier les organes sexuels de cette plante, aussi y a-t-il entre eux des divergences pour déterminer la famille à laquelle il appartient; ainsi pour les uns c'est une apocynée (Pécholier, Saint-Pierre); les autres en font une mélastomacée (Touchard). Enfin, d'après une troisième opinion, on aurait affaire à une loganiacée (du Bellay, Griffon, John Torrey). Quoi qu'il en soit, c'est un arbuste dont la hauteur ne dépasse jamais 3 mètres; la circonférence mesurée au collet atteint 2 à 3 centimètres. La tige est droite, les feuilles à trois nervures longitudinales se réunissant près de la pointe. La racine est rougeâtre, noueuse, pivotante, c'est la partie de la plante qui renferme le plus de principe actif, celle qu'on emploie au Gabon, celle qu'a étudiée M. L. Testut. Au Gabon c'est une plante

d'épreuve dont les sorciers se servent pour le jugement de Dieu.

Le *M'Boundou* a été étudié pour la première fois par Pécholier et Saint-Pierre (1867). Depuis nous devons signaler les travaux de Peyri et Rabuteau, Fraser, Vulpian, Carville, Hardy, Boehefontaine.

M. Testut s'est servi pour ses recherches d'une teinture faite avec 10 grammes d'écorce de racine sèche et 100 grammes d'alcool. L'auteur rapporte *in extenso* 14 expériences choisies au milieu d'un grand nombre dont les résultats étaient de tout point identiques.

Les effets physiologiques varient beaucoup suivant la dose employée : à dose légère, le *M'Boundou* produit toujours des convulsions, indice d'excitabilité réflexe exagérée. Avec des doses fortes, l'animal est comme sidéré, la respiration s'arrête et la grenouille passe à l'état de masse inerte, la mort survient sans convulsions et sans excitabilité. Cependant le cœur continue de battre avec une grande régularité. Ainsi avec de fortes doses (1 gramme de teinture), état de masse inerte, d'abord continuation des battements du cœur, puis arrêt de cet organe et mort. Avec des doses plus faibles (30 à 40 centigrammes de teinture), exagération de l'excitabilité, véritable accès de tétanos, mais persistance des battements cardiaques et retour à la santé le lendemain. Y aurait-il là deux alcaloïdes, l'un convulsivant, l'autre stupéfiant, ce dernier dans le cas de fortes doses tuant la grenouille avant que les effets d'excitation aient eu le temps de se produire, et au contraire, dans le cas de doses faibles ne se manifestant que par la faiblesse qui suit les secousses tétaniques? Une grenouille plongée dans l'eau, probablement parce qu'elle élimine moins facilement, meurt avec des doses qui n'auraient pas amené la mort chez un sujet laissé à l'air libre.

L'auteur consacre ensuite tout un chapitre à la description minutieuse des convulsions produites par le *M'Boundou.* Ces secousses sont tantôt localisées à quelques muscles, tantôt généralisées. Quand elles sont localisées, c'est presque toujours dans les membres postérieurs. Si on inscrit ces secousses au myographe, quelle que soit leur origine, spontanée ou provoquée par des excitations mécaniques ou des courants électriques, on constate que le *M'Boundou* est bien une substance tétanisante. Les figures que donne M. Testut montrent bien toutes les variations qu'on obtient, depuis l'exagération de l'excitabilité de la moelle, puis le tétanos, jusqu'à l'épuisement complet de la contractilité musculaire et de l'excitabilité réflexe des centres nerveux. Toutes les expériences précédentes ont été faites sur des grenouilles, il est cependant trois points que nous pouvons considérer comme établis et qui sont confirmés par des expériences sur les animaux supérieurs. Les muscles examinés après la mort ne sont jamais rigides. Le cœur s'arrête en systole ventriculaire, les oreillettes sont distendues et d'une coloration rouge. Tous les viscères abdominaux montrent les taches d'une congestion, les vaisseaux des parois de l'estomac sont gorgés de sang; ce sont les mêmes signes de congestion qu'on observe à la suite de l'empoisonnement par la strychnine et par le principe actif de l'agaric bulbeux.

Comment s'enchaînent les symptômes mortels dans l'intoxication par le *M'Boundou?* On constate d'abord que les mouvements d'ampliation et de resserrement du thorax augmentent de nombre et d'étendue; puis ils deviennent irréguliers, s'arrêtent un instant pour reparaître et disparaître enfin d'une façon définitive. La mort, en conséquence, peut se rattacher à une asphyxie par arrêt respiratoire, à la suppression de l'hématose pulmonaire (on sait en effet qu'on n'observe pas de troubles du cœur, si ce n'est dans quelques cas rares et à la fin des accidents, et alors toujours secondaires).

Mais pour les animaux qui ne succombent pas à cette première période, la mort survient par épuisement nerveux; ou bien encore, dit M. Testut, ne serait-ce pas un deuxième alcaloïde qui agirait alors plus tardivement, ou qui s'éliminerait plus lentement? En somme, le travail de M. Testut est très-intéressant; il laisse, il est vrai, bien des lacunes, mais il nous est un point de départ qui sera certainement continué.

LE CLIMAT DE MENTON ET SON INFLUENCE SUR LA PHTHISIE PULMONAIRE, par M. le docteur Jacques-François FARINA. In-8 de 130 pages, avec une carte. — Paris, 1879. J.-B. Baillière et fils.

L'auteur arrive à cette conclusion, que le climat de Menton est des meilleurs pour les malades qui ont une phthisie à forme torpide, même quand la maladie est déjà arrivée à une période avancée. La forme caséeuse, limitée, est celle qui guérit le plus facilement à Menton. Enfin, et en cela il nous semble insister avec raison, on ne peut qu'obtenir des résultats médiocres par un séjour d'un seul hiver; il faut que les malades, après avoir quitté Menton pendant deux ou trois mois d'été au plus, y reviennent bien avant l'hiver; si, en effet, on a une amélioration par un premier séjour, on pourra espérer une guérison après des séjours prolongés et répétés.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE. — La Faculté vient de se réunir pour dresser la liste de présentation à la chaire de thérapeutique. Ont été élus :

En première ligne : M. Hayem, par 18 voix contre 12 données à M. Constantin Paul.
En deuxième ligne : M. Constantin Paul.
En troisième ligne : M. Damaschino.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Le concours pour deux places de stagiaire aux eaux minérales (concours Vulfranc-Gerdy) aura lieu en novembre 1879. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1880. Le concours comprend deux épreuves publiques : 1° une épreuve écrite sur un sujet de physiologie et de pathologie; 2° une épreuve orale de vingt minutes, après vingt minutes de réflexion, sur un sujet de chimie et de physique appliquées aux questions hydrologiques.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DU BUREAU CENTRAL. — Les candidats déclarés admissibles sont les suivants : MM. Reclus, Bourdon, Campenon, Felizet, Henriet, Richelot, Valtat (ces quatre derniers avec égalité de points) et Schwartz.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Viennent d'être nommés, après concours, médecins du Bureau central des hôpitaux de Paris, MM. Landouzy, Rathery et Hutinel.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 29 mai au 5 juin 1879, on a constaté 996 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 6. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 2. Variole, 21. — Croup, 23. — Angine couenneuse, 20. — Bronchite, 51. — Pneumonie, 82. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 11. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 3. — Erysipèle, 13. — Autres affections aiguës, 245. — Affections chroniques, 426 (dont 178 dus à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 39. — Causes accidentelles, 27.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 25 20 JUIN 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président*; BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 19 juin 1879

Académie de médecine : LES PLEURÉSIES MULTILOCULAIRES.

La discussion soulevée par la communication de M. Jaccoud s'étend et se complète. Le sujet, nous l'avons déclaré dès le début, méritait, en effet, une étude approfondie, car la pleurésie, comme l'a bien dit M. Woillez, « a le regrettable privilége d'être une source de controverses, malgré les innombrables travaux dont elle a été l'objet ». Aussi devons-nous résumer ici l'argumentation de MM. Woillez et Moutard-Martin. Nous y relèverons surtout ce qui a trait à la valeur séméiologique des vibrations thoraciques et à la signification, au point de vue pronostique, des pleurésies cloisonnées. Nous n'insisterons pas sur la question des adhérences diaphragmatiques dont M. Woillez n'a dit que quelques mots et dont M. Moutard-Martin n'a point parlé. Les deux points spéciaux dont nous nous étions déjà occupés aussitôt après les communications de M. Jaccoud et Maurice Raynaud sont, en effet, assez importants pour qu'il nous soit permis d'y revenir avec quelques détails.

Toutes les opinions que nous avons entendu émettre à la tribune académique, toutes les recherches que nous avons pu faire au sujet des vibrations thoraciques nous confirment dans cette idée que rien n'est plus difficile jusqu'à ce jour que de tirer de l'existence ou de l'absence de ces vibrations des signes diagnostiques bien précis. Nous avons déjà, dans notre précédent article (p. 293), pour appuyer nos réserves, exposé à cet égard l'opinion de M. Maurice Raynaud. En étudiant les conditions dans lesquelles se produit et peut se maintenir le *fremitus vocal*, n'a-t-il pas démontré que les différences individuelles, les méthodes d'exploration et les conditions pathologiques peuvent modifier les phénomènes tactiles, de telle sorte que, « sur cette simple constatation de fait, les doigts les plus expérimentés hésitent bien souvent »?

M. Moutard-Martin conteste également l'explication qu'a donnée M. Jaccoud de la persistance des vibrations en admettant l'existence d'adhérences costo-pulmonaires, et les arguments sur lesquels il s'appuie nous semblent bien difficiles à réfuter. Dans les pleurésies qui ont duré quelque temps, dit M. Moutard-Martin, un épanchement très-abondant vient-il à disparaître, soit après une ponction, soit alors qu'il se résorbe, la cage thoracique se rétrécit, et cependant il reste une matité de pierre, du souffle, de la bronchophonie, et les vibrations thoraciques, d'abord nulles, puis très-faibles, deviennent de plus en plus aisément perceptibles, au fur et à mesure que le poumon se rapproche de la paroi thoracique. Ces signes que l'on constate si souvent, que nous avons pu nous-même percevoir à la suite de certaines pleurésies dites *latentes*, non ponctionnées, nous paraissent bien montrer quelle est l'influence des fausses membranes sur la transmission des vibrations thoraciques. Aussi longtemps qu'elles sont glaireuses, infiltrées de sérosités fibrineuses ou purulentes, aussi longtemps qu'elles ne déterminent pas l'adhérence immédiate avec la paroi thoracique d'une lame pulmonaire plus ou moins épaisse, les fausses membranes éteignent ou atténuent notablement les vibrations. Celles-ci ne se perçoivent avec netteté que dans les cas où des fausses membranes *épaisses et solides* établissent un contact assez intime et sur une surface assez large entre le poumon et les côtes. Elles sont augmentées alors que le poumon lui-même a subi une altération, alors que la sclérose interstitielle qui succède si souvent à la pleurésie chronique a réalisé les conditions physiques nécessaires à une transmission plus aisée des bruits qui se passent dans les bronches et des vibrations aériennes qu'elles transmettent. Telle nous paraît être l'interprétation des faits que nous avons recueillis et des observations que nous avons consultées. Le premier malade de

FEUILLETON

Étude médicale sur la « Retraite des Dix mille », précédée de considérations sur la médecine militaire dans les armées grecques.

Quand nous voyons un corps d'armée avec son organisation médicale, quelque insuffisante qu'elle soit, nous nous reportons involontairement vers les temps anciens, et nous nous demandons s'il y avait une organisation analogue à la nôtre chez les nations conquérantes de l'antiquité.

Cinq peuples principaux occupent la scène dans les temps éloignés : les Hébreux, les Égyptiens, les Perses, les Grecs et les Romains. Nous ne nous occuperons ici que des Grecs, et nous n'en dirons que très-peu de mots, comme préambule nécessaire de ce travail, et pour montrer qu'un service médical plus ou moins organisé ne faisait point défaut dans les armées de la Grèce antique.

I

Tout le monde connaît par l'*Iliade* Machaon et Podalire. Le nom de Machaon revient plus souvent dans Homère que celui de Podalire; on a pensé que le premier était surtout chirurgien et que le second était plus spécialement chargé de l'hygiène, ἀσκεῖν τὰ περὶ τὴν δίαιταν [Eustathius, *Commentarii ad Homeri Iliadem* (texte grec). Lipsiæ, 1825-1828, in-4, t. III, p. 49]. Arctinus, de Milet, qui vivait 770 ans avant Jésus-Christ, a chanté en deux livres *La destruction de Troie* (Arctini, *Ilii excidium*, cycli fragmenta, *in* Homère. Ed. Didot, in-8, p. 599). On peut le considérer comme le continuateur d'Homère. Quelques fragments de son poëme sont conservés dans la *Chrestomathie* de Proclus, et, en parlant de Machaon et de Podalire, il dit que le premier avait la main plus légère pour l'extraction des traits et pour le pansement des blessures,

M. Jaccoud, celui qui lui a permis d'établir son premier type de pleurésie multiloculaire, se présentait dans ces conditions. Il s'agissait, comme l'a bien fait remarquer M. Maurice Raynaud, de deux foyers pleurétiques distincts et superposés, séparés l'un de l'autre par une zone mince, il est vrai, mais indiquant très-nettement l'existence d'un contact assez intime entre le poumon et la paroi costale.

La persistance des vibrations transmises à la paroi par des fausses membranes tendues à la manière de cordes vibrantes, grâce à la pression du liquide qui éloigne le poumon des côtes, nous paraît bien plus hypothétique. M. Moutard-Martin la condamne en faisant observer que, dans les faits qu'il cite et qui sont certainement les plus fréquents, les vibrations ne se produiraient pas après la thoracentèse ni après la résorption déjà avancée de l'épanchement, puisque dans ce cas, au lieu d'être tendues, les fausses membranes, si elles existaient, devraient être flasques et molles. On pourrait ajouter que les nombreuses observations dans lesquelles les vibrations sont conservées, malgré l'existence d'un épanchement, et quelle que soit son abondance, ôtent à ce signe la valeur clinique que l'on tend à lui attribuer. C'est ce que démontre M. Woillez en rappelant que sur 80 cas de pleurésie avec épanchement il n'en a rencontré que 12 dans lesquels l'abolition des vibrations était complète. Cependant M. Woillez, tout en déclarant que, « les vibrations diminuées et diffuses étant un signe banal de pleurésie, on ne saurait les considérer comme caractéristiques d'une forme particulière de l'affection, ni surtout y voir un signe fondamental, » considère comme « parfaitement correct » le principe physique de la transmission des vibrations intra-pulmonaires jusqu'aux parois thoraciques par des brides d'adhérences en forme de cordes. Dans une leçon clinique publiée l'année dernière (*France médicale*, 1878, p. 721), M. Laboulbène, qui a étudié avec beaucoup de soin les conditions dans lesquelles se produisent et se propagent les vibrations thoraciques, et qui, en 1876, avait fait écrire sur ce sujet par un de ses élèves, le docteur Fiselbrand, une thèse intéressante, avait déjà exprimé une opinion analogue. Ses observations sont même presque identiques avec celles de M. Jaccoud, et c'est pourquoi nous croyons devoir les mentionner ici, bien que M. Laboulbène n'ait pas pris la parole sur ce sujet devant l'Académie. « Quant à la détermination de la quantité de liquide, dit-il, c'est toujours difficile, quelquefois impossible, comme dans les cas de pleurésie aréolaire. Cependant il faut se rappeler que, dans ce cas, les symptômes locaux ne changent pas quand on fait varier la position du malade; *on trouve alors des points qui vibrent, d'autres qui ne vibrent pas;* partout il y a de la matité, et cependant on ne ponctionne pas; *ici les vibrations sont plus précieuses que les autres signes;* la percussion vous ferait croire à un vaste épanchement, l'auscultation pourrait vous donner des bruits cavitaires; vous saurez par l'existence des vibrations sur certains points, leur absence sur d'autres, que vous avez affaire à une pleurésie aréolaire. »

En résumé, donc, les cliniciens les plus expérimentés ne sont point d'accord sur la valeur qu'il faut attribuer à la persistance des vibrations thoraciques. On peut même affirmer que depuis Monneret, dont nous avons indiqué les divergences d'appréciation sur une question qui semble, à première vue, si facile à étudier, aucun mémoire complet n'est venu démontrer d'une manière précise l'importance sémiologique de ce signe. Quelques observations, parmi lesquelles nous citerons les recherches de M. Laboulbène, qui a prouvé que la condensation du parenchyme pulmonaire *au-dessus* du niveau du liquide épanché dans la plèvre donnait naissance à l'exagération des vibrations, et le fait communiqué en 1875 par M. Legroux à la Société médicale des hôpitaux (*Mémoires*, p. 62), qui démontre que la persistance des vibrations peut être due à d'épaisses adhérences du parenchyme pulmonaire, montrent bien les conditions qui *le plus souvent* font persister les vibrations thoraciques. Mais, dans tous les cas où un diagnostic précis a pu être fait, il s'agissait de pleurésies chroniques avec adhérences anciennes, avec fausses membranes présentant, comme l'a dit M. Maurice Raynaud, une certaine consistance et par cela même une certaine analogie avec les solides de l'économie. Dans les pleurésies récentes, les fausses membranes n'ont point cet aspect ni cette structure; le poumon lui-même n'est point encore atteint de ces scléroses interstitielles qui fréquemment contribuent à altérer les signes stéthoscopiques.

Si donc, ainsi que le fait remarquer M. Laboulbène, la persistance des vibrations peut servir à contrôler ou à confirmer un diagnostic; si, comme l'affirme M. Jaccoud, il est possible de mieux percevoir ces vibrations en les recherchant à l'aide de la pulpe des doigts appliquée en certaines régions du thorax, rien ne prouve cependant qu'elles permettent toujours de croire à la présence de fausses membranes ni surtout d'affirmer l'existence d'une pleurésie cloisonnée.

Nous ne nous arrêterons pas à exposer plus longuement les arguments développés par M. Woillez pour montrer que les

---

tandis qu'il avait été donné à l'autre de reconnaître les maladies cachées et de faire des cures incroyables :

Τῷδ' ἄρ' ἀκριβέα πάντ' ἐνὶ στήθεσσιν ἔθηκεν
Ἄσκοπα τε γνῶναι, καὶ ἀναλθέα οἰάσασθαι.

Que Machaon ait été chirurgien et Podalire médecin, il n'y a là qu'une question de spécialité sans grande importance pour nous. Il est établi, et c'est le point essentiel, que deux personnages principaux ont eu la direction du service médico-chirurgical du corps d'occupation grec dans le siége de Troie, et que ces deux personnages étaient Machaon et Podalire, Machaon occupant le premier rang.

Etaient-ils les deux seuls médecins de l'armée grecque? Assurément non; car nous voyons plus loin qu'Idoménée, rencontrant un Grec blessé au jarret et porté par ses compagnons d'armes, le fit confier *aux médecins* (*Iliade*, ch. XIII, v. 213) :

. . . . ἐδ' ἰητροῖς ἐπιτείλας
Ἤιεν ἐκ κλισίης.

Plus loin encore, Homère parle des médecins qui connaissaient beaucoup de médicaments ou polypharmaques :

..... ἰητροὶ πολυφάρμακοι ἀμφεπένοντο.

Chaque nation devait avoir ses médecins; Homère ne nous en fait connaître que deux.

Ælius Dionysius, d'après Eustathius, rapporte qu'il y avait aussi des femmes qui exerçaient la médecine (Eustathius, *ouv. cit.*, t. III, p. 49).

Dans les armées grecques, le rôle des médecins n'était pas tout médical. Dans le dénombrement de la flotte (*Iliade*, ch. II, v. 729), Homère nous apprend que Machaon et Podalire commandaient à trente vaisseaux portant les guerriers de Tricca, d'Ithome et d'Æcholie, dans le Péloponèse. Les médecins étaient mêlés aux combattants et prenaient part à l'action. Dans le chant IV, quand Ménélas est blessé, Agamemnon envoie le hérault Talthybius chercher Machaon, « qu'il trouva debout au milieu de la foule belliqueuse des guerriers qui

autres signes considérés par M. Jaccoud comme devant servir à caractériser la pleurésie multiloculaire sont très-discutables. M. Moutard-Martin, en citant trois observations très-concluantes de pleurésies cloisonnées avec épanchement enkysté à la partie antérieure du thorax, a bien fait voir combien sont diverses les formes de la pleurésie séreuse ou purulente, et combien il faudrait en admettre de variétés s'il était possible de les déterminer avec précision.

Les questions de pronostic et de traitement se déduisent toujours d'un diagnostic précis. Les signes physiques donnés par M. Jaccoud comme caractéristiques de deux types cliniques de pleurésie multiloculaire ayant paru contestables, ses conclusions thérapeutiques ont donc aussi soulevé d'assez nombreuses objections. Déjà M. Maurice Raynaud s'était refusé à admettre la léthalité de la thoracentèse pratiquée dans les cas de pleurésie cloisonnée. M. Moutard-Martin a prouvé que l'on pouvait, non sans succès, traiter par la ponction les pleurésies enkystées ou les pleurésies cloisonnées. Mais nous avons surtout remarqué dans la courte lecture du savant médecin de l'hôpital Beaujon une série de considérations cliniques des plus importantes et qui nous intéressent d'autant plus qu'elles confirment, avec autorité, certaines idées que nous avions nous-même indiquées. La thoracentèse est souvent, il est vrai, inefficace dans les pleurésies cloisonnées, mais ses insuccès dépendent de la nature de la maladie et des conditions qui lui donnent naissance : « En effet, dit M. Moutard-Martin, les malades atteints de pleurésie cloisonnée sont, en général, des malades qui ont eu déjà antérieurement des pleurésies, au moins des pleurésies sèches adhésives qui peuvent diviser la plèvre en compartiments. Or les malades porteurs de diathèses et en particulier de la diathèse tuberculeuse sont sujets aux poussées pleurétiques; ce sont ceux-là qui doivent présenter le plus grand nombre de pleurésies cloisonnées. Il est incontestable que la thoracentèse est moins innocente chez un tuberculeux que chez un sujet sain; il est donc admissible que la thoracentèse peut être moins innocente dans certaines pleurésies cloisonnées que dans les pleurésies simples. » Nous citons textuellement ces paroles qui nous paraissent répondre très-nettement à l'une des questions que, dans notre premier article (p. 295), nous avions cru devoir adresser à M. Jaccoud. « Nous croyons, disions-nous alors, que les pleurésies qui évoluent sourdement, insidieusement, donnant naissance à des exsudats pseudo-membraneux, puis à des fausses membranes résistantes, organisées avant l'apparition d'un épanchement abondant, cloisonnant dès lors et immobilisant en loges séparées le liquide que sécrète la plèvre, sont très-souvent des pleurésies diathésiques dont la marche présente des particularités bien dignes de frapper l'attention des cliniciens et dont le pronostic est toujours sérieux. » Que ces pleurésies soient tuberculeuses ou qu'elles présentent une plus grande tendance à la suppuration, qu'elles soient liées à un état général ou qu'elles soient sous la dépendance d'une lésion locale, dans tous les cas elles supportent *impatiemment* la thoracentèse. Si nous n'avions la crainte d'émettre une hypothèse au lieu de nous borner, comme l'a fait en si excellents termes M. Moutard-Martin, à citer des faits précis, nous dirions même que la transformation purulente de certains épanchements à la suite de la thoracentèse dépend souvent aussi de la nature des pleurésies que l'on ponctionne. Alors que, en 1869, nous entreprenions à Strasbourg de traiter par la thoracentèse le plus grand nombre de nos pleurétiques, nous nous félicitions, après une série des plus heureuses, de n'avoir jamais vu, après la ponction, l'épanchement pleural devenir purulent. Trop empressé à généraliser les résultats favorables que nous avions obtenus, nous cherchions à assimiler la thoracentèse aux opérations chirurgicales pratiquées avec des soins plus ou moins minutieux. « N'arrive-t-il pas, écrivions-nous à ce sujet, que, dans les services de chirurgie, sous l'influence de causes qui nous échappent pour la plupart, on voit la moindre lésion, une plaie insignifiante en apparence, devenir le point de départ d'un érysipèle quelquefois des plus graves. Ces complications, que le chirurgien doit toujours avoir présentes à l'esprit, l'empêcheront-elles d'ouvrir un abcès? Il devra, s'il croit à l'infection des salles, isoler ses opérés et les mettre dans des conditions hygiéniques plus favorables. Telle devra être aussi la conduite du médecin au moment où il pratique la thoracentèse. » Quelques années plus tard, nous reconnaissions que certaines pleurésies nécessitaient toujours plusieurs ponctions et devenaient fréquemment purulentes, quelles qu'aient été les précautions prises pour les opérer. Ces pleurésies, dont la genèse et l'évolution diffèrent des pleurésies aiguës simples ou des pleurésies torpides à épanchement séreux, peu riche en matière fibrinogène, ressemblaient aux pleurésies diathésiques qui si fréquemment se présentent sous forme de pleurésies cloisonnées.

Nous ne saurions donc trop insister sur cette conclusion. Quand il s'agit de la pleurésie, il faut bien se garder des généralisations trop hâtives. Les causes de la maladie, le terrain sur lequel elle s'est développée, sa marche, ses formes

---

l'avaient suivi de Tricca ». Dans le chant XI, nous voyons Machaon lui-même blessé à l'épaule par Pâris d'une flèche à trois pointes. La consternation fut grande chez les Grecs, et Idoménée prescrivit à Nestor d'emporter Machaon sur son char et de le conduire aux vaisseaux; car, dit-il, un médecin à lui seul vaut beaucoup d'autres hommes (*Iliade*, ch. XI, v. 514) :

Ἰητρὸς γὰρ ἀνὴρ πολλῶν ἀντάξιος ἄλλων...

Bien qu'Homère ne précise pas la manière dont se faisait le service médical chez les Grecs, il en dit assez pour nous faire savoir que les blessures légères étaient soignées sur le lieu du combat, et que les guerriers atteints de blessures plus graves étaient emportés par leurs compagnons dans leurs tentes ou vers les vaisseaux, qui étaient ce que nous appellerions aujourd'hui l'ambulance divisionnaire.

Un passage d'Hippocrate (*Le médecin*, § XIV) ne donne sur la chirurgie d'armée que des indications générales. Mais il nous faut mentionner tout particulièrement un de ses contemporains, Ctésias, originaire d'Ionie, et, selon Galien, appartenant à la famille des Asclépiades et parent d'Hippocrate (Galien, éd. Basileæ, 1538, in-fol., t. V, p. 652, l. 51. — Diodore de Sicile, *ouv. cit.*, liv. II, ch. XXXII). Il vint en Perse, selon quelques auteurs, 416 ans avant Jésus-Christ; mais on ne sait ce qui l'amena dans ce pays. Les uns, d'après Diodore de Sicile, pensent qu'il fut fait prisonnier par les Perses et que ses connaissances le firent accueillir comme médecin à la cour d'Artaxercès, où il séjourna dix-sept ans. On ne sait exactement à quelle bataille, mais assurément ce n'est pas à celle de Cunaxa, puisqu'à cette époque il était déjà dans l'armée d'Artaxerxès. La présence de médecins dans les armées perses est hors de doute, et on faisait, dans ce pays, grand cas des médecins grecs; aussi Ctésias y jouit d'un grand crédit. Nous le retrouverons à la bataille de Cunaxa.

On s'est demandé s'il existait à cette époque des endroits spéciaux, sortes d'hôpitaux réservés aux soldats malades ou

cliniques ont plus d'importance au point de vue du diagnostic et du pronostic que les signes physiques qui semblent à première vue si précis et si faciles à interpréter. Ceux-ci ont certainement leur intérêt et leur valeur; mais il est dangereux de ne point tenir plus grand compte des symptômes généraux, seuls capables de permettre un diagnostic complet et par conséquent de dicter le pronostic et le traitement.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Recherches sur le traitement des maladies des voies aériennes par les inhalations de vapeurs médicamenteuses, par M. le docteur I.-F. Guillemin.

(Fin. — Voyez les numéros 22 et 24.)

Emploi des inhalations dans les altérations chroniques de la muqueuse des voies respiratoires. — On ne connaît pas d'une manière précise les relations qui peuvent exister entre les différentes lésions chroniques dont cette muqueuse peut être le siége et les divers aspects que peuvent présenter les produits de sécrétion morbides qui en sont le résultat.

Ainsi il y a une grande différence entre le produit qui caractérise la *bronchorrhée muqueuse* et celui de la *bronchorrhée purulente;* il est infiniment probable que les lésions ne sont pas les mêmes dans ces deux affections, et cependant on ignore en quoi consistent les différences.

La *bronchorrhée muqueuse* est le plus souvent consécutive à des bronchites réitérées, mais on ne peut pas la considérer elle-même comme une inflammation chronique; elle n'en présente nullement les caractères; comme elle n'est jamais cause de mort, il n'est pas étonnant qu'on n'indique que d'une manière très-vague les lésions présentées par la muqueuse dans cette maladie; pendant la vie, elle est caractérisée par la nature du produit de sécrétion, qui est muqueux, incolore, abondant et spumeux, c'est-à-dire mélangé d'air. Bien que ce produit ne soit pas très-visqueux, il est souvent très-abondant et constitué par une espèce de fine écume remplissant les petites bronches, et dont l'expulsion au dehors est extrêmement difficile. C'est ce qui avait lieu chez le malade qui fait le sujet de l'observation suivante :

Obs. III. — Il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, entré dans mon service de l'hôpital militaire de Versailles le 23 septembre 1873. Ce malade, détenu pour participation à l'insurrection de 1871, était atteint d'un emphysème pulmonaire qui, disait-il, pouvait bien remonter à une dixaine d'années.

Au moment de son entrée, il avait un accès de dyspnée qui durait depuis quatre ou cinq jours; la gêne de la respiration était excessive; il y avait de la cyanose, impossibilité absolue de dormir pendant la nuit. A l'auscultation, on trouvait dans toute l'étendue de la poitrine des râles musicaux très-bruyants, des piaulements; nulle part on ne percevait le bruit respiratoire normal. Sonorité exagérée dans plusieurs points. Expectoration abondante, spumeuse, en fine écume blanche. Je prescris l'application de ventouses sèches sur les parois de la poitrine, une potion avec 10 centigrammes d'extrait de belladone et des inhalations de vapeurs d'iode trois fois dans la journée.

Le lendemain il y a du soulagement, mais les inhalations d'iode n'ont pas paru avoir beaucoup d'action, ce que je crois pouvoir attribuer à la nature du produit de sécrétion, qui a rendu difficile la pénétration des vapeurs jusqu'aux petites bronches. Je continue néanmoins pendant quelques jours l'emploi des mêmes moyens, qui produisent de l'amélioration, mais pas autant que je l'espérais, car l'expectoration est toujours assez difficile et la dyspnée assez intense.

Le 29, je prescris une inhalation de vapeurs d'eau de sureau, que je fais suivre d'une inhalation d'iode. Cette manière de faire a parfaitement réussi; les inhalations ont cette fois dégagé les bronches et procuré un grand soulagement.

Le 30, à la visite du matin, l'amélioration est considérable; presque pas de dyspnée; la respiration s'entend dans une grande partie de l'étendue de la poitrine; il y a encore quelques piaulements et quelques râles sous-crépitants, mais les râles vibrants et musicaux sont incomparablement moins nombreux qu'ils ne l'étaient les jours précédents; le produit de sécrétion, moins abondant et moins spumeux, est facilement expulsé par les efforts de toux.

Je crois qu'on peut expliquer par les considérations suivantes l'amélioration obtenue chez ce malade : Un liquide quelconque ne peut former par son mélange intime avec l'air une mousse persistante que s'il est suffisamment épais et doué d'une certaine viscosité; si l'on en diminue la consistance et la viscosité en y ajoutant de l'eau, la mousse disparaît immédiatement; or, les inhalations d'iode, en provoquant la formation d'une sécrétion aqueuse, diminuent la consistance du liquide par lequel était formée l'écume bronchique; l'air s'échappe des espèces de vésicules dans lesquelles il était emprisonné, et l'expectoration devient possible. Il me semble juste d'ajouter que des inhalations de vapeurs aqueuses auraient peut-être alors tout autant d'efficacité que les vapeurs d'iode, ainsi que semble en témoigner l'observation qui précède.

Bronchorrhée purulente. — La bronchorrhée purulente est manifestement entretenue par une inflammation chronique de la muqueuse. Cette inflammation est tantôt limitée à quelques divisions bronchiques ou même à quelques zones très-peu étendues de la muqueuse, tantôt elle envahit la tota-

blessés, et on a cherché à s'appuyer sur un passage de Strabon où il dit qu'il y avait à Epidaure des temples consacrés à Esculape (Strabon, *Géographie*, liv. VIII, ch. xv). Mais ces temples ou Asclépions n'étaient pas réservés aux soldats; ils étaient publics et non spéciaux.

Xénophon, d'un autre côté, dans son livre sur le *Gouvernement des Lacédémoniens*, rapporte que des médecins suivaient l'armée lacédémonienne en campagne et se tenaient non loin du roi, sur le champ de bataille, avec les joueurs de flûte et les devins (Xénophon, *ouv. cit.*, ch. xiv, éd. Haase). Ces médecins devaient être, d'après Littré (*Introduction aux œuvres d'Hippocrate*, t. I, p. 6), des prêtres d'un des temples d'Esculape, à Lacédémone.

Après ce court historique, nécessaire pour nous renseigner sur l'existence d'un service médical dans les armées grecques, nous arrivons à la mémorable retraite des Dix mille à travers l'Asie Mineure, retraite connue et écrite sous le nom d'*Anabase*, et dont Xénophon fut le général en chef et l'historien. Nous ne l'envisagerons qu'au point de vue médical, et Xénophon nous fournira des documents d'une netteté et d'une précision extraordinaires.

Un mot d'abord sur le pays qui fut le théâtre de cette expédition.

La contrée désignée, depuis l'époque des empereurs byzantins, sous la dénomination d'Asie Mineure — aujourd'hui Anatolie — est un vaste pays d'une superficie au moins égale à celle de la France, occupant la région la plus occidentale de l'Asie, entre la mer Noire et la mer de Marmara au nord, l'Archipel à l'ouest et la mer Méditerranée au sud. A l'est, l'Arménie lui est contiguë et s'étend jusqu'aux frontières de la Russie et de la Perse.

Ces deux vastes contrées s'étendent de 23°,35 à 46 degrés de longitude Est et de 36 degrés à 42°,8 de latitude Nord. Elles sont constituées par deux immenses plateaux principaux, qui sont le plateau de l'Asie Mineure proprement dite, situé entre les chaînes du Taurus et de l'Anti-Taurus, d'environ

lité des grosses bronches; c'est ce qui explique pourquoi, dans certains cas, la matière de l'expectoration est constituée par quelques rares crachats purulents, tandis que d'autres fois les malades expectorent du pus d'une manière pour ainsi dire incessante et en quantité considérable.

Cette affection, lorsqu'elle existe à ce degré, est généralement considérée comme étant au-dessus des ressources de l'art; les malades, qui sont le plus souvent des vieillards, vivent avec leur catarrhe, et il est très-rare qu'on entreprenne de les guérir. J'ai obtenu, dans un cas semblable, un succès tellement rapide et inespéré, par l'emploi des inhalations d'essence de térébenthine, que je crois utile d'en consigner ici les détails.

Obs. IV. — Un soldat invalide, âgé de soixante-dix-huit ans, entre dans mon service le 16 février 1872. Il est atteint depuis longues années d'un catarrhe chronique avec dilatation des bronches.

Je passe rapidement sur les phénomènes présentés par ce malade pendant les premiers temps de son séjour à l'infirmerie, parce que, bien que fort intéressants, ils n'ont pas de rapports directs avec la question que je traite en ce moment. Je me bornerai à dire qu'au moment de l'entrée l'état général était des plus graves; il y avait une fièvre intense avec stupeur, adynamie, une gêne extrême de la respiration; la matière de l'expectoration, visqueuse, entièrement purulente, très-abondante, avait une odeur fétide; elle était difficilement rejetée au dehors, en raison de sa viscosité et surtout de l'extrême faiblesse du malade.

En un mot, la vie était compromise en même temps par l'insuffisance respiratoire et par la résorption d'éléments putrides provenant de la matière purulente altérée par suite de son séjour prolongé dans les tuyaux bronchiques.

Ces accidents, bien que très-graves, finirent cependant par disparaître sous l'influence de l'emploi de moyens toniques et stimulants.

Quant à la matière de l'expectoration, elle diminua de quantité et perdit son odeur fétide, mais elle resta néanmoins encore fort abondante et exclusivement purulente. Le catarrhe était revenu à l'état dans lequel il se trouvait avant les accidents graves dont le malade avait failli être victime.

C'est alors que l'idée me vint de chercher à modifier la sécrétion par des inhalations de vapeurs médicamenteuses, tout en regrettant de n'y avoir point pensé plus tôt. Je fis d'abord respirer des vapeurs d'iode qui ne modifièrent pas sensiblement la nature de la sécrétion; il est vrai que les inhalations n'étaient faites qu'une seule fois par jour et pendant quelques minutes seulement. Quoi qu'il en soit, j'abandonnai l'iode pour les inhalations d'essence de térébenthine, qui furent commencées le 10 avril. Voici quels étaient, à ce moment, les symptômes constatés à l'examen de la poitrine et les caractères de la matière de l'expectoration.

La sonorité de la poitrine est partout à peu près normale; on entend dans tous les points de gros râles muqueux et des râles sous-crépitants; vers la partie moyenne, en arrière, dans le voisinage de la colonne vertébrale, il y a des deux côtés un souffle bronchique ressemblant au souffle tubaire de la pneumonie; la persistance de ce souffle, son existence des deux côtés, l'absence de matité et de râles crépitants ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence d'une dilatation des bronches.

La matière de l'expectoration est très-abondante (environ un verre ordinaire en vingt-quatre heures), constituée par de gros crachats consistants, visqueux, d'une couleur jaune verdâtre, non aérés, sans interposition d'aucun liquide aqueux, d'une odeur fade et nauséeuse.

Pendant les premiers jours où j'employai les inhalations d'essence de térébenthine, je n'en faisais qu'une seule par jour; encore le malade s'y prêtait-il d'assez mauvaise grâce, ne comprenant pas à quoi cela pouvait lui servir, de telle sorte qu'elles étaient pratiquées d'une manière un peu défectueuse; cependant, après une huitaine de jours, l'amélioration était déjà tellement évidente qu'il finit par s'en apercevoir et qu'il en vint à demander lui-même l'appareil; je prescrivis alors deux inhalations par jour.

Voici quels étaient, quinze jours après le début du traitement, les changements survenus dans son état :

A l'auscultation, le souffle persiste comme précédemment, mais les râles sont beaucoup moins nombreux et moins gros, le murmure vésiculaire s'entend plus distinctement et dans un plus grand nombre de points. La matière de la sécrétion est considérablement réduite, *sa quantité est à peine le quart de ce qu'elle était il y a quinze jours;* ses caractères ont changé du tout au tout; elle est devenue *muqueuse, aérée*, et ne contient plus que *quelques rares traînées purulentes.* En même temps l'état général, subissant indirectement l'influence du remède, s'améliore par suite des changements survenus dans l'état local; les forces reviennent.

Au commencement du mois de juin, les crachats ne sont plus formés que par une matière muqueuse, transparente, peu abondante; on n'y voit pas la moindre traînée purulente. A partir de ce moment je cesse définitivement les inhalations de térébenthine, la guérison persiste néanmoins; j'ai pu m'assurer longtemps après que le catarrhe purulent des bronches n'avait pas reparu.

Dans d'autres cas de catarrhe chronique purulent, où la difficulté de l'expectoration tenait à la viscosité et non à l'abondance du produit de sécrétion, ce sont les inhalations d'iode qui m'ont donné les meilleurs résultats. Le malade dont je vais rapporter l'observation en est un exemple.

Obs. V. — M. B..., officier invalide, entre à l'infirmerie le 17 juin 1870; il est atteint depuis de longues années d'un catarrhe chronique des bronches avec emphysème pulmonaire. Les signes constatés sont les suivants : sonorité exagérée dans divers points, en particulier sous les clavicules et à la base des deux poumons, en arrière; presque partout en arrière la respiration est rugueuse; à droite, nombreux râles sonores à tonalité grave; quelques bulles de râles sous-crépitants à la partie postéro-inférieure gauche; matière de l'expectoration rare, muco-purulente, visqueuse, difficile à détacher; dyspnée assez considérable.

Le 18, je fais faire deux inhalations d'iode; le lendemain l'expectoration est déjà plus facile et la dyspnée moins forte.

Le 20, les crachats, d'un jaune verdâtre, nagent dans un liquide clair, filant, très-abondant; la gêne de la respiration a beaucoup diminué; le bruit respiratoire est presque normal dans la plus grande partie de la poitrine; il n'y a plus ni râles sonores, ni

---

2000 mètres d'altitude, et le plateau de l'Arménie à l'Est, depuis le mont Amanus jusqu'au mont Ararat, dont l'altitude varie entre 3000 et près de 5000 mètres, et dont le mont Ararat occupe le point le plus élevé (5155 mètres). Les monts Carduques, appelés plus tard Gordyens et aujourd'hui *Giundi*, en sont une dépendance.

Une autre chaîne de montagnes borde le littoral de la mer Noire et est désignée sous le nom caractéristique de monts Pontiques : c'est une ramification de l'Anti-Taurus.

Le plateau de l'Asie Mineure ou Anatolie donne naissance à plusieurs cours d'eau, dont trois principaux se jettent dans la mer Noire, deux dans l'Archipel (dont le Méandre) et un dans la Méditerranée (le Cydnus).

Le plateau de l'Arménie donne naissance à deux grands fleuves, auxquels se rattachent de nombreux souvenirs historiques et sur lesquels opéreront les soldats de Xénophon : le Tigre et l'Euphrate. Le Tigre reçoit sur sa rive gauche un certain nombre d'affluents, dont le grand Zab (Ζαπάτας), guéable avant la fonte des neiges, et le petit Zab arrêteront un moment la petite armée grecque.

D'autres nombreux cours d'eau sans importance pour nous et pour notre armée parcourent et arrosent cette contrée.

Les lignes isothermes sont les mêmes que pour l'Espagne et l'Italie, et la température moyenne dans la plaine est de 15 à 20 degrés; mais il n'en est plus ainsi quand on s'élève sur les hauts plateaux, couverts de neiges perpétuelles. Le froid y est très-rigoureux, la végétation mauvaise ou presque nulle. Rappelons qu'en 1843 le docteur Barbier, médecin de quarantaine à Kars, a péri dans les neiges en se rendant d'Erzeroum à Kars (*Gaz. médic.*, 1844, p. 89). Par contre, dans les plaines de la Mésopotamie, la chaleur est parfois insupportable. Cyrus en avait averti les Grecs lorsqu'il leur dit : « L'empire de mes pères s'étend, vers le midi, jusqu'à des pays que la chaleur rend inhabitables aux hommes; du côté de l'Ourse, jusqu'à des terres glacées... » (Xénophon, *Anabase*, liv. I, ch. VII.)

respiration rugueuse, mais on trouve des râles sous-crépitants en arrière aux deux bases.

Du 26 au 29 juin, le malade fait trois inhalations par jour; à cette dernière date la dyspnée a complétement cessé; la toux est devenue très-rare; il n'y a plus que deux ou trois crachats muco-purulents en vingt-quatre heures. On trouve encore quelques râles humides à la base des deux poumons en arrière. Sortie le 3 juillet.

Contrairement aux idées généralement acceptées, le catarrhe chronique affecte quelquefois les petites bronches seules ou même les bronches capillaires; cette affection est toujours limitée à quelques-uns des départements bronchiques; on comprend, en effet, qu'une bronchite capillaire *généralisée* ne peut pas exister à l'état chronique, une pareille affection étant manifestement incompatible avec la persistance de la vie.

J'ai eu l'occasion, pour ma part, d'observer quelques exemples de catarrhe chronique partiel des petites bronches ou même des bronches capillaires chez des vieillards. La difficulté de la respiration est dans ce cas en rapport avec le nombre plus ou moins grand de départements bronchiques envahis par la maladie; elle manque quelquefois lorsque ce nombre est très-restreint; elle peut devenir considérable et mettre l'existence en péril lorsque survient une bronchite aiguë intercurrente, accident auquel ces malades sont particulièrement prédisposés.

On reconnaît l'existence de ce catarrhe à la présence de *râles sous-crépitants très-fins* dans certaines régions circonscrites de la poitrine et à l'examen de la matière de l'expectoration dans laquelle on trouve des filaments ayant le volume et l'apparence de petits fragments de vermicelle cuit et constitués par une matière purulente jaune pâle, d'une assez grande consistance.

J'ai employé les inhalations chez plusieurs malades atteints de cette affection; je n'ai pas à citer, comme pour le catarrhe chronique des grosses bronches, des exemples de guérison radicale, mais j'ai réussi, dans quelques cas, à conjurer par l'emploi des vapeurs d'iode des accidents graves résultant de la généralisation de la maladie et de son passage à l'état aigu. Le malade qui fait le sujet de l'observation suivante en fournit un exemple.

Obs. VI. — Le nommé P..., soldat invalide, âgé de soixante-dix ans, est entré plusieurs fois à l'infirmerie dans les premiers mois de l'année 1870, et toujours pour la même affection : catarrhe chronique des petites bronches, avec passage à l'état aigu amenant dyspnée intense, cyanose, anxiété, puis asystolie consécutive, infiltration œdémateuse des membres inférieurs.

Le jour de son entrée (29 avril), il était dans l'état suivant : très-grande dyspnée, cyanose des muqueuses, toux fréquente, expectoration abondante, muco-purulente, visqueuse, difficile à détacher, sibilances, râles sous-crépitants très-fins et très-nombreux, sonorité partout normale.

Les moyens les plus variés (kermès, ipéca, sels ammoniacaux, scille, digitale, vésicatoires, ventouses) ne produisent qu'une amélioration momentanée, et ne réussissent pas à modifier la sécrétion qui reste toujours extrêmement visqueuse.

Une inhalation d'iode est faite le 15 mai après la visite du matin; à la visite du soir, le malade accuse déjà une amélioration très-prononcée.

Le 16, il dit avoir très-bien dormi, la dyspnée a été beaucoup moins prononcée que les jours précédents; les crachats se détachent beaucoup plus facilement et, en effet, la matière de la sécrétion a subi des modifications très-appréciables, elle est devenue fluide, spumeuse, elle a complétement perdu sa viscosité et n'adhère plus aux parois du vase.

Les inhalations sont renouvelées une fois par jour le 16, le 17 et le 18 mai.

Le 19, l'amélioration est considérable; il n'y a plus eu d'accès de dyspnée, le malade a dormi presque toute la nuit et n'a rejeté qu'un petit nombre de crachats. A l'auscultation on ne trouve plus de sibilances, et les râles sous-crépitants sont devenus très-rares.

Le 20, la dyspnée a définitivement cessé; la matière de l'expectoration a complétement perdu sa viscosité et son état purulent; ce n'est plus aujourd'hui qu'une matière muqueuse, aérée, presque incolore; elle est également beaucoup moins abondante que les jours précédents.

Le malade sort de l'infirmerie le 3 juin.

J'ai rapporté cette observation pour montrer que le catarrhe chronique, même lorsqu'il affecte les petites bronches, peut être avantageusement modifié par les inhalations d'iode, malgré la difficulté que les produits de sécrétion opposent dans les cas de ce genre à la pénétration des vapeurs.

Emploi des inhalations d'essence de térébenthine dans l'hémoptysie. — L'action constrictive exercée par l'essence de térébenthine sur les petits vaisseaux, ses propriétés hémostatiques bien connues, auraient dû suggérer l'idée de l'employer en inhalations pour combattre l'hémoptysie; aussi n'ai-je pas été peu surpris de voir que personne n'y avait pensé avant moi, bien que cependant l'emploi de cette essence par la voie du tube digestif soit contre cet accident d'un usage presque vulgaire.

Il y a de nombreuses variétés d'hémoptysies, et je suis loin de considérer les inhalations d'essence de térébenthine comme un moyen infaillible d'arrêter toutes les hémorrhagies qu'on englobe sous cette dénomination générique. Il y a des distinctions à faire.

Ces inhalations, que j'ai employées avec succès dans un certain nombre de cas, me semblent indiquées seulement lorsque l'hémorrhagie est modérée et constituée par la présence de crachats mélangés de stries sanguines ou légèrement teintés de sang, ou encore lorsque le malade rejette du sang pur, mais en petite quantité à la fois et par crachats isolés;

Tel est le pays que dut parcourir, quatre cents ans avant l'ère chrétienne, une petite armée grecque composée de dix mille hommes environ, conduite par Xénophon, au milieu de peuplades ennemies et barbares, sans vivres, sans connaissance des lieux, obligée de se confier la plupart du temps à des guides infidèles, ayant à lutter contre les hommes, contre la faim, contre le froid, voyageant par petites étapes de quatre à cinq lieues, traversant des montagnes sans routes, des rivières sans ponts ni bateaux, et, malgré ces conditions désastreuses, sachant tout braver et imposer partout le respect du nom grec.

II

Darius II, roi de Perse, avait laissé en mourant deux fils, Artaxerxès surnommé Mnémon, à cause de sa remarquable mémoire, et Cyrus le Jeune. Le premier, qui était l'aîné, eut pour héritage le trône de Perse; le second eut un gouvernement important dans l'Asie Mineure. Peu satisfait d'être soumis à son frère, il leva une armée considérable que Xénophon évalue à plus de cent mille hommes, non compris treize mille Grecs mercenaires que Cyrus avait enrôlés sans leur faire connaître le motif réel de son expédition.

Nous ne suivrons pas l'armée de Cyrus depuis Ephèse et Sardes jusqu'au champ de bataille de Cunaxa, en Babylonie, pendant les quatre-vingt-treize étapes parcourues, soit environ cinq cent trente lieues (2140 kilomètres). Elle trouva des vivres sur son passage, outre ceux qu'elle emportait avec elle. Cyrus, en chef habile et sage, ménageait ses troupes et accordait toujours quelques jours de repos après les étapes un peu longues. Il y a de cela plus de deux mille ans, et nous ne faisons pas autrement aujourd'hui. Depuis le départ de Sardes, il y avait eu près de cent journées de séjour. On voit qu'à cette époque l'hygiène du soldat n'était pas négligée, et que Cyrus mettait en pratique ce grand principe administratif que nous lisons dans la *Cyropédie :* « Pour la santé, j'ai entendu dire et j'ai vu que, comme les villes qui veulent être en bonne

dans tous les cas, en un mot, où l'hémorrhagie se fait, sinon par les capillaires, au moins par des vaisseaux de petit calibre, quelle que soit d'ailleurs la cause organique sous l'influence de laquelle elle se produit. Tous les malades chez lesquels j'ai employé ces inhalations étaient des phthisiques, et chez tous j'ai réussi en très-peu de temps à faire cesser l'hémorrhagie.

Dans les cas d'hémoptysies abondantes causées par la rupture d'un vaisseau d'assez fort calibre, les inhalations réussiraient certainement moins bien, mais peut-être seraient-elles encore utiles, au moins comme moyen auxiliaire de traitement; je n'en puis rien dire de plus précis, n'ayant pas eu l'occasion de les employer dans des cas de ce genre.

CONCLUSIONS.

1° Les affections de la muqueuse des voies respiratoires peuvent être dans certains cas avantageusement combattues par des inhalations de vapeurs médicamenteuses.

2° Dans la première période de l'inflammation aiguë de cette muqueuse, la douleur, la toux et les sensations pénibles, qui sont la conséquence de l'irritation et de la sécheresse, sont rapidement calmées par des inhalations de vapeurs aromatiques, humides et chaudes.

3° L'action calmante est encore plus prononcée si l'on ajoute au liquide qui sert à l'inhalation une petite quantité de certaines substances calmantes volatiles : éther, eau distillée de laurier-cerise, ciguë.

4° Des inhalations *fréquemment renouvelées* d'essence de térébenthine, lorsqu'elles sont faites au commencement de la première période de l'inflammation, peuvent en enrayer la marche.

5° Les vapeurs d'iode exercent une action irritante sur la muqueuse des voies aériennes, elles déterminent des efforts de toux et augmentent la sécrétion muqueuse.

Cette action irritante peut être utilisée :

a. Pour diminuer la tuméfaction de la muqueuse en faisant passer l'inflammation de la première à la deuxième période. Cette indication existe surtout dans les cas où, l'inflammation occupant les petites bronches, le gonflement de la muqueuse est assez grand pour qu'il y ait menace d'insuffisance respiratoire;

b. Pour diminuer la consistance et la viscosité des produits de sécrétion morbide par leur mélange avec le mucus, dont les vapeurs d'iode exagèrent la formation;

c. Pour provoquer des efforts de toux et débarrasser les voies aériennes des produits qui s'y sont accumulés.

6° Ce n'est pas uniquement par leurs propriétés irritantes que les vapeurs d'iode modifient la muqueuse des voies aériennes.

L'iode possède, en effet, la propriété de tarir les sécrétions purulentes, et, d'autre part, il arrête et prévient la fermentation putride.

Aussi, lorsque la muqueuse des voies aériennes fournit une sécrétion purulente résultant, soit d'une inflammation aiguë parvenue à la troisième période, soit d'une inflammation chronique, les inhalations d'iode diminuent peu à peu la quantité de pus et finissent dans certains cas par changer tout à fait la nature de la sécrétion qui devient entièrement muqueuse.

7° Bien que l'essence de térébenthine à l'état liquide soit pour les tissus avec lesquels on la met en contact un irritant assez énergique, les inhalations faites avec cette essence sont facilement supportées par la muqueuse des voies aériennes; elles n'y déterminent qu'une irritation très-modérée et ne provoquent que rarement des quintes de toux.

8° Lorsque la muqueuse est malade et fournit un produit de sécrétion, ces vapeurs ont pour effet d'en diminuer la quantité et d'en augmenter la consistance.

9° Si le produit de sécrétion est purulent, les inhalations d'essence de térébenthine continuées pendant un temps suffisant diminuent progressivement la quantité du pus et peuvent, dans certains cas, tarir complétement la sécrétion.

Ces inhalations sont indiquées dans toutes les affections du larynx, de la trachée et des bronches, accompagnées d'une sécrétion muco-purulente très-abondante et dépourvue de viscosité.

Il faut, au contraire, éviter de les employer toutes les fois que l'expectoration est difficile par suite de la trop grande viscosité des produits de sécrétion.

10° Dans les cas où ces produits sont en même temps très-abondants et très-visqueux, on peut arriver, par les inhalations alternées de vapeurs d'iode et de vapeurs térébenthinées, à diminuer rapidement la quantité de la sécrétion, sans en augmenter la viscosité. C'est l'inhalation d'iode qui doit toujours être faite la première.

11° Les inhalations d'essence de térébenthine sont indiquées dans les hémoptysies, et réussissent très-bien lorsqu'il s'agit d'une hémoptysie de moyenne intensité.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Polymorphisme des ténias.

Camp de Fontainebleau, 14 juin 1879.

Absent momentanément de Paris pour raison de service, je lis seulement aujourd'hui, dans la *Gazette hebdomadaire*, le compte rendu de la séance de la *Société médicale des*

---

santé se choisissent des médecins, les généraux emmènent avec eux des médecins pour leurs soldats; par conséquent, à peine entré en fonctions, je m'en suis préoccupé, et je crois, mon père, que j'ai avec moi des hommes habiles dans l'art médical » (Xénophon, *Cyropédie*, liv. I, ch. VI); car, dit-il un peu plus haut, qu'est-ce qu'une armée sans la santé? Τίδ' ἄνευ τοῦ ὑγιαίνειν.

C'est à Cunaxa que se termina la lutte entre les deux frères Artaxerxès et Cyrus. Cette bataille est admirablement décrite par Plutarque et surtout par Xénophon, et les deux chefs payèrent de leur personne. Artaxerxès fut blessé d'un javelot dans la poitrine (κατὰ τὸ στέρνον), et il reçut les soins de son médecin Ctésias, qui était près de lui. Au moment où Cyrus venait de blesser son frère, il était blessé lui-même d'une javeline entre la tempe et l'œil : il y eut écoulement de sang, vertige ténébreux, syncope. Cyrus, renversé de son cheval, revint à lui; on le souleva pour marcher, la tête penchée sur l'épaule; il reçut alors une nouvelle blessure dans le jarret, tomba la tête contre une pierre et mourut sur le coup (Plutarque, *Vie d'Artaxerxès*, éd. Teubner. Lipsiæ, p. 116, 117).

Le nombre des morts fut considérable : Ctésias l'évaluait à neuf mille du côté d'Artaxerxès et à vingt mille du côté de Cyrus. Diodore de Sicile, au contraire, porte à quinze mille les morts d'Artaxerxès et à trois mille seulement ceux de Cyrus (Diodore de Sicile, *Hist. univ.*, liv. XIV, ch. XXIV). Nous sommes de l'avis de Plutarque, qui trouve ces chiffres contestables.

Cunaxa était à trois étapes de Babylone.

A partir de ce moment les événements devinrent plus sombres pour les Grecs. Il en restait environ dix mille qui refusèrent de se soumettre aux Perses et ne voulurent pas revenir en Grèce par le même chemin, dans la crainte de manquer de vivres. C'est alors que commença pour eux la fameuse retraite avec toutes ses privations.

A l'aide de guides, l'armée grecque arriva vers des villages où l'on trouva en abondance du blé et d'autres aliments four-

hôpitaux du 23 mai dernier, dans laquelle M. Laboulbène est venu protester contre « les assertions que j'ai émises au sujet du polymorphisme des ténias ».

Ignorant si, dans cette Société, un étranger a droit de réponse quand il y est pris à partie, je viens vous demander de vouloir bien accorder, dans la *Gazette hebdomadaire*, l'hospitalité à quelques lignes de réponse que j'adresse à la « protestation » de M. Laboulbène.

Quelle preuve M. Laboulbène apporte-t-il pour démontrer « l'erreur manifeste » dans laquelle je suis tombé suivant lui? Sont-ce des faits nouveaux contredisant ceux que j'ai mis en lumière et qui sont la preuve irréfragable des nouvelles vues que j'ai émises (*Journal de l'anatomie et de la physiologie* de M. Ch. Robin, n° de juin 1879)? Nullement, il passe complètement ces faits sous silence et se contente de répéter ce qui se dit depuis vingt ans, à savoir : « qu'il est sûr que le *Tænia solium* vient du *Cysticercus cellulosæ* du porc, tandis que le *Tænia inermis* vient du *Cysticercus inermis* du bœuf ».

Oui, en ce qui regarde l'origine porcine du *Tænia solium*, la preuve et la contre-épreuve ont été faites, et j'ai moi-même apporté des preuves cliniques des plus importantes à l'appui de cette origine. En est-il de même de l'origine bovine du ténia inerme? A-t-on obtenu le développement de ce dernier chez l'homme par l'ingestion directe de cysticerques inermes du bœuf, comme on l'a fait pour le premier? A-t-on même jamais vu, en France, où pourtant le ténia inerme de l'homme est si commun, des bœufs présentant *spontanément*, c'est-à-dire sans avoir été infectés expérimentalement, ce fameux cysticerque inerme? Non; alors sur quoi repose cette assertion que le ténia inerme de l'homme a pour origine la viande de bœuf?

L'origine prétendue bovine du ténia inerme de l'homme s'appuie exclusivement sur l'expérience qui a consisté à rendre des veaux ladres en leur ingurgitant des œufs de ténias inermes, expérience qui n'a jamais réussi sur le bœuf adulte. Mais cette expérience ne prouve pas plus que le cysticerque ladrique soit un parasite normal du bœuf, que celle d'Ercolani, obtenant le développement complet de l'ascaride du cheval dans les poumons du chien, ne prouve que cet ascaride est un parasite normal de l'espèce canine.

Enfin, comme dernier argument, comme « raison majeure » qui empêche à elle seule M. Laboulbène d'adopter l'hypo» thèse de M. Mégnin, c'est que, non-seulement la tête, le » corps ou strobile et les anneaux sexués ou cucurbitaires » des ténias inermes et armés de l'homme diffèrent par leur » forme, leur armature, la disposition des pores génitaux, » mais encore par les digitations de l'utérus, par leurs œufs » et surtout par leurs cysticerques absolument distincts venus » de ces œufs eux-mêmes non identiques. Réunir ou englober » comme une seule espèce de vers des animaux réellement » différents, ce n'est pas faire avancer la science, mais rétro» grader et revenir sur un progrès accompli. »

Ces lignes de M. Laboulbène pourraient s'appliquer mot pour mot aux phases adultes et aux phases imparfaites, quoique ovigères, des phylloxéras. Or, je sais M. Laboulbène trop bon entomologiste pour ne pas admirer les recherches de MM. Balbiani et consorts sur cet insecte polymorphe, recherches qu'il ne regarde certainement pas comme ayant fait rétrograder la science.

Mais ce qui m'a le plus frappé dans la « protestation » de M. Laboulbène, c'est son étonnement, marqué par un point d'exclamation (!), quand je me permets de regarder « les ténias armés comme des ténias imparfaits (quoique sexués et ovigères!) ».

N'est-ce pas un fait connu de tous les naturalistes que la présence des sexes et la faculté de reproduction ne sont pas la caractéristique infaillible de l'état adulte et complet? Faut-il encore rappeler les *pucerons*, qui font déjà des petits à l'état de larve? Et l'axolotl, qui s'accouple et qui pond, et que l'on a pris si longtemps pour une espèce définie; n'est-il pas démontré maintenant que c'est un vrai têtard, un état imparfait d'une espèce de triton du Mexique, ayant encore les branchies caractéristiques de l'état larvaire?

Plus la science marche et plus les exemples de dimorphisme et de polymorphisme abondent dans les êtres inférieurs, surtout dans la classe des polypes, à laquelle appartiennent les ténias; nous voyons même certaines espèces, beaucoup plus voisines des ténias que les phylloxéras et les axolotl, comme la *Medusa aurita*, appartenir à la classe des polypes pendant une partie de leur existence et à la classe des acalèphes pendant une autre, se multiplier d'abord par scissiparité et par bourgeonnement, puis par des œufs, absolument comme certains téniadés, les échinocoques, par exemple.

L'avenir nous réserve bien d'autres surprises, surtout en ce qui concerne le monde des parasites inférieurs.

En terminant sa protestation, M. Laboulbène annonce que M. Davaine est tout à fait dans son opinion. Mon Dieu, je sais bien que l'on n'abandonne pas volontiers des idées que l'on a longtemps caressées et que l'on a exprimées dans des publications importantes et justement estimées. Moi aussi je pourrais faire comme M. Laboulbène et m'appuyer de l'autorité de naturalistes éminents, membres de l'Institut ou en voie de le devenir, qui ne regardent pas du tout mes recherches sur les ténias comme des reculades de la science; j'aime mieux exprimer l'espoir que l'étude impartiale des faits finira, j'en suis convaincu, par nous mettre d'accord.

Veuillez agréer, etc.

MÉGNIN,
Lauréat de l'Institut.

---

nis par les palmiers, nombreux dans ces contrées. Les palmiers sont pour ces peuples ce que sont pour nous les graminées. Les bourgeons terminaux des palmiers et surtout de l'*Euterpe edulis*, appelés choux palmistes, se mangent cuits comme les artichauts. La sève des palmiers se convertit en une liqueur vineuse fort capiteuse, dont burent les soldats grecs, et avec un peu d'excès.

Entourés d'ennemis, privés de leurs généraux massacrés dans un guet-apens, arrêtés par des fleuves presque infranchissables, abandonnés seuls et sans cavaliers pour protéger leur retraite, les Grecs élurent pour général Xénophon.

La petite armée remonta le Tigre, ayant à essuyer des escarmouches continuelles, et arriva enfin à des villages avec d'assez nombreux blessés, puisqu'on y établit huit médecins (Xénophon, *Anabase*, liv. III, § 4, et liv. V, § 5), καὶ ἰατροὺς κατέστησαν ὀκτώ. Ce placement des malades dans les villages voisins était usité chez les Grecs; car plus loin, lorsque l'armée de Xénophon arriva à Cotyore, sur le rivage du Pont-Euxin, il nous apprend que les habitants de cette localité refusèrent d'abord de recevoir ses malades. Le service médical ne devait rien laisser à désirer quant au nombre, car on ne peut supposer que tous les médecins fussent ainsi détachés de l'armée; en tout cas, ce serait un médecin pour un millier d'hommes.

Nous laisserons les Grecs traverser les monts Carduques, passer le fleuve Centrite (Khabour); mais après quelques rudes étapes nous les retrouverons à leur entrée dans l'Arménie.

Ici tout sembla conspirer contre eux; s'ils crurent se trouver au milieu de populations un peu moins hostiles, par contre ils eurent à lutter contre toutes les rigueurs de l'hiver. La neige tomba si serrée qu'elle couvrit les hommes et les bêtes, qu'elle engourdit. Pour garantir les parties exposées au froid, on les frottait de matières grasses, de saindoux, d'huile de sésame, d'amandes amères, de térébenthine. Les soldats russes de la Sibérie se graissent encore le nez et les oreilles

RÉPONSE.

Je viens de lire la lettre de M. Mégnin avec l'attention que mérite tout ce qui vient de ce travailleur distingué et consciencieux. Quand j'ai donné mon opinion à la Société médicale des hôpitaux sur des assertions qui me paraissent encore hypothétiques, c'est après une présentation de M. Féréol sur un cas de ladrerie humaine. M. Mégnin sait l'estime que j'ai pour sa personne et pour ses travaux; il se tromperait en croyant à une attaque directe de ma part.

Mais j'avoue ne pas comprendre que, les ténias inermes étant seuls, d'après M. Mégnin, des ténias parfaits, ne pouvant prendre leur développement ultime que chez des herbivores, etc., l'homme puisse présenter le ténia armé et le ténia inerme, provenant d'un seul germe ladrique, identique. Le cysticerque inerme du bœuf n'existe pas pour M. Mégnin.

Je ne veux pas insister plus longtemps : en deux mots, les faits rigoureusement contrôlés ne se prêtent pas à l'hypothèse de M. Mégnin. S'il démontrait ce que nous ne comprenons pas avec M. Davaine, je m'empresserais de le féliciter, car je sais combien nous avons encore à apprendre. Quant aux exemples des métamorphoses du phylloxéra, de l'axolotl, des méduses, l'honorable M. Mégnin aurait pu en ajouter beaucoup d'autres, par exemple l'hypermétamorphose des méloïdes (de la cantharide, en particulier, que vient de nous faire connaître M. Lichtenstein), sans que cela prouve rien pour ou contre les premiers états d'un très-grand nombre de ténias ou d'autres cestoïdes dont le développement est absolument inconnu.

Agréez, etc.

A. Laboulbène.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Augmentation des matières albuminoïdes dans la salive des albuminuriques. Note de M. *Vulpian*. — Dans le cours d'essais thérapeutiques faits à l'aide d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, l'auteur avait vu que la salive recueillie chez un malade atteint d'affection de Bright et soumis à des injections de ce genre contenait une quantité notablement plus considérable de matières précipitables par l'acide azotique et par la chaleur que dans l'état normal. Il avait répété l'expérience sur le même malade, sur sa propre demande, car celui-ci s'était senti soulagé à la suite de la première injection. Comme la première fois il avait peu sué, mais il avait considérablement salivé, et, cette fois encore, on avait noté le même résultat. M. Straus, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux, prié par M. Vulpian de faire des recherches dans le même sens, n'a eu l'occasion de faire des injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine que sur deux malades atteints d'albuminurie, et sur chacun de ces malades il a observé le fait dont je viens de parler.

Le malade sur lequel M. Vulpian avait noté l'augmentation des matières albuminoïdes dans la salive offrait une infiltration œdémateuse peu considérable. Son affection rénale était mixte; elle offrait à la fois les caractères de la néphrite parenchymateuse et ceux de la néphrite interstitielle; elle existait déjà depuis plusieurs mois.

Le premier des deux malades observés par M. Straus était un homme âgé de quarante ans, entré à l'hôpital Tenon pour s'y faire soigner d'une néphrite parenchymateuse datant de six mois environ. Son urine contenait une assez forte quantité d'albumine. Deux injections de chlorhydrate de pilocarpine et une injection de nitrate de pilocarpine ont été faites sous la peau de ce malade, à plusieurs jours d'intervalle. Chaque fois M. Straus a vu la chaleur et l'acide nitrique produire un trouble très-prononcé dans la salive sécrétée sous l'influence de la pilocarpine, après qu'on avait pris soin de traiter ce liquide par l'acide acétique et de le filtrer pour le débarrasser du mucus qu'il contenait. M. Degræve, pharmacien en chef de l'hôpital, a déterminé la quantité de la mucine et de l'albumine contenues dans cette salive : il a trouvé $0^{gr},253$ de mucine et $0^{gr},182$ d'albumine (matière précipitable par l'acide azotique et la chaleur) pour 1000 grammes de liquide filtré.

Le second malade, offrant aussi une forte albuminurie, était un homme âgé de quarante et un ans, atteint d'insuffisance de la valvule mitrale. Deux injections sous-cutanées, chacune de $0^{gr},02$ de nitrate de pilocarpine, ont été pratiquées, à neuf jours d'intervalle, par M. Straus sur ce malade. Il a constaté, comme chez le premier malade, que la salive sécrétée sous l'influence du sel de pilocarpine se troublait considérablement par la chaleur et l'acide azotique. M. Degræve a trouvé dans cette salive $0^{gr},45$ de mucine et $0^{gr},145$ d'albumine pour 1000 grammes de salive filtrée.

Enfin M. Straus a prié M. Degræve de déterminer la quantité de matières albuminoïdes précipitables par la chaleur et l'acide nitrique dans la salive obtenue de la même manière chez un malade non atteint d'albuminurie. Voici les chiffres obtenus : $0^{gr},320$ de mucine et $0^{gr},050$ d'albumine pour 1000 grammes de salive filtrée.

Chez les malades atteints d'albuminurie, la salive peut donc contenir une plus grande quantité de matières albuminoïdes que dans l'état normal. Ce fait, intéressant par rapport aux théories de l'albuminurie, trouve peut-être une explica-

---

pour éviter la congélation de ces parties (De Breyne, *Physiologie catholique*, p. 103).

Dans notre retraite de Russie, Larrey recommandait les frictions avec la neige et la glace, « en ayant la précaution d'en faire une application relative. » (Larrey, *Mémoires et campagnes*, t. IV, p. 138.)

La petite armée grecque continua néanmoins à marcher sous la conduite de guides, et passa l'Euphrate à sa source, ayant de l'eau jusqu'à la ceinture. Après trois jours d'une marche pénible, on eut à essuyer un vent du nord très-froid, qui glaçait les hommes, avec une neige d'une brasse d'épaisseur, de sorte qu'il périt beaucoup de bêtes de somme, d'esclaves et une trentaine de soldats.

Tout le jour suivant on marcha dans la neige, et beaucoup d'hommes éprouvèrent le sentiment pénible d'une faim dévorante; ils furent atteints de boulimie (Xénophon, *Anab.*, liv. IV, § 1), selon l'expression de Xénophon, πολλοὶ τῶν ἀνθρώπων ἐβουλιμίασαν. Brutus, d'après Plutarque, éprouva aussi le même sentiment et faillit en périr. Dans notre désastreuse campagne de 1812, un des médecins qui partagea les douleurs et les privations de notre armée, a constaté les mêmes phénomènes chez nos soldats. « Le froid sec, dit-il, accroît tellement l'activité des forces digestives qu'il porte le sentiment de la faim jusqu'à la douleur, lorsque l'on n'a aucun aliment à introduire dans l'estomac; il en résulte alors cette espèce de névrose appelée boulimie, qui amène la langueur, l'inappétence, la défaillance et la mort. » (Moricheau-Beaupré, *Des effets et des propriétés du froid, avec un aperçu historique et médical sur la campagne de Russie*. Thèse de Montpellier, 1817, n° 90, p. 69, 128.) C'est ce qu'éprouvèrent nos pauvres soldats en Russie.

Xénophon rapporte qu'il vit à l'arrière-garde un certain nombre de soldats gisant à terre, avec ces douleurs atroces de la faim canine, et qu'il les guérit en leur donnant les comestibles qu'il trouva dans les équipages.

Enfin on arriva à un village où les soldats se logèrent

tion très-simple dans l'infiltration des glandes salivaires par la sérosité de l'œdème. S'il n'en était pas ainsi, il faudrait rechercher si c'est une altération de l'épithélium des glandes salivaires ou une modification des principes albuminoïdes du sang ou des liquides infiltrés qu'il faut mettre en cause.

EXAMEN CRITIQUE D'UN ÉCRIT POSTHUME DE CLAUDE BERNARD SUR LA FERMENTATION, par M. *Pasteur* (voy. *Gaz. hebd.*, n° 24, p. 383.)

ÉLECTION. — M. *Donders* est élu membre correspondant, en remplacement de M. *Ehrmann*, décédé.

SUR L'ACTION DU PHÉNATE DE SOUDE CHEZ LES GRENOUILLES ATTEINTES D'AFFECTION BACTÉRIHÉMIQUE. Note de M. *Bacchi*.

Voici comment les expériences ont été faites. On a toujours pris deux grenouilles du même poids, très-vivaces; sous la peau d'une patte de chacune d'elles on a introduit une goutte de sang prise dans le cœur d'une autre grenouille morte de bactérihémie. Un ou deux jours après, ces deux grenouilles étaient très-affaiblies; elles présentaient de l'hyperesthésie réflexe; leur sang contenait une grande quantité de bactéries bien remuantes; la forme des globules rouges commençait à s'altérer. C'est alors qu'on a injecté sous la peau d'une patte d'une des deux grenouilles une certaine quantité de phénate de soude en rapport avec le poids de l'animal, et l'on n'a fait sur l'autre aucun essai de traitement. On a toujours constaté que la première revenait à l'état normal; les bactéries mouvantes devenaient immobiles, puis disparaissaient; les globules reprenaient leur forme primitive, ou du moins on ne retrouvait plus aucun globule déformé, et, au bout de cinq à six jours, l'animal avait repris complétement toute sa vivacité. L'autre grenouille, au contraire, mourait invariablement tantôt un ou deux jours après le jour de l'injection faite sur la première, tantôt même auparavant, et elle mourait avec tous les symptômes de la bactérihémie.

Ces expériences ont été répétées bon nombre de fois, toujours avec les mêmes résultats. La dose de phénate de soude injectée sous la peau d'une grenouille du poids moyen de 30 grammes était de 125 millièmes de milligramme.

LES LÉSIONS HÉMATIQUES DANS LA CHLOROSE, L'ANÉMIE GRAVE DITE PROGRESSIVE ET L'ANÉMIE DES NÉPHRITES. Note de M. *Quinquaud*.

La *chlorose* simple, non compliquée, est une maladie destructive de l'hémoglobine, qui descend à 54 et à 48 grammes pour 1000 de sang. Le pouvoir oxydant est de 85 ou de 80 centimètres cubes d'oxygène. Avec une altération aussi accentuée du cruor, il est remarquable de voir le sérum du sang rester normal.

Dans l'*anémie grave*, dite progressive, les altérations du sérum existent; dans cette affection, qui assez souvent est d'origine puerpérale, l'hémoglobine descend assez rapidement, dès le début, à 78gr,12 lorsqu'il n'existe pas de pertes sanguines; dans le cas où ces dernières se produisent, la matière active des globules descend à 46gr,87, parfois 41gr,66 et 35 grammes. A la période d'état, l'hémoglobine est détruite sans hémorrhagie, à tel point qu'on la trouve à 62gr,50, à 57gr,29, et même, si l'anémie doit être mortelle, à 26gr,3 : toutes les malades qui ont présenté ce chiffre ont succombé.

Dans le cours de cette anémie, il n'est pas rare de voir l'hémoglobine augmenter, puis diminuer. Généralement, ces variations dans le dosage sont en accord parfait avec l'examen des malades, qui nous montrent dans ces mêmes moments des améliorations et des aggravations. En outre, les pesées permettent de suivre avec une méthode rigoureuse les progrès de la maladie en bien ou en mal.

Le *pouvoir* oxydant du sang oscille entre 110 et 120 centimètres cubes; lorsque la maladie doit être fatale, il descend à 50 et même à 40 centimètres cubes.

Le *sérum* est profondément lésé, ce qui établit une différence entre cette forme d'anémie et la *chlorose*. En effet, dans l'anémie grave, on a, pour 1000 grammes de sérum, 63gr,80 de matières solides; parfois le chiffre arrive à 55 grammes dans la période d'état. Au début, le poids descend à 80 grammes et arrive vite à 70 grammes.

Dans la *néphrite parenchymateuse*, l'hémoglobine descend à 68 et 65 grammes, le pouvoir oxydant reste à 105 centimètres cubes d'oxygène; les matières solides du sérum restent au-dessous de 63 grammes. Dans la *néphrite interstitielle*, l'hémoglobine n'arrive guère au-dessous de 78 grammes; le pouvoir oxydant est de 120 à 130 centimètres cubes; les matières solides du sérum sont à 75 grammes au minimum.

Il résulte du parallèle des lésions hématiques de ces quatre affections que chaque maladie (car j'aurais pu citer la plupart des affections du cadre nosologique) possède une lésion spéciale du liquide sanguin.

RECHERCHES SUR LA LOCALISATION DE L'ARSENIC DANS LE CERVEAU. Note de MM. *O. Caillol de Poncy* et *Ch. Livon*. — Les recherches de MM. A. Gautier et Scolosuboff (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, p. 136; 1876) sur la localisation de l'arsenic dans l'organisme ont permis de conclure que ce corps va se condenser tout d'abord dans la matière cérébrale. Ce fait prouvé, il était important de déterminer la portion du cerveau dans laquelle venait se concentrer ce corps. On pouvait supposer ou une simple concentration ou une localisation dans un principe. Dans ce dernier cas, une substitution pouvait s'opérer avec un principe analogue, tel que la lécithine, aux dépens soit de son composant azoté (névrine), soit de son composant phosphoré (acide phosphoglycérique). Les expériences sur des cobayes ont prouvé que, sous l'influence d'un traitement arsenical, l'acide phosphorique augmente considérablement dans les urines. Ce phosphore, dans les conditions où les expérimentateurs se sont placés, ne peut provenir que d'une élimination par substitution, et non d'un état pathologique de l'animal, car dans les affections cérébrales on a constaté plutôt une diminution de l'acide phosphorique dans les urines qu'une augmentation. L'arsenic semble donc remplacer le phosphore de l'acide phosphoglycérique en produisant un acide arsénioglycérique. La lécithine contiendrait ainsi de l'arsenic à la

---

comme ils purent; ceux qui ne trouvèrent pas de gîte succombèrent faute de vivres et de feu, ἄσιτοι καὶ ἄνευ πυρός. Les malades furent portés aux villages voisins.

On laissa en arrière quelques soldats que la neige avait aveuglés ou à qui la neige et le froid avaient gelé les doigts des pieds. Quelques-uns furent atteints de photophobie; ils se garantissaient les yeux contre la neige en les couvrant avec quelque étoffe noire et légère. Le repos était mortel aux uns, nuisible à tous. Xénophon donnait l'exemple, était toujours à pied, employait les moyens de rigueur, le bâton même, pour forcer à la marche ceux qui restaient en arrière. Il avait appris par sa propre expérience combien le repos était dangereux, car s'étant assis pendant un grand froid, pour attendre quelques soldats qui chargeaient leurs bagages, il éprouva une peine infinie à se remettre en marche (Xénophon, *Anab.*, liv. V, § 7).

Tous les médecins militaires savent l'importance de la chaussure chez le fantassin. L'armée de Xénophon eut encore à souffrir de ce côté. Les premières chaussures étant usées, on dut en fabriquer avec du cuir de bœuf nouvellement écorché. Ordre avait été donné aux soldats de se déchausser la nuit; ceux qui négligèrent de s'y conformer ne tardèrent pas à être victimes de leur incurie, car les courroies pénétraient dans les pieds et les sandales se durcissaient par la gelée.

Quant aux bêtes de somme, un chef de village avait indiqué un moyen assez ingénieux de leur faciliter la marche dans la neige : c'était de leur attacher des sacs aux pieds.

Après une quarantaine d'étapes coupées par des temps de repos, on aperçut enfin la mer, et on arriva au pays des Macrons, où les soldats firent usage d'un miel qui produit des effets assez singuliers. Ceux qui en mangèrent éprouvèrent du délire, des vomissements, de la diarrhée avec impossibilité de se tenir sur les jambes. Ceux qui en avaient mangé peu étaient semblables à des gens ivres; ceux qui en avaient mangé beaucoup étaient semblables à des fous furieux ou à des moribonds. Ils gisaient à terre dans une grande prostra-

place de phosphore. Ce résultat ne saurait être certain que lorsque l'on aura isolé cette nouvelle base.

Fièvre puerpérale et bactéridies (Rectification à une communication du 17 mars dernier). Note de M. *Feltz*. — Nos lecteurs savent (voy. *Gaz. hebd.*, n° 24, p. 383) que M. Feltz ayant envoyé à M. Pasteur du sang d'une femme morte de fièvre puerpérale, et dans lequel le premier avait trouvé des *Leptothrix*, M. Pasteur, ne voyant dans ce microzoaire que la bactéridie charbonneuse, adressa à son tour à M. Feltz trois cobayes inoculés avec du sang charbonneux. Et voici ce qu'écrit à ce sujet M. Feltz :

« Ces trois cobayes succombèrent dans mon laboratoire dans la journée du 14 mai ; j'eus donc tout le loisir de les suivre jusqu'à la mort. Je dois dire que les symptômes que j'observai furent les mêmes que ceux que j'ai décrits dans ma note du 17 mars à l'Académie. A l'autopsie, j'examinai avec soin le sang des trois animaux : il m'a été impossible de constater la moindre différence ; non-seulement les sangs, mais les organes internes, et principalement la rate, se trouvaient modifiés de la même manière. »

— M. *Pasteur*, à propos de la communication de M. Feltz, ajoute les remarques suivantes : « Il n'existe donc pas de *Leptothrix puerperalis*. Je dirai plus tard qu'il n'y a pas lieu davantage d'admettre un *Bacillus puerperalis*, comme l'a proposé le docteur Engel à la suite d'une observation du docteur Spillmann, faite également à Nancy au mois de juin 1876. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est autorisée l'élection de M. le docteur *Simon Duplay* comme membre titulaire dans la section de médecine opératoire, en remplacement de M. Veillemier.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : 1° Les comptes rendus des épidémies observées en 1878 dans les départements de la Loire, de Meurthe-et-Moselle, de l'Allier et des Pyrénées-Orientales. (*Commission des épidémies.*) — 2° Le rapport de M. le médecin-inspecteur des eaux minérales d'Evian, pour l'année 1877. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. le docteur *A. Ferrand*, qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique. — 2° Une note de M. le docteur *Deschaux* (de Montluçon), intitulée : *Une lacune dans la fécondation humaine.* (*Comm.* : MM. Luys et Moreau.)

M. *Legouest* présente, au nom de M. le docteur *Védrènes*, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes, une *Étude sur le pansement ouaté au point de vue de la chirurgie d'armée.*

M. *Dechambre* présente, au nom de M. *Grasset* (de Montpellier), une brochure intitulée : *De la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Contribution à l'étude des localisations cérébrales.* (Voy. à la *Bibliographie*, p. 402.)

M. *Gosselin* présente, au nom de M. *Simon Duplay*, le 1er fascicule du tome VI du *Traité élémentaire de pathologie chirurgicale.*

M. *le Président* a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. Jacquemier, membre titulaire. Les obsèques de M. Jacquemier ont eu lieu aujourd'hui mardi ; le bureau tout entier et un grand nombre de membres de l'Académie y assistaient.

D'après le désir du défunt, exprimé par madame veuve Jacquemier, aucun discours n'a été prononcé à cette cérémonie funèbre.

Election. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

La commission, par l'organe de M. Lagneau, rapporteur, présente les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, *ex æquo*, MM. Gallard et Proust ; en deuxième ligne, M. Léon Colin ; en troisième ligne, M. Lunier ; en quatrième ligne, M. Ernest Besnier ; en cinquième ligne, M. Vallin. En outre, M. Brouardel est présenté sous le titre de candidat de l'Académie.

Le nombre des votants étant de 81, majorité 41, M. Gallard obtient 26 suffrages, M. Proust 26, M. Lunier 13, M. Léon Colin 11, M. Ernest Besnier 4, M. Brouardel 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Le nombre des votants étant de 78, majorité 40, M. Proust obtient 37 voix, M. Gallard 36, M. Léon Colin 4, 1 billet blanc.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un scrutin de ballottage entre les deux candidats qui ont obtenu le plus grand nombre de suffrages. Le nombre des votants étant de 79, majorité 40, M. Proust obtient 46 suffrages, M. Gallard 33.

En conséquence, M. *Proust*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire pour la section d'hygiène et de médecine légale.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture de divers rapports de prix par MM. Peter, Devilliers, Villemin et J. Rochard.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Traitement de l'inversion totale ancienne de l'utérus par la ligature élastique. — Résection sous-périostée de l'omoplate et de la tête humérale : guérison. — Présentation d'un malade.

La correspondance comprend : 1° Une brochure de M. *Petit : De l'ataxie locomotrice dans ses rapports avec les traumatismes ;* 2° *De la marche des traumatismes chez les morphiniques*, par M. *Petit ;* 3° *Traité d'ophthalmologie*, t. Ier, par M. *Sichel fils ;* 4° *Du cloisonnement incomplet de l'utérus comme cause de la présentation du tronc*, par M. *Rey* (de Gaillac).

---

tion. Personne ne succomba ; le délire disparut peu à peu, et le troisième ou le quatrième jour chacun put se lever, comme après une purgation.

Nous ne connaissons pas ce miel ; cependant il est indiqué dans Pline, qui le décrit ainsi : « Dans la même partie du Pont, au pays des Sannes, il est une autre espèce de miel appelé *mænomenon* (μαινόμενον μέλι), à cause de la folie qu'il produit. On attribue cette malfaisance à la fleur du rhododendron, dont les forêts sont remplies. » (Pline, *Hist. nat.*, éd. Dubochet, t. II, p. 55, trad. par Littré, liv. XXI, § 45.) Notons en passant que, dans le pays des Mosynœciens, Xénophon se trouva au milieu d'une peuplade barbare, dont les enfants étaient remarquables par leur embonpoint, à cause de leur principale nourriture, qui consistait en châtaignes bouillies.

Après une retraite de 620 lieues en 122 jours de marche et presque autant de repos, la petite armée grecque arriva à Cotyore. Huit mois s'étaient écoulés depuis la bataille de Cunaxa, et sur 10 000 hommes il n'en restait plus que 8600 ; 1400 hommes avaient péri par le fer, la neige ou les maladies.

L'armée grecque avait mis sept mois pour se rendre d'Ephèse à Cunaxa ; elle avait en 93 journées de marche parcouru 530 lieues, c'est-à-dire en moyenne un peu plus de 5 lieues par jour. De Cunaxa à Cotyore, sur les bords du Pont-Euxin, elle parcourut 620 lieues en 122 jours et en huit mois. Toutes les épreuves n'étaient pas terminées : il y eut encore quelques combats dans les environs d'Héraclée, sur les côtes de Bithynie, contre les peuples indigènes ; et les Grecs y perdirent plus de 500 hommes ; mais ils n'avaient plus à lutter contre les éléments. Quelque temps après ils arrivèrent à Byzance et repassèrent dans la Mydie, en Asie Mineure. A Pergame, l'armée toucha au terme de son expédition et de ses souffrances. Elle était réduite à moins de 8000 hommes (liv. VI, § 3).

Un demi-siècle environ après cette mémorable retraite, dans les contrées qui sont actuellement le théâtre d'une

— M. *le Président* déclare que M. Houel a été élu membre honoraire à l'unanimité, et déclare vacante une place de membre titulaire; les candidats devront adresser de nouveau une lettre de candidature.

— M. *Guéniot* fait un rapport sur un travail de M. *Hue* (de Rouen) : *Traitement de l'inversion totale ancienne de l'utérus par la ligature élastique.*

Dans les observations intitulées *inversion complète de l'utérus*, une partie du col reste en place; M. Hue croit avoir trouvé un exemple d'inversion utérine réellement complète. Un cas analogue aurait été observé par Jacquemier (1828). M. Guéniot croit que le cas de M. Hue rentre dans la classe des inversions *presque* complètes.

Une femme, arrivée à la septième grossesse, eut un accouchement lent mais spontané : atonie de l'utérus et hémorrhagie; on tira sur le cordon pour hâter la délivrance; le placenta sortit entraînant avec lui l'utérus. L'hémorrhagie continua. Le médecin appelé ne put réduire l'utérus et le remettre en place. Au bout de dix jours, la malade perdant continuellement du sang, M. Hue fut appelé avec un autre confrère de Rouen; on reconnut une inversion totale de la matrice. La femme était très-faible, on ne put lui donner du chloroforme; mais une injection de morphine atténua la douleur. La réduction fut tentée par tous les procédés connus (Depaul, Courty, Tyler Smith, etc.); aucun résultat. Pendant quatre mois, la malade eut de fréquentes pertes de sang. Le 27 mai, ablation de l'utérus par la ligature élastique, dix jours après une époque de règles. La malade guérit.

Les résultats sont divers selon le lien élastique employé; le chirurgien devrait indiquer la forme et le diamètre du tube élastique employé. Chez la malade de M. Hue, une hémorrhagie considérable survint au bout de quinze heures; elle fut arrêtée par le tamponnement. La tumeur diminua peu à peu de volume, et au bout de quinze jours la muqueuse se putréfia; après quarante jours la tumeur se détacha complétement; on avait fait une seconde ligature vers le vingtième jour. Quand M. Hue put explorer le vagin, il trouva le museau de tanche conservé avec ses deux lèvres intactes, ce qui prouve que l'inversion n'était pas complète.

M. *Després*. Les tentatives de réduction ne sont pas toujours innocentes. Une femme fut apportée dans le service de Nélaton dans les circonstances suivantes : Trois jours après l'accouchement, ayant fait un effort, la matrice sortit; M. Depaul entreprit la réduction avec le bâton; mais l'utérus fut perforé et la femme mourut douze heures après. Ces faits doivent être connus; de même il serait bon de publier les résultats obtenus avec le pessaire à air.

M. *Forget* demande si les faits observés autorisent à repousser l'écraseur linéaire de Chassaignac; dans le cas de M. Hue on aurait évité les hémorrhagies en employant cet instrument. M. Guéniot dit qu'il ne connaît pas de renversement *complet* de l'utérus; M. Forget mettra sous les yeux de la Société un dessin fait par Gratiolet et représentant une inversion *totale* de l'utérus; la femme est morte d'hémorrhagie dans le service de Lisfranc, sans avoir été opérée.

M. *Guéniot* est partisan de la ligature élastique; mais il conseille de faire usage d'un tube élastique de diamètre connu. Quant à l'observation de M. Depaul, elle est publiée depuis longtemps.

M. *Tillaux*. Il ne serait pas prudent d'enlever un utérus avec l'écraseur en quelques heures; si, au contraire, on laisse l'écraseur en place pendant quelques jours, l'action est toute différente.

M. *Tarnier* demande si on a examiné la partie enlevée, et si plus tard on a fait le cathétérisme du col restant en place.

M. *Guéniot*. La muqueuse est tombée en putrilage vers le quinzième jour; au quarantième jour, la masse était en pourriture; on reconnut cependant une corne utérine avec l'insertion d'une trompe. M. Hue examina l'opérée quelques mois après; le museau de tanche était normal, mais le cathétérisme ne fut point pratiqué.

— M. *Nicaise* fait un rapport sur un travail de M. *Brigham* (de San-Francisco): résection sous-périostée de l'omoplate et de la tête humérale; guérison. Le malade a été présenté à la Société de chirurgie.

En mars 1877, le malade avait ressenti une douleur à l'épaule; plusieurs abcès s'ouvrirent successivement; en octobre 1877, onze fistules existaient sur le moignon de l'épaule. Opération le 23 octobre après éthérisation. Résection de la tête de l'humérus au niveau du col chirurgical. L'omoplate est détachée par la rugine et les doigts des muscles qui s'y insèrent. Pansement avec glycérine phéniquée. Le 1er janvier 1878, le bras exécutait des mouvements. La tête humérale était rugueuse et dénudée; la cavité glénoïde de l'omoplate était détruite.

Sur le malade, on a pu constater que la clavicule faisait une saillie notable; il n'y a pas de reproduction osseuse régulière. Les mouvements d'abduction du bras sont limités.

La première résection de l'omoplate a été faite en 1855 par M. Langenbeck. Heyfelder, en 1856, enleva une omoplate pour une carie; le malade mourut. L'opération est relativement facile dans les cas de carie; quand il s'agit d'une tumeur de l'omoplate, l'opération est difficile. Chez un malade opéré par M. J. Bœckel et âgé de quinze ans, la régénération osseuse fut complète. L'opéré de M. Brigham avait trente-cinq ans.

---

guerre entre l'Angleterre et l'Afghanistan, où d'immenses déserts sont coupés par des chaînes de montagnes s'élevant à près de 4000 mètres, l'armée d'Alexandre éprouva les mêmes souffrances que les Grecs de Xénophon. « Dans cette immense solitude, privée de tout secours humain, dit Quinte-Curce, l'armée essuya tous les maux possibles : la faim, le froid, la fatigue, le découragement. Beaucoup périrent par le froid excessif de la neige, d'autres eurent les pieds gelés. La neige fut surtout pernicieuse à la vue de la multitude. Quand, excédés de fatigue, les soldats tombaient sur la glace, dès qu'ils cessaient de se mouvoir ils s'engourdissaient tellement par le froid qu'il leur était impossible de se lever. Leurs compagnons les tiraient de cet engourdissement, et il n'y avait pas d'autre remède que de les contraindre à la marche... » (Quinte-Curce, *De rebus gestis Alexandri* (liv. VII, ch. III, § 11.) Comme l'avait fait Xénophon, Alexandre donna l'exemple à son armée; il relevait les uns, soutenait le courage des autres et se portait partout, marchant toujours à pied.

Plus de deux mille ans après la retraite des Dix mille Grecs, une armée de 400000 hommes, commandée par Napoléon, s'était concentrée à Mayence et en partait au commencement du mois de mars 1812, pour voir se renouveler dans les plaines de la Russie toutes les misères subies sur les plateaux de l'Arménie et dans le pays des Paropamisades par les soldats de Xénophon et d'Alexandre. Larrey a été l'un des héros et l'historien médical de cette douloureuse campagne, où l'une des plus belles armées du monde fut presque anéantie par la misère et par le froid, qui descendit à — 28 degrés Réaumur. Comme Xénophon, comme Alexandre, Larrey ne monta jamais à cheval, et « s'est entièrement privé du plaisir de se chauffer ». C'est à sa robuste constitution, c'est à l'exercice continu qu'il dut son salut. « Malheur, dit Larrey, à celui qui se laissait saisir par le sommeil! quelques minutes suffisaient pour le geler entièrement. » (Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire, etc.*, t. IV, p. 1 à 283.) « La mort de ces infortunés, dit-il, était devancée par la pâleur du visage, par une sorte

— M. *Duplay* présente un garçon qui a subi il y a quatre ans la résection totale du corps du tibia gauche, à la suite d'une périostite phlegmoneuse; le périoste avait été conservé; l'os s'est reproduit; le raccourcissement est de 1 centimètre; l'individu ne boite pas.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 14 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Action centrale du salicylate de soude: M. Bochefontaine. — Influences d'arrêt de l'encéphale sur les fonctions motrices de la moelle: M. Brown-Séquard. — Épilepsie spinale: M. Laborde. — Absence des trous de Monro dans le cerveau des sujets adultes: M. M. Duval.— Substitution de l'arsenic au phosphore dans le cerveau: MM. Caillol et Livon. — Sur la perception de la couleur rouge chez les opérés de cataracte: M. Galezowski. — Survie après un empoisonnement prolongé par le curare: M. Paul Bert.

M. *Bochefontaine*, à propos d'une communication faite dans la séance précédente par M. Oltramare sur l'action du salicylate de soude, rappelle ses propres recherches qui tendent à établir que le salicylate de soude agit sur la sensibilité par l'influence qu'il exerce sur les centres nerveux. Il ajoute que la respiration a toujours été modifiée dans ses expériences et vraisemblablement aussi sous l'influence d'une action centrale du salicylate de soude. Les différences observées par M. Oltramare tiennent sans doute à ce qu'il a expérimenté sur des herbivores qui, comme on l'a noté il y a déjà quelques années, sont peu sensibles à l'action du salicylate de soude.

— M. *Brown-Séquard* rapproche des paralysies directes observées par lui à la suite des hémisections transversales du bulbe, du pont de Varole, les mouvements du même côté produits par la galvanisation des mêmes régions. Il dit qu'en présence de ces faits il faut renoncer aux idées courantes qui attribuent les paralysies à l'interruption de fibres motrices dans les cas de sections: il s'agirait d'une irritation locale des éléments nerveux, irritation produisant à distance une influence suspensive sur les parties motrices de la moelle. Comme exemple de ces actions à distance il cite le fait d'un lapin dont il avait mis à nu la couche optique du côté droit et dont le membre antérieur droit affectait l'attitude du membre à demi paralysé, telle qu'on l'observe à la suite de la destruction des zones dites motrices du cerveau. Les régions qu'on considère comme motrices diffèrent seulement des autres zones du cerveau en ce qu'elles présentent une prédominance de l'action motrice sur l'action suspensive.

Comme réciproque des actions suspensives du cerveau sur la moelle, M. Brown-Séquard rappelle certains faits qui tendent à établir l'action inhibitoire de la moelle sur le cerveau: il a vu qu'à la suite de l'hémisection de la moelle à la partie inférieure de la région dorsale l'excitation galvanique de la base du cerveau du côté opposé ne produisait pas de mouvements; l'excitation du côté correspondant produisait au contraire des mouvements exagérés. L'encéphale et la moelle ont donc les mêmes influences suspensives l'une sur l'autre.

— M. *Laborde* présente un lapin dont le sciatique a été sectionné quelque temps auparavant et chez lequel les attouchements de la patte déterminent de petites attaques d'épilepsie spinale. Chez un cochon d'Inde dont le sciatique a été coupé, les attaques d'épilepsie ne sont pas encore généralisées: elles se produisent seulement dans le membre postérieur quand on irrite la peau du cou: M. Laborde considère ces accès partiels comme le premier degré de l'accès généralisé.

— M. *M. Duval*, revenant sur une assertion qu'il avait émise sans autre développement dans une précédente communication, à savoir que les trous de Monro n'existent pas dans le cerveau adulte des mammifères, apporte aujourd'hui les preuves sur lesquelles repose son opinion. Il faut, dit-il, considérer les trous de Monro: 1° au point de vue de la communication qu'ils établiraient entre les ventricules latéraux et le ventricule moyen; 2° au point de vue du passage des plexus choroïdes. En pratiquant des coupes successives on constate qu'il n'y a pas de communication persistante entre le ventricule moyen et les ventricules latéraux dans le cerveau de l'homme, du chien, du chat, du rat, à l'état adulte. Le plexus choroïde est en dehors de la cavité ventriculaire comme l'intestin est en dehors de la cavité péritonéale: il est revêtu d'une couche de substance nerveuse dont il s'est coiffé et qu'il a refoulée devant lui en se développant vers le ventricule latéral.

Ces faits sont importants aussi bien au point de vue de la distribution normale du liquide céphalo-rachidien qu'au point de vue du mode de production des hydropisies ventriculaires, comme le font remarquer MM. P. Bert et Bochefontaine.

— M. *Laborde* présente une note de MM. Caillol et Livon, sur la substitution de l'arsenic au phosphore dans les centres nerveux à la suite de l'empoisonnement par l'arsenic.

— M. *Galezowski* a constaté que plusieurs opérés de cataracte avaient des impressions rouges persistantes, et, ne pouvant attribuer ces troubles visuels à l'action de la belladone, il se demande s'il n'y aurait pas perception du rouge rétinien par les opérés à la suite de l'ablation du cristallin.

M. Pouchet fait remarquer qu'il s'agit ici sans doute d'un phénomène seulement subjectif; à son avis ces sensations anormales de la vision ont leur source non dans la rétine, mais dans le cerveau lui-même. D'après ce qu'on sait de la fonction des différentes couches de la rétine, il est difficile

---

d'idiotisme, par la difficulté de parler, la faiblesse de la vue et même par la perte totale de ce sens; et dans cet état quelques-uns marchaient plus ou moins longtemps, conduits par leurs camarades ou leurs amis. L'action musculaire s'affaiblissait sensiblement; les individus chancelaient sur leurs jambes comme des hommes ivres; la faiblesse augmentait progressivement jusqu'à la chute du sujet, signe certain de l'extinction totale de la vie. »

36 000 hommes à peine résistèrent à ces misères, qui durèrent trois mois, du 13 novembre 1812 au 10 février 1813.

La neige n'est pas moins désastreuse que le froid le plus rigoureux, et c'est elle surtout qui a fait périr un certain nombre de Grecs. Au mois de janvier 1845, une petite colonne française de 2800 hommes opérait en Afrique une retraite de Bou-Thaleb sur Sétif, dans la province de Constantine (Sétif est à 1100 mètres d'altitude). La température ne descendit guère au-dessous de — 4 degrés; il y avait plus de 40 centimètres de neige couvrant le sol. Pendant la nuit du 2 au 3 janvier, 208 hommes périrent pendant la marche; 250 hommes seulement peuvent être considérés comme ayant complétement échappé à l'influence désastreuse de la neige; 532 entrèrent à l'hôpital; les autres, au nombre de 1800 environ, furent traités à la caserne (Shrimpton, *Relation de la retraite de Bou-Thaleb*, in *Mém. de méd. milit.*, 2e série, t. I, p. 154).

Si nous voulons porter nos souvenirs sur une époque encore bien récente, et consulter le *Rapport sur les résultats du service médico-chirurgical des ambulances de Crimée pendant la campagne d'Orient*, nous y verrons que 309 268 hommes furent envoyés de France et d'Afrique pendant les années 1854, 1855 et 1856; le thermomètre descendit jusqu'à — 22 degrés, et les cas de congélation dans l'armée française s'élevèrent à 5290, parmi lesquels 1178 se terminèrent par la mort (Chenu, *Rapport, etc.;* Paris, 1865, in-4, p. 8).

D'après cet aperçu historique, il est hors de doute que, dès la plus haute antiquité, des médecins ont été attachés

d'admettre que le rouge rétinien soit en cause dans les cas dont parle M. Galezowski, puisque cette matière colorante siége en arrière des couches sensibles de la rétine.

Du reste on pourrait trancher la question en exposant l'œil à une vive lumière pendant un temps assez long. Comme on le sait, le rouge rétinien se détruit à la lumière à mesure qu'il se forme, et si les sujets continuent à avoir la perception persistante du rouge à la suite de cette exposition au grand jour, c'est qu'évidemment la cause de cette sensation n'est pas dans le rouge rétinien.

— M. *Paul Bert* rapporte un cas de survie chez un chien à la suite d'un empoisonnement par le curare, prolongé pendant trente-neuf heures : l'animal avait été soumis du samedi au lundi à la respiration artificielle. A ce propos M. Laborde rappelle qu'il a vu dans ses expériences sur l'aconitine des animaux en état de mort apparente revenir à la vie après vingt-quatre heures d'insufflation. Il a noté le même fait chez des animaux empoisonnés par le venin du Cobra capella. M. Laborde ajoute qu'il serait très-important d'avoir des moyens pratiques de faire chez les asphyxiés, les noyés, la respiration artificielle prolongée, et M. Budin dit qu'on emploie chez les nouveau-nés un tube laryngien très-bien construit, à l'aide duquel l'insufflation pulmonaire s'opère facilement.

X. ARNOZAN.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi et de l'action antipyrétique de la conchinine, par M. A. STRUMPELL.

La conchinine ou quinidine (Pasteur) est un isomère de la quinine ($C^{20}H^{24}N^2O^2 + 2^1/_2 H^2O$) peu employé jusqu'ici en thérapeutique. Cependant Wunderlich l'avait expérimenté il y a une vingtaine d'années à la clinique de Leipzig, et considérait « cette préparation comme presque aussi active que la quinine ». Ces expériences ont été renouvelées à Munich et à Leipzig, et ont donné des résultats remarquables.

La substance employée par Strümpell est le sulfate de quinidine, sel cristallin facilement soluble dans l'alcool, l'eau bouillante et le chloroforme, soluble dans 108 parties d'eau à 10 degrés. Le prix est environ moitié de celui de la quinine ; de ce côté l'avantage est peu considérable et il est probable que si le sel, extrait des résidus de la préparation de la quinine, pouvait être avantageusement employé, son prix s'élèverait rapidement jusqu'à égaler celui de la quinine. Les cas traités par ce nouveau médicament sont au nombre de 50. La fièvre typhoïde, qui à cause de la régularité de sa courbe est par excellence le terrain d'expérimentation des antipyrétiques, a été heureusement influencée dans tous les cas. La formule ordinaire est la suivante : sulfate de quinidine et acide sulfurique dilué, de chaque 1 à 2 grammes; eau de menthe, 10 grammes; teinture de gingembre, 0gr,2 à 0gr,3, à prendre en une fois. On observe constamment une diminution considérable de la température, s'établissant deux ou trois heures après l'administration du médicament et durant dix à douze heures. On peut combiner avec avantage cette action avec celle des bains froids, baigner pendant la journée et faire prendre la quinidine le soir, de manière à laisser reposer pendant la nuit malades et infirmiers.

En même temps que l'abaissement de la température, on constate une diminution de fréquence du pouls : ce phénomène est moins constant que le premier; souvent on constate des vomissements, surtout après les doses un peu considérables ; ces vomissements, faciles à combattre au moyen des opiacés, ne s'observent jamais à petite dose, 1 gramme par exemple.

Dans des cas rares, les malades se plaignent de bourdonnements d'oreilles, jamais de sueurs abondantes, de symptômes d'irritation intestinale. Dans un cas remarquable relaté en détail, on observa un collapsus prolongé avec perte complète de connaissance ; la malade avait avalé par mégarde une dose de 4 grammes de quinidine dans 60 grammes d'eau. Il n'est pas démontré que ces phénomènes cérébraux graves soient entièrement imputables à la quinidine, cependant l'auteur recommande d'éviter les doses fortes : « C'est une erreur de croire qu'une dose double, triple d'un antipyrétique détermine une action double, triple sur la fièvre. »

Des résultats semblables quoique moins prononcés ont été obtenus dans la pneumonie, l'érysipèle, la fièvre puerpérale. La fièvre intermittente, quelle que soit sa forme, est rapidement guérie. Il n'en est pas de même dans la phthisie pulmonaire qui montre vis-à-vis de ce nouvel agent thérapeutique la même résistance qu'envers les autres antipyrétiques.

En somme, d'après les quelques observations rapportées par l'auteur, la quinidine serait, comme antipyrétique, supérieure à la quinine. (*Berl. klin. Woch.*, n° 46.)

BIBLIOGRAPHIE

De la déviation conjuguée de la tête et des yeux ; contribution à l'étude des localisations cérébrales ; par le docteur J. GRASSET, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Broch. in-8.—Montpellier, C. Coulet ; Paris, V. A. Delahaye et Cie.

Il nous suffira, pour rendre compte de cette brochure, de développer un peu la communication que M. Dechambre en a faite, mardi dernier, à l'Académie de médecine. La dévia-

aux armées expéditionnaires de la Grèce; que ces médecins étaient à la fois combattants et guérisseurs; que leur pratique était des plus bornées; que chaque blessé se rendait ou se faisait porter dans sa tente, et là se pansait ou se faisait panser par ceux qui étaient chargés de cette mission ou qui avaient quelque expérience. Si l'on enlevait les camps ou si les blessés ne pouvaient suivre l'armée, on les disséminait dans des localités voisines, comme Xénophon le fit avant d'arriver aux monts Carduques. Le nombre des individus chargés du soin des blessés et des malades était suffisant, si nous en jugeons par les huit médecins laissés par Xénophon auprès de ces blessés; car, général prudent, il ne se serait pas démuni de tout son personnel médical. La congélation et toutes ses conséquences étaient connues des Grecs; Xénophon a vu et pratiqué tout ce que nos médecins militaires ont vu et pratiqué en 1812, en 1846, en 1854, 1855 et 1856. La Grèce doit donc être considérée, à juste titre, non-seulement comme le berceau de la science médicale, mais elle a devancé les autres nations dans l'organisation du service médical des armées.

Dr A. CORLIEU.

GYMNASTIQUE DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Une proposition de loi dont l'auteur est M. George, et dont l'objet est de rendre obligatoire l'enseignement de la gymnastique dans les établissements d'instruction publique dépendant de l'État, des départements et des communes, a donné lieu, au *Sénat*, dans la séance du 17 juin, à une courte discussion. Le rapporteur, M. Barthélemy Saint-Hilaire, a montré les avantages de la proposition. M. Testelin a fait remarquer qu'on se trompe généralement sur les causes de l'abaissement de la taille depuis le commencement de ce siècle. Il l'attribue pour sa part à la grande consommation d'hommes robustes qui a été faite pendant les guerres de la République et de l'Empire. Il est vraisemblable qu'il n'a pas tort. Le Sénat a décidé qu'il passerait à une seconde délibération.

tion conjuguée, par laquelle, dans les cas de lésion encéphalique, les yeux se tournent fixement à droite ou à gauche, a été signalée par plus d'un observateur depuis une trentaine d'années, mais bien étudiée pour la première fois par M. le professeur Vulpian, et a fait l'objet de l'excellente thèse inaugurale de M. Prévost en 1868. L'opinion arrêtée alors était que le malade regardait toujours du côté de l'hémisphère lésé. Mais des exceptions à cette règle furent produites de côté et d'autre, particulièrement par M. Brouardel et M. Landouzy. En outre, celui-ci a établi une distinction entre les cas où la lésion donne lieu à la paralysie et ceux où la lésion détermine des phénomènes d'excitation (convulsions); et, selon lui, le malade tourne la tête et les yeux du côté paralysé lorsque l'altération paralyse le centre moteur ou rotateur, et du côté de l'altération lorsque celle-ci excite ce même centre.

Or, l'originalité du mémoire de M. Grasset est de renverser précisément cette nouvelle loi et de montrer, à l'aide de quatre faits qui lui sont propres et de ceux qu'il emprunte à divers auteurs, parmi lesquels M. Landouzy lui-même, que « dans les lésions d'un hémisphère, quand il y a déviation conjuguée, le malade regarde ses membres convulsés s'il y a excitation et regarde sa lésion s'il y a paralysie ». Il faut ajouter bien vite que suivant une lettre de M. Landouzy, adressée à M. Grasset le 4 mai, après la rédaction du présent mémoire, le premier de ces distingués confrères avait déjà modifié son opinion depuis quelque temps et l'avait modifiée dans un sens en conformité parfaite avec l'opinion de M. Grasset; il avait même communiqué sur ce sujet, trois semaines auparavant, à la Société anatomique un mémoire dont il reproduit, dans sa lettre, les conclusions : « Cherchant, dit-il, à appliquer à la déviation conjuguée la même physiologie pathologique qu'aux troubles paralytiques ou convulsifs portant sur les membres, c'est-à-dire cherchant à substituer à la notion d'excitation à distance (Thèse, p. 80) l'idée d'une irritation directe, nous croyons que la déviation conjuguée doit être rendue justiciable d'une excitation partie d'un hémisphère et venant commander *du côté opposé* la rotation conjuguée; en d'autres termes, nous croyons qu'une incitation droite porte d'une façon conjuguée la tête et les yeux à gauche, et *vice versa*. Cette théorie rend compte des modalités cliniques affectées par la rotation : dans les faits ressortissant à la modalité A, la lésion entraîne *de son côté* la perte fonctionnelle (temporaire le plus souvent) des centres; dans la modalité B, la lésion excite les centres rotateurs de son côté. C. Parfois ces deux modalités se combinent, se succèdent ou se remplacent, et tel malade, après avoir regardé sa lésion et fui ses membres alors paralysés, se met à regarder (rotation convulsive fugace) ses membres au moment même où ceux-ci, de paralysés, deviennent convulsés. »

Et plus loin : « Ce symptôme (la déviation conjuguée) prouve qu'il y a suppression ou excitation fonctionnelle des fibres rotatrices étendues de l'écorce au bulbe. La déviation qui *fuit* les membres prouve que la lésion paralytique s'étend jusqu'aux centres rotateurs; la déviation qui *regarde* les membres prouve qu'une lésion d'excitation s'étend jusqu'aux centres rotateurs. Cette lésion peut s'observer dans des points divers du *tractus rotateur bulbo-cérébral*, depuis son origine corticale jusqu'à sa terminaison bulbaire. On comprend dès lors pourquoi la rotation peut se voir aussi bien avec des lésions de l'écorce qu'avec des lésions du centre ovale; on comprend surtout pourquoi certaines lésions bulbo-protubérantielles entraînent une déviation conjuguée *se faisant du côté opposé à la lésion.* »

Voilà donc ce qui paraît bien démontré aujourd'hui en ce qui concerne les hémisphères cérébraux. Mais quand la lésion porte sur le mésocéphale, que devient la déviation conjuguée? Il arrive juste le contraire de ce que produit la lésion cérébrale. Le malade regarde ses membres paralysés, s'il y a paralysie; la lésion, s'il y a excitation.

Reste à résoudre une question importante, mais difficile : celle de la localisation de ce centre rotateur, dont l'altération produit la déviation conjuguée. D'après les expériences de Ferrier, il y a dans l'écorce cérébrale deux points dont l'excitation électrique entraîne la déviation du côté opposé à celui de l'excitation. Ce sont : 1° le pied de la deuxième circonvolution frontale; 2° la circonvolution qui coiffe la scissure de Sylvius, les deux tiers de la première temporale et le pli courbe. Mais Ferrier n'a vu dans le pli courbe et le fond de la scissure de Sylvius qu'un centre de vision, et, s'appuyant, d'une observation rapportée par M. Chouppe, n'a placé réellement le centre de la déviation conjuguée que dans le pied de la deuxième frontale. Les faits rapportés par M. Grasset tendent, au contraire, à placer le centre rotateur dans le pli courbe et le fond de la scissure de Sylvius; et cette interprétation d'ailleurs paraît être celle que doit recevoir l'observation de M. Chouppe elle-même. Du reste, M. Grasset est loin de présenter ses déductions à cet égard comme définitives. Ce sont des pierres d'attente qu'il pose pour la construction théorique qui est en ce moment à l'étude.

Nous-même, dans cette situation, nous croyons devoir nous borner au rôle d'historien. C'est bien le moins que nous imitions les réserves d'un auteur aussi perspicace et aussi familiarisé avec le sujet que le jeune agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

VARIÉTÉS

Nécrologie.

JACQUEMIER. — Le docteur Jacquemier, membre de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, qui avait été frappé, il y a deux ans environ, d'une légère hémorrhagie cérébrale, vient de succomber, à l'âge de soixante-treize ans, à une nouvelle attaque, bientôt compliquée d'engouement pulmonaire. C'est le second deuil domestique qui atteint la *Gazette hebdomadaire* depuis six semaines. V. Masson avait fondé la *Gazette* en 1853; dès le premier volume, Jacquemier y apportait, sur les questions d'obstétrique et de gynécologie, le concours de son expérience et de son talent, et ce concours dura autant que le lui permirent une clientèle toujours croissante et une santé souvent troublée. Ceux qui ont lu, de 1853 à 1861, les nombreux articles de critique dont il a enrichi ce recueil, et plus tard ceux qui sont entrés dans le *Dictionnaire encyclopédique*, ne peuvent avoir oublié ce rare mélange de solidité dans le savoir, de fermeté dans les opinions, de sûreté dans le jugement, de sobriété et de clarté dans le style, qui, avec la simplicité de mœurs et la droiture inflexible du caractère, donnaient à toute la personne de Jacquemier une sorte d'unité, rare et attachante.

Un sentiment bien naturel nous porte à retrouver les grandes qualités de notre ami là surtout où il les mettait au service d'œuvres qui nous étaient communes. Mais la marque en est la même dans tous ses autres écrits. Visible déjà dans sa thèse sur l'*Utérus humain pendant la gestation* (1839), elle est tout à fait frappante dans son mémoire sur le *Développement de l'œuf humain*, et plus particulièrement dans son *Manuel des accouchements* qui, à plus de trente ans de distance, est encore un des meilleurs guides pratiques qu'on puisse consulter.

CAMPBELL. — L'obstétrique vient de faire une autre perte sensible dans la personne de M. Campbell, emporté à cinquante-neuf ans par une pérityphlite suivie, paraît-il, d'inflammation du péritoine. Les brillants et rapides succès de notre regretté confrère dans la haute clientèle, sans le prestige d'aucune position scientifique officielle, avaient fait un peu oublier les réels services qu'il avait rendus à

la science. Il a été en France le vrai introducteur ou, à tout le moins, le vulgarisateur d'une pratique médicale qu'il avait étudiée en Angleterre, son pays d'origine, à savoir : l'anesthésie obstétricale, et l'on a fait ressortir ici même le talent et la force qu'il a mis à la défendre contre une puissante opposition. C'est lui également, si nous ne nous trompons, qui a le premier appelé l'attention des médecins français sur les avantages de l'alcool dans le traitement de l'infection purulente.

A ses qualités d'esprit, Campbell joignait des qualités de cœur qui lui ont attiré l'affection de tous ceux qui l'ont connu.

— On annonce aussi la mort du docteur Lebastard (de Paris), qui s'était voué depuis une douzaine d'années à la pratique du massage.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — Par suite du décès de M. Gubler, médecin de l'hôpital Beaujon, les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux de Paris : M. Féréol passe à l'hôpital Beaujon; M. Descroizilles, à l'hôpital Lariboisière; M. Gouraud, à l'hospice Sainte-Périne. M. Gouguenheim, médecin du Bureau central, est nommé à l'hôpital de Lourcine.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu le statut du 7 novembre 1874,

Arrête :

ART. 1er. — Il sera ouvert en 1879-1880 des concours pour trente-cinq places d'agrégés, à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine de l'Etat :

Paris : Pathologie interne et médecine légale, 4; pathologie externe, 3; accouchements, 1; anatomie et physiologie, 1; chimie et toxicologie, 1	10
Bordeaux : Pathologie interne et médecine légale, 2; pathologie externe, 1; accouchements, 1; anatomie et physiologie, 1; pharmacie, 1..................	6
Lyon : Pathologie interne et médecine légale, 3; pathologie externe, 2; accouchements, 1; anatomie et physiologie, 1; histoire naturelle, 1; physique, 1; pharmacie, 1.....................................	10
Montpellier : Pathologie interne et médecine légale, 4; pathologie externe, 1; physique, 1.................	6
Nancy : Pathologie externe, 1; histoire naturelle, 1; chimie et toxicologie, 1...........................	3
Total..................	35

ART. 2. — Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : le 20 novembre 1879, pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale); le 15 mars 1880, pour la section de chirurgie et d'accouchements; le 1er juin 1880, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques, et des sciences physiques.

ART. 3. — Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places et pour plusieurs Facultés.

Fait à Paris, le 14 juin 1879.

Jules FERRY.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES DE CHEF DE CLINIQUE. — Le concours pour la nomination aux deux places vacantes de chef de clinique médicale s'ouvrira le lundi 8 juillet courant. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine âgés de moins de trente-quatre ans.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté du 8 au 21 juin courant, tous les jours, de une heure à quatre heures.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — L'Association tiendra cette année, à Montpellier, sa huitième session. Le Congrès, dont la date d'ouverture a été fixée au 28 août, durera huit jours. Le programme comporte, comme les années précédentes, des séances de sections, des séances générales, des conférences, des visites scientifiques et industrielles, et des excursions. Enfin une excursion finale, dont la durée sera de trois jours, fera suite à la session.

Le bureau de l'Association est composé, pour cette session, de la manière suivante : président, M. Bardoux, député du Puy-de-Dôme, ancien ministre de l'instruction publique; vice-président, M. Krantz, sénateur, inspecteur général des ponts et chaussées, commissaire général de l'Exposition universelle de 1878; secrétaire général, M. le comte de Saporta, correspondant de l'Institut, à Aix; vice-secrétaire général, M. Mercadier, ingénieur des télégraphes, répétiteur à l'École polytechnique; secrétaire du conseil, M. C.-M. Gariel, ingénieur des ponts et chaussées, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Les demandes de renseignements doivent être adressées au secrétariat, 76, rue de Rennes, à Paris, où l'on reçoit les souscriptions.

CONGRÈS MÉDICAL DE CORK (IRLANDE). — On fait de grands préparatifs en Angleterre et en Irlande pour la réunion d'un Congrès médical qui doit avoir lieu à Cork les 5, 6, 7 et 8 août. Ce Congrès est le quarante-septième meeting annuel de la « British medical Association », qui compte plus de 8000 membres dans le Royaume-Uni. De grandes fêtes seront données à Cork à cette occasion, et les médecins qui auront pris part au Congrès se rendront en excursion aux principaux lacs de l'Irlande.

CONSEIL MUNICIPAL (séance du 13 juin). LES HÔPITAUX. — A l'occasion de la discussion du projet de traité avec le Crédit Foncier, M. de Lanessan a présenté quelques observations sur la construction des hôpitaux. On a parlé, dit-il, des besoins des services hospitaliers; on a dit qu'il manquait 3000 lits; il en manque le double, mais les 220 millions qu'on propose d'emprunter seraient tout à fait insuffisants pour la création de ces 6000 lits, surtout si on suivait les errements de l'ancienne administration en matière de construction d'hôpitaux; que resterait-il alors pour les travaux d'écoles, de lycées, de voirie, d'égouts, etc.? Dans l'état fourni par l'administration, il n'est parlé que de réparations d'hôpitaux et d'hospices estimées à 8 millions. L'orateur ne votera même pas ces 8 millions si on ne change pas le système de construction. Pourquoi ne pas installer les hôpitaux dans des baraques en bois qu'on pourrait édifier en plein air, autour des fortifications, à proximité des quartiers excentriques habités surtout par la population pauvre? Au bout de cinq ou dix ans, alors qu'elles seront infectées, on pourra les détruire et trouver dans les ressources annuelles le moyen de les rebâtir. Il y aurait lieu d'étudier aussi les moyens de remplacer dans la mesure la plus large possible le traitement à l'hôpital par les secours à domicile.

M. *le Préfet* est, sur certains points, d'accord avec M. de Lanessan, bien que les services hospitaliers soient très-bien faits. Quel que soit le système employé pour la reconstruction des hôpitaux, la dépense sera à peu près la même, mais elle sera considérable; il manque un grand nombre de lits. C'est là une situation à laquelle il importe de remédier.

ERRATA. — N° 23, p. 357, col. 2, ligne 6, *au lieu de :* 48 pour 100, *lisez :* 28 pour 100; et lignes 32 et 48, *au lieu de :* Zoy, *lisez :* Loy.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 5 au 12 juin 1879, on a constaté 1008 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 9. — Rougeole, 36. — Scarlatine, 3. Variole, 25. — Croup, 16. — Angine couenneuse, 19. — Bronchite, 50. — Pneumonie, 65. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 20. — Choléra nostras, 0. — Dysenterie, 0. — Affections puerpérales, 0. — Erysipèle, 5. — Autres affections aiguës, 232. — Affections chroniques, 436 (dont 155 dus à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 47. — Causes accidentelles, 36.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE | N° 26 | 27 JUIN 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

TRAVAUX ORIGINAUX

Obstétrique.

DES TUMEURS COMPLIQUANT L'ACCOUCHEMENT, par le docteur BLACHEZ.

Dans le cours de la grossesse et au moment de l'accouchement, la présence de tumeurs plus ou moins volumineuses occupant la cavité utérine ou implantées sur la surface externe de la matrice a été signalée par tous les accoucheurs comme une cause souvent fort grave de dystocie. En pareil cas, la conduite du médecin ne saurait être réglée à l'avance; elle doit être dictée par les circonstances, par la nature même de la tumeur, son volume, son point d'implantation, les dimensions du bassin, etc. Ces tumeurs donnent souvent lieu à des accidents redoutables et nécessitent des opérations obstétricales qui peuvent être mortelles pour la mère ou l'enfant. Par contre, on connaît fort heureusement un grand nombre de faits dans lesquels les choses se passent très-simplement. L'accouchement, en pareil cas, devient même une circonstance favorable qui rend la tumeur plus accessible aux procédés chirurgicaux et permet de débarrasser rapidement la malade, sans qu'il en résulte aucun danger sérieux. C'est un cas de ce genre que nous avons récemment observé, et dont il nous a paru utile de publier la relation.

OBS. — Madame X... est âgée de vingt-huit ans, d'une belle constitution. Elle est mère d'un enfant de cinq ans. L'accouchement s'est fait dans les meilleures conditions. Devenue de nouveau enceinte à la fin d'août 1878, elle a remarqué dans les derniers mois de sa grossesse une leucorrhée d'une abondance tout à fait exceptionnelle. Le 24 mai, à la suite d'une légère fatigue, elle est prise de douleurs lombaires et de métrorrhagie. Deux caillots de la grosseur du poing ont été expulsés. Elle me fait demander. L'hémorrhagie est légère et consiste en un suintement sanguin continu. Le ventre, peu douloureux, offre le volume d'une grossesse à terme. On sent à la main les mouvements actifs du fœtus et on perçoit les pulsations cardiaques vers le milieu de la fosse iliaque droite. Au toucher, à 5 centimètres environ de l'ouverture vulvaire, le doigt est arrêté par une tumeur volumineuse ayant au moins la dimension d'une très-grosse orange, très-résistante, lobulée et saignant facilement. Le col, très-haut, difficile à atteindre, est rejeté à droite et en haut et aplati par la tumeur. Il est facile de voir que celle-ci n'a pas de rapport avec la cavité utérine; elle est comme implantée sur la face externe et gauche du col, qui n'est point effacé. On peut y introduire le doigt, et on arrive sur une tête qu'on repousse facilement. Je prie M. le docteur Guéniot de venir examiner cette malade. Il diagnostique une tumeur fibreuse implantée sur le segment inférieur gauche de la matrice, et conseille d'attendre le travail, espérant que la délivrance pourra se faire naturellement, malgré le volume de la tumeur, et se réservant d'agir au moment de l'accouchement. Bientôt après, les douleurs se calment. La malade est tenue cependant au lit les jours suivants. La métrorrhagie ne s'est pas reproduite.

Le 29, dans la soirée, les douleurs se réveillent. Vers dix heures elles se succèdent à de courts intervalles; le col commence à se dilater. M. Guéniot est de nouveau appelé, et à son arrivée le travail est vivement engagé. La tumeur est fortement refoulée en haut et pressée contre le pubis. M. Guéniot pense que la tête pourra se dégager, qu'une application de forceps sera peut-être nécessaire, et que si la tumeur est alors facilement accessible on cherchera à l'enlever immédiatement après l'accouchement.

Le résultat confirma complètement toutes ces prévisions. A deux heures et demie du matin, le col est complètement dilaté, la tête est dans l'excavation, en occipito-iliaque droite. Le fibrome descend avec elle et l'accompagne à la vulve. On voit alors paraître à l'extérieur deux tumeurs de volume presque égal : l'une, placée en arrière, n'est autre chose que la tête, qui, heureusement, est de petit volume; l'autre est formée par le polype, fortement pressé contre l'arcade pubienne. La vulve est très-distendue, et, pour éviter une déchirure, quelques incisions sont faites avec les ciseaux courbes sur les parties latérales. La tête se dégage facilement, et l'enfant est expulsé, laissant à la partie supérieure de la vulve la tumeur qu'on a soin de retenir à l'extérieur. Pendant la dernière demi-heure du travail, qui devenait fort pénible, la malade fut soumise à de légères inhalations de chloroforme, qui amenèrent un soulagement considérable. 25 grammes à peine furent employés par demi-cuillerées à café versées sur un mouchoir. La malade ne perdit pas un instant connaissance, et l'accouchement se termina dans un calme remarquable. Aussitôt que l'enfant eut été séparé, M. Guéniot jeta sur la base du polype une anse en fils de fer engagée dans un écraseur. Sans être précisément pédiculée,

---

FEUILLETON

Ambroise Paré (1510-1590).

(Fin. — Voyez les n°s 21, 22 et 24.)

TROISIÈME ÉDITION. — Ce que M. Chéreau dit ensuite de l'édition latine, la troisième édition de 1582, n'est pas plus exact. Il s'agit du titre, qui aurait été encore imposé par la Faculté. Or, il n'en est rien. Ouvrons ce tome VIII des *Commentaires*.

Au verso du feuillet 166, le doyen Guillaume de Baillou a écrit sur les admirables registres que, le 21 du mois de décembre (1581), la Faculté s'est réunie régulièrement (*legitime*). Parmi les sujets mis en discussion (*hoc in medium adducta*), se trouve « la traduction du français en latin des œuvres de M. Ambroise Paré, que s'était à tort appropriée Jacques Guillemeau. Comme il n'y a qu'un membre de l'école qui ait pu la faire, est-il convenable (*quod indignum*) de la laisser aux trop présomptueux chirurgiens qui ne seraient pas capables de faire une page de latin ? »

Une commission, composée de MM. J. Piètre, Nicol, Jacquart, Leconte, Ellain, Rebours et Marescot, donne son avis sur les diverses questions qui occupent la séance et qu'il serait trop long d'énumérer. « Au sujet du titre du livre de M. Ambroise Paré, il faut agir prudemment (*De titulo lib.* M. Ambro. Paré *caute agendum*) ».

Au verso du feuillet 167, le 30 décembre, les commissaires ont fait part à la Faculté du résultat de leurs délibérations (*Deputatorum sententia est facultati patefacta*). Celle-ci a partagé leur manière de voir (*probavit judicium eorumdem*). Elle s'est occupée surtout (*maxime laboravit*) de changer le titre des œuvres de M. Ambroise Paré. Elle a pensé qu'il fallait

la tumeur présentait à sa base un étranglement sensible. Elle fut complètement enlevée en moins de dix minutes. Son point d'implantation avait la largeur d'une pièce de 2 francs environ; elle était manifestement formée d'un tissu fibreux, très-résistant, que nous avions entendu crier sous l'anse de l'écraseur; divisée en deux lobes, son volume nous a paru un peu diminué.

Les suites de l'accouchement furent des plus simples. Il n'y eut pas traces d'hémorrhagie. La malade se rétablit rapidement.

L'enfant pesait 2500 grammes.

Il est difficile assurément de trouver un cas plus favorable et dans lequel les choses se soient passées plus simplement.

Le diagnostic ne présenta pas de sérieux embarras. L'hémorrhagie assez abondante qui se manifestait chez la malade pour la première fois depuis le début de la grossesse et coïncidait avec les premières douleurs, nous suggéra tout d'abord l'idée d'une implantation vicieuse du placenta. Mais la tumeur était dure, résistante et n'offrait, par conséquent, aucun des caractères de la masse placentaire. Elle était allongée, lobulée, presque libre dans la cavité vaginale. Elle ne sortait pas de la cavité utérine; le col ne l'entourait pas à sa base; il était même fort difficile à atteindre, refoulé en haut et sur le côté droit, la tumeur remplissant presque complètement l'excavation. L'âge de la malade, son excellent état de santé ne permettaient pas de supposer l'existence d'une masse cancéreuse. Lorsque M. Guéniot put introduire le doigt dans le col et sentir nettement la tête, toute erreur devenait impossible. Il ne restait plus au chirurgien qu'à arrêter la conduite qu'il avait à tenir. Il eût été imprudent en ce moment, alors que le col n'était nullement effacé et que le travail n'était pas commencé, de chercher à attirer la tumeur au dehors pour en faire l'excision ou la ligature. L'utérus ne se serait probablement pas laissé abaisser, et une pareille manœuvre aurait pu compromettre le succès de l'accouchement. Une expectation armée était certes le meilleur parti à prendre, et l'événement justifia la sagesse de cette conduite. Les circonstances furent, en outre, particulièrement favorables. La présentation était bonne, la tête petite, la conformation des parties excellente. La tumeur descendit doucement avec la tête, et la ligature se fit très-facilement. Le chloroforme fut parfaitement supporté et atténua de la manière la plus heureuse les douleurs de l'expulsion.

Clinique médicale.

Coïncidence de la tuberculose et de la carcinose chez le même sujet, par M. le professeur Picot (de Bordeaux).

Depuis Rokitansky, toute l'école anatomo-pathologique de Vienne et une grande partie de l'école anatomo-pathologique allemande admettent comme une loi biologique l'incompatibilité du cancer et du tubercule. Pour ces écoles, qui acceptent à ce sujet les idées de Hunter, de Hahnemann et de Gendrin, l'organisme ne saurait jamais être atteint à la fois de tuberculose et de carcinose; il y aurait antagonisme complet entre les deux diathèses. Et cependant des exemples de la coexistence du tubercule et du cancer, bien que peu nombreux, existent dans la science. Gerdy et Rayer en ont signalé, et, suivant Lebert, la coexistence en question se rencontrerait huit fois sur cent. La plupart des auteurs français modernes nient l'antagonisme entre le cancer et le tubercule; Baumès, Constantin Paul, Gueneau de Mussy, Laveran, Damaschino, Croizet ont relaté des faits probants à cet égard. Il y a plus encore : dès 1869, M. Burdel (de Vierzon) a entrepris de démontrer que l'on peut considérer le cancer comme capable de produire la tuberculose héréditaire. En effet, sur 100 familles cancéreuses, cet auteur en a vu 75 qui ont fait souche de phthisiques; 79 cancéreux ont ainsi donné naissance à 237 tuberculeux. Suivant lui, par voie héréditaire, le cancer produirait plus souvent le tubercule que le tubercule lui-même. Enfin, cette année même, M. Burdel a communiqué à l'Académie de médecine l'observation d'un homme, né d'une famille de cancéreux, dont les enfants et les petits-enfants sont morts tuberculeux et qui, atteint d'une tumeur cancéreuse de l'avant-bras ayant nécessité l'amputation, a succombé seize mois après aux progrès d'une tuberculose pulmonaire.

Les rapports existants entre la tuberculose et la carcinose commencent donc à être mieux connus; loin de s'exclure par une sorte d'antagonisme, ces deux diathèses peuvent parfaitement exister ensemble chez le même sujet, et la carcinose peut devenir chez les descendants l'origine de la tuberculose. L'observation que je vais relater montre que la tuberculose chez les enfants de tuberculeux n'empêche pas le développement du cancer. J'ai eu, en effet, dans mon service de clinique, un homme, né d'une mère tuberculeuse, tuberculeux lui-même, et chez qui la carcinose se manifesta longtemps après le début de la tuberculose pulmonaire, au moins d'après les symptômes observés. Voici l'histoire de cet homme tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. Je ferai remarquer ici qu'afin d'avoir une certitude complète sur la nature réelle des lésions pulmonaires, j'ai fait examiner le poumon par mon honorable collègue M. le professeur Coyne, dont la compétence en pareille matière est parfaitement connue et qui a eu l'obligeance de me fournir les résultats de l'autopsie microscopique :

Obs. — Teissandier, âgé de quarante ans, originaire du Cantal, entre à la clinique médicale le 18 mars 1879. C'est un homme d'une taille au-dessus de la moyenne, d'aspect robuste, chez qui la musculature bien développée et un certain degré d'embonpoint ne font pas songer *à priori* à l'existence d'une maladie consomptive. Cependant l'interrogatoire apprend bientôt qu'il en est tout autre-

---

encore changer entièrement (*omnino immutandam esse*) la lettre qui se trouve en tête des livres et de tout l'ouvrage. Elle a été d'avis d'y mettre ce titre (*probavit hunc præfigendum titulum* :

« *Ambrosii Paræi primarii regis chirurgi opera latinitate donata a Docto quodam viro : Cura et diligentia Jacobi Guillemeau chirurgi parisiensis.*

» Ce titre sera donné au typographe Jacques Dupuys. Les feuillets qui porteraient en haut un titre falsifié (*adulterinum*) seront effacés, déchirés et gardés pour un vil usage (*expuncta et lacerata et in viliorem usum asservata*). »

Cette fois encore, les décisions de la Faculté ne furent pas suivies, et l'ouvrage parut dès le mois de janvier 1582, avec le titre qui très-probablement était sur le manuscrit :

Opera Ambrosii Paræi *regis primarii et parisiensis chirurgi A docto viro plerisque locis recognita : Et latinitate donata, Jacobi Guillemeau, regii et parisiensis chirurgi labore et diligentia.*

M. Chéreau place à tort les deux points (:) après *latinitate donata*. Et il tire des conséquences des deux membres de phrase mis ensemble. Mais sa plus grande erreur est de croire que ce dernier titre est celui qui a été imposé par la Faculté. Celle-ci ne réclamait que la traduction en latin pour un de ses membres (*latinitate donata a docto quodam viro :*). Haultin (*Altinus*), dit-on, y aurait collaboré plus que tout autre, sous la direction de Guillemeau. N'importe. Le titre réel de l'édition latine dit tout autre chose. On sait que la traduction en latin avait été faite sur la deuxième édition revue et augmentée par l'auteur. Guillemeau a préféré mettre *a docto viro plerisque locis recognita*, suivant l'usage d'alors. Le savant homme dans le titre de Guillemeau est donc tout simplement l'auteur, Ambroise Paré. Et le privilège en français, daté du 8 décembre 1581, qui traduit ensuite *par un savant personnage reueus en plusieurs lieux*, n'a pas la moindre importance.

La Faculté s'était imaginée probablement tout confondre

ment. Son père est mort à l'âge de quarante ans d'une maladie de courte durée, mais sa mère, qui est morte jeune, a fait une longue maladie pendant laquelle elle toussait et crachait beaucoup. Selon toute probabilité, il s'agissait d'une tuberculose pulmonaire. Teissandier a vécu assez confortablement dans son enfance; il habitait la campagne, dans une maison bien aérée, et avait une nourriture hygiénique. Jamais il n'a eu aucune des multiples manifestations de la scrofule; jamais il n'a été atteint de fièvres éruptives. Venu à Paris à l'âge de dix-sept ans, il y a exercé la profession de ferblantier; il était convenablement logé et se nourrissait bien. Soldat à vingt et un ans, il resta sous les drapeaux jusqu'à la fin de 1871, fit la campagne d'Italie et conserva une bonne santé jusqu'à l'hiver de 1870 qu'il passa en Prusse, dans une forteresse, comme prisonnier de guerre. Là il fut logé dans une casemate humide, mal aérée, trop petite pour contenir les 160 hommes qui l'habitaient. Tout l'hiver il y coucha sur la paille, exposé à un froid très-rigoureux; c'est là qu'il fut atteint des premières manifestations de sa maladie. Pendant cet hiver, en effet, il prit un rhume qui dura tout le temps de sa captivité et qui ne s'amenda que vers le milieu de l'été, longtemps après sa rentrée en France. Teissandier se crut guéri; mais l'hiver ramena la toux qui disparut de nouveau pendant l'été pour reparaître encore au retour de l'hiver. Les choses allèrent ainsi jusqu'à l'hiver de 1874, époque à laquelle le malade cracha du sang presque tous les jours, mais en petite proportion chaque fois. Alors il consulta un médecin qui lui fit appliquer des cautères sous les deux clavicules. Malgré ce traitement, la maladie ne rétrocéda pas, et pendant les années 1875, 1876, 1877, 1878, elle continua sa marche insensible, ne déterminant que de la toux, avec quelques hémoptysies de peu d'importance et à très-longs intervalles. Les fonctions digestives s'étaient parfaitement conservées, et avec elles un état d'embonpoint peu en rapport avec les altérations graves déjà produites. L'hiver de 1879 amena une aggravation. Le malade remarqua qu'il maigrissait; il eut quotidiennement, surtout depuis le mois de janvier, un petit frisson vers quatre heures du soir, et pendant la nuit il transpirait. En même temps la toux était devenue incessante et l'appétit avait beaucoup diminué.

L'examen du malade, lors de son entrée à la clinique, ne pouvait laisser aucun doute sur la nature du mal. Les creux sus et sous-claviculaire fortement accusés, particulièrement à droite; une matité complète à droite depuis le sommet du poumon jusqu'au troisième espace intercostal, avec conservation des vibrations thoraciques; du souffle caverneux avec gros râles humides dans la fosse sous-épineuse droite; une diminution notable de la sonorité à gauche avec rudesse de la respiration et râles cavernuleux; tels étaient les symptômes physiques perçus sur la partie antérieure du thorax. En arrière, dans les deux fosses sus-épineuses, il y avait de nombreux râles cavernuleux, particulièrement à droite. Le diagnostic s'imposait de lui-même. Il s'agissait d'une tuberculose à marche chronique, ayant déterminé la formation d'une vaste caverne au sommet du poumon droit et l'apparition, au sommet du poumon gauche, de foyers tuberculeux en voie de ramollissement. L'examen de la région hépatique paraissait confirmer ce diagnostic. On y trouvait, en effet, le foie légèrement augmenté de volume, dépassant le rebord des fausses côtes d'un travers de doigt et empiétant un peu dans le creux épigastrique. Selon toute probabilité, il y avait une dégénérescence graisseuse du foie en rapport avec la tuberculose pulmonaire. Ce qui plaidait encore en faveur de cette manière de voir, c'était une absence complète de douleurs dans la région du foie, ainsi que l'absence d'ascite. Au reste, l'état général du malade était aussi bon que possible; il n'y avait pas de fièvre dans la journée, et le soir le thermomètre ne dépassait pas 37°,8. Les fonctions digestives ne laissaient rien à désirer.

Cependant les choses ne tardèrent pas à se modifier. Dès le 26 avril, le malade se plaint de douleurs très-vives dans la région du foie, et la température prenant un caractère fébrile monte jusqu'à 38°5. L'hypochondre droit paraît tendu, et l'on constate que la matité hépatique a augmenté de dimensions. Le foie déborde davantage les fausses côtes; il s'avance dans la région épigastrique jusqu'au rebord des fausses côtes gauches et sur une étendue de trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde. Cependant toute la surface hépatique accessible à la palpation est parfaitement lisse. Il semble qu'une périhépatite se soit produite, et la présence de cette inflammation jette des doutes sur le diagnostic primitivement porté de dégénérescence graisseuse simple du foie. La douleur de la région et la fièvre concomitante cèdent au bout de six jours, après l'application de ventouses scarifiées et l'usage de la digitale; puis le malade revient à son état primitif. Mais le 15 avril, des douleurs plus vives se manifestent dans la même région, la fièvre reparaît; elle s'accompagne de vomissements qui persistent pendant deux jours, et l'on constate de nouveau une augmentation dans le volume du foie. Ces accidents nouveaux sont rapportés encore à l'existence d'une périhépatite dont l'origine paraît devoir être attribuée à des poussées tuberculeuses se faisant dans le foie ou simplement à la surface de l'organe préalablement atteint de dégénérescence graisseuse. L'application d'un vésicatoire fait encore disparaître les accidents douloureux; la fièvre cesse, mais le foie conserve son augmentation de volume.

Le 22 avril la fièvre reparaît; le thermomètre monte jusqu'à 38°,8; le pouls est à 108. La région hépatique est très-douloureuse, et l'on constate une légère teinte ictérique des sclérotiques. Cependant l'urine n'a pas les caractères ordinaires de l'urine ictérique; elle a une teinte acajou manifeste, et l'addition de l'acide azotique n'y fait pas apparaître la réaction propre à la matière colorante biliaire. C'est de l'urine hémaphéique et non de l'urine biliphéique. L'examen du foie signale encore une augmentation de volume. La matité hépatique commence dans le cinquième espace intercostal, elle franchit les fausses côtes et descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous, se prolonge dans tout le creux épigastrique pour s'étendre sous les fausses côtes gauches jusqu'à une ligne située à deux travers de doigt en dedans du mamelon. Le 26 avril le foie descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et la palpation attentive de sa surface accessible permet de distinguer de distance en distance des nodosités dures dont le volume peut être approximativement évalué à un gros marron. La teinte ictérique s'est accentuée, elle apparaît sur toute la surface du corps; cependant les matières fécales restent colorées par la bile. Dans l'urine on ne trouve pas de pigment biliaire. La rate est augmentée de volume, mais ne dépasse pas le rebord des fausses côtes; à la percussion elle mesure 12 centimètres de longueur sur 10 de largeur. Dans le ventre il semble qu'il existe une

---

dans le *latinitate donata a docto quodam viro,* mais cette prétention n'a pas été acceptée. Le titre qui est resté dit en somme que les œuvres d'A. Paré revues par ce savant homme (c'est-à-dire la 2e édition de 1579) ont été données en latin par les soins de Jacques Guillemeau (*labore et diligentia*). Et là encore le privilège, en traduisant avec trop de légèreté, *Et mises en latin par le labeur et le travail de M. Jacques Guillemeau,* s'est trompé. Dans sa dédicace à Marc Myron, premier médecin du roy, Jacques Guillemeau dit en effet qu'il a trouvé un homme dévoué qui a bien voulu consentir à faire la traduction sans que son nom fût mis sur l'édition qu'il préparait. (*Peritum igitur et mei publicæque utilitatis amantissimum nactus, præcibus impetravi ut translationem absolveret : sed ea conditione ne editioni quam ipse videbar meditari nomen suum inscriberem.*)

Après le DISCOURS D'AMBROISE PARÉ..... *Savoir de la mumie, des venins, de la licorne et de la peste,* 1582, dont il avait été un peu question dans les deux premières éditions de ses œuvres, et la RÉPLIQUE..... *à la response faicte contre son discours de la licorne*, aussi chez Gabriel Buon, au Clos Bruneau, à l'enseigne de Saint-Claude, 1584, vinrent LES ŒUVRES D'AMBROISE PARÉ..... *divisées en vingt-huit livres..... reveues et augmentées par l'auteur. Quatrième édition.*

C'est la plus complète et évidemment la meilleure. A. Paré y avait mis la dernière main. L'introduction est ici le premier livre; le traité des rapports, etc., le vingt-huitième. L'ouvrage se termine par la grande *Apologie* et le *Traicté contenant les voyages*, qui paraissaient pour la première fois. Après la table générale et l'errata, on lit : « Touchant les voyages, le lecteur ne s'arrestera à l'ordre des années, lequel n'y a esté gardé; toutes fois les histoires et discours n'en sont de rien changés ni corrompus. »

Je rappelle ici l'erreur au sujet de la date du *Voyage de Thurin*, 1536, que tous les historiens, même Malgaigne, ont laissée passer. Le pas de Suse fut forcé dans le courant d'oc-

petite quantité de liquide. Des vomissements surviennent et le malade maigrit beaucoup.

Les modifications survenues, sans permettre d'affirmer l'existence d'un cancer du foie, autorisent cependant une hypothèse de ce genre, et les analyses de l'urine qui, dès cette époque, sont pratiquées tous les jours par M. Doumerc, élève du service et préparateur de chimie à la Faculté des sciences, indiquent d'une manière manifeste une altération des plus graves de la glande hépatique. Ces urines, hautes en couleur, chargées d'une énorme proportion d'urates, et très-rares, contiennent, en effet, une très-faible proportion d'urée, comme le montre le tableau ci-dessous.

Urines analysées à l'aide de l'appareil Blarez.

	QUANTITÉ en 24 heures.	URÉE en 24 heures.
26 avril.. ..	608 grammes.	7gr,12
27 »	570 »	7gr,12
28 »	550 »	6gr,62
29 »	595 »	5gr,95
30 »	560 »	5gr,60
1er mai	525 »	5gr,12
2 »	665 »	7gr,78
3 »	515 »	6gr,26
4 »	665 »	7gr,48
5 »	665 »	7gr,48
6 »	665 »	7gr,48
7 »	665 »	7gr,48
8 »	420 »	4gr,20
9 »	465 »	4gr,65
10 »	350 »	3gr,25
11 »	350 »	3gr,50

Dans ces urines, à partir du 2 mai, on voit apparaître les caractères du pigment biliaire. L'urine, après avoir été hémaphéique, devient donc biliphéique. De plus, à partir de cette époque, les matières fécales sont incolores; il y a des vomissements, de la diarrhée, et l'on constate manifestement l'existence d'un épanchement ascitique.

De jour en jour le malade s'affaiblit malgré l'absence de fièvre, la température se maintenant entre 37 degrés et 37°,5, peut-être en raison de l'ictère qui s'est constamment aggravé, et il meurt, le 12 mai, sans avoir présenté aucun symptôme nerveux et sans hémorrhagies.

Autopsie. — Voici les résultats de l'autopsie faite le 12 mai :

Le cadavre n'offre rien de spécial à signaler à la surface extérieure, si ce n'est la teinte ictérique générale. A l'ouverture de l'abdomen on trouve un épanchement de coloration rougeâtre dont la quantité peut être évaluée à environ trois litres. Dans ce liquide, le microscope démontre la présence de nombreux globules rouges très-altérés.

Poumon gauche. — Au sommet il existe des adhérences anciennes entre le poumon et la plèvre, et le feuillet pleural est un peu épaissi. Sur la coupe on trouve de nombreuses granulations tuberculeuses saillantes et dures devenues probablement fibreuses; puis un certain nombre de pneumonies lobulaires de la grosseur d'un grain de maïs, de coloration jaunâtre et entourées d'une zone de pneumonie chronique. Dans le lobe inférieur existent des nodules blanchâtres de la grosseur d'un grain de blé, entourés d'une zone vasculaire d'apparence ecchymotique.

Poumon droit. — Le sommet est extrêmement adhérent à la paroi thoracique. La plèvre qui le recouvre est considérablement épaissie, de telle sorte que tout le lobe supérieur est recouvert d'une coque fibreuse à la surface de laquelle les côtes ont laissé des empreintes. Ce sommet est occupé par une caverne dont le volume peut être évalué à celui de la moitié du poing d'un adulte. Cette caverne est irrégulière, anfractueuse, tapissée par une couche de tissu conjonctif dont l'épaisseur est d'environ 1 millimètre. Elle contient un liquide muco-purulent. Autour d'elle on trouve des nodules nombreux, du volume d'une tête d'épingle, de consistance fibreuse, puis d'autres nodules de coloration blanchâtre, gros comme des grains de blé et entourés d'une zone manifeste de pneumonie chronique.

Foie.—Il est extrêmement volumineux, adhérent au diaphragme et pèse 4k,500. Sa surface, qui est recouverte par des plaques blanchâtres de périhépatite, est hérissée de bosselures qui se touchent l'une l'autre et dont le volume varie depuis celui d'un gros marron jusqu'à celui d'un pois. Ces bosselures ont un caractère spécial; elles présentent à leur centre une dépression, une ombilication réelle qui révèle immédiatement leur nature. Leur couleur est d'un blanc jaunâtre et elles sont entourées d'une zone vasculaire rouge d'où l'on voit partir, se dirigeant vers leur centre, un grand nombre de capillaires. Elles existent, non-seulement sur toute l'étendue de la surface convexe du foie, lobe droit et lobe gauche, mais on les retrouve semblables et tout aussi confluentes sur la face inférieure de l'organe. Sur la coupe, le tissu hépatique a pour ainsi dire complétement disparu. Il est remplacé par des îlots circulaires de coloration blanchâtre, entourés à leur périphérie d'une auréole vasculaire. Ces îlots ont le volume des bosselures de la surface et ne sont séparés les uns des autres que par une lame mince de tissu hépatique dont la plus grande largeur n'a pas dépassé 3 millimètres et dont la coloration est un peu plus foncée qu'à l'état normal. Toutes ces néo-productions sont un peu molles à leur centre, mais dures à leur périphérie.

L'examen des voies biliaires montre des lésions importantes. Sur le bord convexe du duodénum, au point où vient aboutir le canal cholédoque, on trouve une masse indurée qui attire vers le hile du foie le duodénum et qui est formée par des ganglions lymphatiques hypertrophiés et présentant un aspect médullaire très-manifeste. L'ampoule de Vater est libre; en y introduisant un stylet, on pénètre facilement dans le canal cholédoque jusqu'au canal hépatique. Ce canal cholédoque toutefois, comme le canal hépatique qui lui fait suite, est englobé dans une masse de consistance dure qui a envahi la muqueuse et la tunique fibreuse. Il ne communique plus avec le canal cystique. Enfin, au niveau de sa division pour pénétrer dans le foie, le canal hépatique cesse d'être perméable. La vésicule biliaire est petite, ratatinée; elle contient de la bile muqueuse et incolore et douze calculs du volume d'un gros pois.

L'estomac et l'intestin ne présentent aucune lésion. La rate est grosse et ramollie. Les reins, qui sont volumineux (150 grammes) et ramollis, ont une teinte ictérique très-prononcée. Le cœur est très-ramolli. Rien de spécial à signaler du côté des autres organes.

---

tobre 1537 (Henri Martin, *Hist. de France*, VIII, p. 246, quatrième édition).

La *cinquième* édition (Paris, chez la veufue Gabriel Buon, 1598) est aussi fort importante. Elle contient 1228 pages; mais il y a 58 lignes à la page, ce qui donne quelques augmentations sur la quatrième édition (Malgaigne); le privilége, daté de Paris le 11 mai 1597, est accordé *à la veufue et héritiers de feu maistre Ambroise Paré* pour l'espace de neuf ans. Cette édition posthume présente quelques remaniements et des additions, qui ne sont pas toujours d'Ambroise Paré. Les éditeurs ont fait de *Apologie et Traicté contenant les voyages*, un vingt-neuvième livre.

Les deux éditions qui suivirent, la *sixième*, 1607, et la *septième*, 1614, sont, à quelques corrections près, la reproduction de la cinquième. Elles ont le même nombre de pages, 1228. Le privilége en date du 10 janvier 1607, pour dix ans, est accordé à Nicolas Buon. Et cependant ces deux éditions furent publiées en même temps par deux libraires: Barthélemy Macé, au mont Saint-Hilaire à l'Escu de Bretaigne, dont la sixième édition est à la Bibliothèque de la Faculté et la septième à la Bibliothèque nationale; et Nicolas Buon, rue Saint-Jacques, à l'image de saint Claude, dont les deux éditions se trouvent à la Bibliothèque nationale (Td. 72, 1, C et D). Pour l'impression celle de 1607 vaut mieux que celle de 1614.

La *huitième* édition des œuvres d'A. Paré, divisée en trente livres, nous ramène à M. Chéreau. Cette fois, hâtons-nous de le dire, il a été vraiment heureux.

Après le titre gravé habituel, un second titre, imprimé en caractères noirs et rouges, annonce que cette édition est augmentée *d'un fort ample Traicté des fiebures, tant en général qu'en particulier, et de la curation d'icelles, nouvellement treuué dans les manuscrits de l'autheur.* Un peu plus loin, le catalogue des livres dit plus particulièrement : « 30. Le traicté de toutes sortes de fiebures, tant en général qu'en particulier, avec les remèdes et curations d'icelles, treuué dans les manuscrits de l'autheur par ses enfants. »

Cette autopsie macroscopique, rapprochée de l'observation clinique, ne peut laisser aucun doute dans l'esprit. Le foie et les voies biliaires sont envahis par une production cancéreuse dans toute leur étendue ; les tumeurs de la glande hépatique sont bien des tumeurs cancéreuses, et il n'est en aucune façon besoin pour les reconnaître de recourir à l'examen microscopique. Quant aux lésions pulmonaires dont l'évolution a ouvert le drame morbide, d'après leur examen macroscopique, elles semblent bien manifestement être de nature tuberculeuse. La grande caverne du poumon droit, les nodosités qui l'entourent, les lésions du poumon gauche même ne me paraissent pas pouvoir être rapportées à un processus morbide autre que la tuberculose. Au reste, voici la note de M. le professeur Coyne. Elle établit la réalité de la nature tuberculeuse de ces lésions.

Examen histologique fait dans le laboratoire d'anatomie pathologique, par M. Coyne, professeur. — Il avait été réservé pour l'examen ultérieur deux parties du poumon droit, l'une appartenant à la partie supérieure du lobe moyen, l'autre formant la paroi de la grande caverne ancienne qui existait au sommet du lobe supérieur.

Ces pièces ont été durcies dans l'alcool pendant quarante-huit heures, puis dans l'acide picrique pendant trois jours, trempées dans l'alcool, et enfin durcies définitivement dans l'alcool.

Le premier fragment, correspondant, avons-nous dit, au sommet du lobe moyen, était parsemé à l'état frais de granulations gris jaunâtre et qui faisaient une saillie notable sur la surface de section. Elles tranchaient également par leur consistance sur celle que présente habituellement le tissu pulmonaire. Enfin elles étaient entourées de zones pigmentaires noirâtres et traversées par quelques bandes un peu épaissies et d'apparence fibroïde.

Les coupes faites à ce niveau sont colorées par le picro-carmin en excès et montées dans la glycérine picro-carminée.

A un faible grossissement (oculaire 1; objectif 0 de Verick), on constate les faits suivants : La préparation est parsemée de nodules arrondis ou ovoïdes de volume variable ; les plus petits occupent l'espace d'environ trois alvéoles pulmonaires; les plus volumineux sont environ sur la coupe de dix à quinze fois plus étendus. La coupe a été faite de façon à avoir la surface pleurale, et l'on voit à la partie profonde de ce revêtement partir plusieurs travées d'apparence fibroïde, se dirigeant vers le hile pulmonaire et paraissant suivre en général la direction des vaisseaux et des bronches. Les parois des alvéoles qui partent de ces travées et qui entourent les nodules dont nous venons de parler sont légèrement épaissies et peu colorées par le picro-carminate d'ammoniaque. La cavité des alvéoles pulmonaires est plus habituellement vide; cependant, en certains points qui correspondent en général aux endroits où les nodules sont confluents, ces alvéoles sont remplis par une masse brunâtre qui s'est mal colorée par le picro-carminate. On doit noter aussi à ce niveau, bien qu'à un faible grossissement, l'existence de vaisseaux sanguins très-dilatés et remplis de sang coagulé.

Les nodules, qui ont fixé immédiatement notre attention, sont, avons-nous dit, de volume variable. Les plus petits sont ou arrondis ou ovoïdes suivant le sens de la coupe. A ce faible grossissement, ils paraissent constitués par un centre occupant les deux tiers de leur diamètre, dont la coloration est plus claire, dont le fond est jaune parsemé de points rouges. La périphérie est formée par un anneau plus foncé comme teinte rouge et que l'on voit se continuer manifestement avec les travées épaissies des alvéoles pulmonaires circonvoisins.

A un plus fort grossissement (oculaire 1; objectif 2 de Verick), cette apparence devient plus sensible, et cette distinction entre la partie centrale et la partie périphérique se voit avec beaucoup plus de netteté. On commence à reconnaître en différents points de la zone centrale des formations arrondies ou ovoïdes qui tranchent par leur volume et leur coloration avec les éléments anatomiques qui les entourent. A ce grossissement, la partie périphérique est très-nettement formée d'éléments aplatis et parallèles, et disposés concentriquement à la zone centrale.

A un plus fort grossissement (oculaire 1 ; objectif 6), on voit que les gros éléments, fortement colorés, sont formés par des sortes de plaques à noyaux, auxquels on reconnaît une zone enveloppante fibrillaire, en dedans de laquelle se trouve placée une couronne de nucléoles fortement colorés par le carmin, et enfin tout à fait en dedans un détritus grenu, opaque et coloré en brun par la diffusion de la matière colorante sanguine. Ces formations, qui sont analogues à ce qui a été décrit sous le nom de cellules géantes, sont placées en plusieurs points de la partie centrale du nodule, et lorsque la préparation est suffisamment fine, on voit qu'elles sont appendues et adhérentes aux travées élastiques, derniers vestiges des alvéoles pulmonaires envahis par l'altération morbide. Ce fait est surtout très-manifeste en certains points, où l'altération est tout à fait à son début, et l'on voit certains capillaires des parois de l'alvéole, dix fois plus volumineux qu'à l'état normal, proéminer très-notablement dans la cavité de l'alvéole et concourir à son remplacement. A côté de ces formations, dites cellules géantes, et entourant ces formations, on constate l'existence d'un grand nombre de petits éléments arrondis, très-accumulés dans la partie centrale du nodule. A ce niveau leur noyau est très-fortement coloré en rouge par le carmin; mais ils sont entourés de zones diffuses, opaques et colorées en jaune par l'acide picrique. La zone périphérique est formée par des éléments aplatis, ovoïdes, disposés concentriquement, et entre lesquels on constate également un grand nombre d'éléments arrondis, nucléolés et disposés en rangées linéaires entre ces éléments aplatis. Cette dernière formation embryonnaire dépasse les limites des éléments concentriques et commence à envahir les parois des alvéoles avoisinants.

Lorsque l'on examine les gros nodules, on voit qu'ils sont formés très-manifestement par l'agglomération de cinq ou six nodules élémentaires que nous venons de décrire et à différentes périodes de leur évolution. Un d'entre eux, certainement le plus ancien, est placé au centre, et c'est autour de lui que sont placées en cercles les formations plus récentes, ainsi que l'indique manifestement leur structure. En effet, la partie centrale de ces gros nodules est formée par une masse opaque, jaunâtre, d'apparence sèche et sans éléments figurés appréciables. Elle est traversée en différents sens par des faisceaux de fibres élastiques qui seules subsistent comme éléments isolés dans ce magma caséeux. Cette plaque centrale est entourée par une zone circulaire, colorée en rose et formée par du tissu conjonctif d'apparence fibroïde. Certains points, surtout dans la partie la plus externe de cette zone,

---

Donc, M. Chéreau a découvert dans une lettre de Guy Patin que le susdit traité n'est pas d'Ambroise Paré. La lettre à Claude Belin du 4 novembre 1631 (Bibl. nat., Ms., Lettres originales de Guy Patin, in-fol. n° 9358) renferme en effet cette phrase : « Le Paré des dernières impressions, bien » relié, vaut huit livres, sans rien rabattre; il est augmenté » en cette dernière d'un nouveau traité des fièvres qui a esté » adiousté sur la fin du livre, et fait par un médecin *intus et* » *in cute mihi noto*, sans y avoir mis son nom; lequel est » très-bon. » Ce précieux renseignement était passé inaperçu parce que, au lieu de *le Paré*, les éditeurs négligents des lettres de Guy Patin avaient mis *le prix*. Réveillé-Parise ne s'est probablement pas donné la peine de revoir dans l'original les lettres déjà publiées. Il a copié simplement la septième du *Nouveau recueil des lettres choisies de feu Guy Patin*, t. IV, p. 19. Rotterdam, chez Reinier Leers, 1725.

Ainsi le livre des fièvres de la huitième édition des œuvres d'Ambroise Paré n'est pas de lui. C'est bien certain. Mais M. Chéreau se hâte un peu trop de conclure qu'il est de Guy Patin. Nous n'imaginons pas pourquoi notre confrère a supprimé dans sa citation : *lequel est très-bon* (*Union médicale, loc. cit.*, p. 562). Or ce petit bout de phrase adressé par Guy Patin à un de ses confrères, qu'il connaissait depuis peu et avec lequel il n'avait pas pris l'habitude de plaisanter, est très-important. Pour moi, il me dispose à croire que justement le fameux traité est d'un autre médecin bien connu de Guy Patin, mais point de lui. La phrase qui suit: « Le » dernier La Framboisière qui est aussi bien augmenté, et de » bonnes choses, vaut au dernier mot six livres dix sols » présente la même appréciation sérieuse. Guy Patin n'aurait pas pu dire de son ouvrage *lequel est très-bon*. Rien ne prouve non plus que cette huitième édition ait été publiée par les soins de Guy Patin. D'abord, sauf le traité des fièvres, elle n'est pas différente des autres, et ce n'était pas dans le caractère du sévère et honnête Guy Patin de faire ce mensonge inutile : « Trouvé dans les manuscrits de l'autheur par

sont pigmentés par l'anthracosis pulmonaire. Enfin, dans les parties les plus externes de cette couche fibroïde, on voit apparaître des formations embryonnaires, appartenant à la périphérie de nodules secondaires et analogues à ceux que nous avons déjà décrits.

En certains points de la préparation, on peut constater très-manifestement un caractère important, c'est que ces formations nodulaires embryonnaires forment des manchons assez irréguliers autour de branches assez volumineuses de l'artère pulmonaire.

Tous les caractères que nous venons de faire connaître démontrent nettement qu'il s'agit dans ce cas de granulations tuberculeuses à différentes périodes d'évolution. Les plus anciennes appartiennent à des granulations tuberculeuses devenues caséeuses à leur centre, guéries par du tissu fibroïde à leur périphérie. Les autres sont en pleine voie d'évolution, mais marquent peu de tendance envahissante.

Nous avons noté qu'en général les parois alvéolaires étaient un peu plus épaisses qu'à l'état normal, surtout dans le voisinage des nodules. Cette apparence est due à un commencement de formation embryonnaire autour des vaisseaux principaux de ces parois.

Les alvéoles qui sont remplis présentent ce même caractère, surtout dans le voisinage des nodules tuberculeux. La masse qui les remplit est formée de plaques épithéliales desquamées et grenues, et par des éléments hématiques, en voie de régression granuleuse.

Le fragment correspondant à la paroi de la caverne présente de grandes travées fibreuses, formées par de la pneumonie chronique, circonscrivant de larges espaces au niveau desquels les alvéoles pulmonaires épargnés présentent une altération embryonnaire très-manifeste de leur paroi. A ce niveau on trouve quelques granulations tuberculeuses commençantes, mais très-petites et comme étouffées par l'altération fibroïde périphérique.— Les veines et artères placées dans ces zones de pneumonie chronique ont leurs couches internes très-hypertrophiées, d'où, comme conséquence, rétrécissement considérable de leur cavité; la couche externe est devenue fibroïde. Les coupes sont tombées sur les parois d'une petite caverne secondaire en pleine suppuration; on constate dans les couches profondes l'existence de granulations tuberculeuses placées autour d'artérioles dans les parties qui se rapprochent de la cavité de la caverne. Les éléments embryonnaires prédominent, sont devenus caséeux, en sorte que, dans la partie la plus superficielle, on trouve des leucocytes et des débris de fibres élastiques provenant de la destruction des alvéoles pulmonaires. Enfin les bronches qui traversent ces couches de pneumonie chronique présentent les caractères spéciaux qui appartiennent à la dilatation des bronches.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

PRÉSENTATION DE CANDIDATURES POUR LA CHAIRE DE PHYSIOLOGIE LAISSÉE VACANTE AU MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE PAR LE DÉCÈS DE M. CL. BERNARD. — Ont été élus :

En *première ligne*, M. Bouley par 32 suffrages, contre 18 donnés à M. Rouget et 3 à M. Armand Moreau. Il y a un bulletin blanc.

En *deuxième ligne*, M. Rouget obtient 35 suffrages et M. Armand Moreau 19.

SUR LA STRUCTURE DES CELLULES DU REIN A L'ÉTAT NORMAL. Note de M. *V. Cornil*. — L'auteur a examiné les reins de plusieurs espèces animales : le cochon d'Inde, le lapin, la chèvre et la couleuvre ; reins durcis par l'acide osmique aussitôt après que l'animal avait été sacrifié. Il a observé constamment une disposition des cellules qui n'a pas été signalée et qui doit les faire considérer comme composées de deux substances : l'une périphérique, solidifiée sous l'influence de l'acide osmique; l'autre centrale, contenant des granulations et le noyau de la cellule.

Le rein du lapin est un de ceux où la disposition des deux substances des cellules est le plus évidente.

ACTION DES COURANTS ÉLECTRIQUES SUR LE MUSCLE DE LA PINCE DE L'ÉCREVISSE. Note de M. *Ch. Richet*. — Des recherches qu'il a poursuivies sur ce sujet avec la méthode graphique, l'auteur croit pouvoir conclure qu'un muscle excité directement par des courants induits forts a une secousse musculaire très-prolongée et dont la durée est proportionnelle à l'intensité de l'excitation.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie les comptes rendus des épidémies observées en 1878 dans les départements du Pas-de-Calais, du Nord, des Côtes-du Nord et d'Ille-et-Vilaine.

M. le ministre de l'intérieur adresse une lettre par laquelle il demande l'avis de l'Académie sur les avantages ou les inconvénients qu'il pourrait y avoir à substituer l'usage de la margarine à celui du beurre et de la graisse dans la préparation des aliments des malades.

Sur la proposition de M. *le Président*, une commission est désignée pour examiner cette question et faire un rapport. Elle se compose de MM. Berthelot, Poggiale, Fauvel, Bergeron, Delpech, Vulpian et Riche.

M. *Jules Rochard* offre en hommage une *Étude sur les eaux thermales de Saint-Honoré-les-Bains*, par M. le docteur *Breuillard*.

M. *Hervieux*, au nom de M. *Hippolyte Blot*, empêché par

ses enfants ». C'est bien là, au contraire, un procédé d'éditeur qui veut attirer l'attention du public sur une nouvelle réimpression.

Guy Patin d'ailleurs n'aurait pas fait cette maladresse d'écrire un nouveau traité des fièvres, quand il savait que Paré en avait déjà donné un dans la première édition de ses œuvres. Il était bien trop fin et trop attentif pour que, voulant imiter le style et l'orthographe d'Ambroise Paré, il n'ait pas même pris soin d'écrire comme lui le mot fièvre. L'auteur du nouveau traité a écrit *fiebures*. A. Paré écrivait *fieures*.

Malgaigne s'est donc bien trompé en ne voyant pas cette supercherie (vol. III, p. 67). Je m'étonne que sa sagacité ait pu ainsi être mise si facilement en défaut. Il aurait dû pourtant se méfier en examinant l'exemplaire de la huitième édition qui est à la Bibliothèque de la Faculté. Un savant, très-malin et très-habile, a placé à la fin du volume un manuscrit qui a pour titre : « *Livre des fiebures*, recueilli de Galien, Fernel et autres autheurs », et qui est précisément la copie du traité d'A. Paré lui-même, divisé en quinze chapitres, celui de la première édition de 1575. L'écriture est ancienne : probablement une protestation immédiate ou un moyen de confrontation.

Le volume est ainsi énorme. Il avait déjà 1320 pages imprimées. Ses 1228 premières répondent à celles des trois éditions précédentes. Le reste est pour le nouveau traité des fièvres. Le privilége donné au camp devant la Rochelle, le 18 juin 1628 (1), est pour huit ans. L'exemplaire de la Bibliothèque de la Faculté a appartenu à Carolus Séron, D. M.

C'est sur la huitième édition, la dernière de Paris, chez Nicolas Buon, rue Saint-Jacques, à l'enseigne de saint Claude et de l'Homme sauvage (Bias avec la devise : OMNIA MEA MECUM PORTO), qu'ont été faites les éditions des œuvres d'Ambroise Paré imprimées à Lyon, inférieures de tous points, pour le papier moins fort, les caractères plus petits, le texte rempli de trop nombreuses incorrections (Malgaigne).

(1) Guy Patin était docteur depuis huit mois.

la maladie, lit le rapport général sur le service de la vaccine pendant l'année 1877.

— M. *Villemin*, au nom de la commission des épidémies, lit le rapport officiel sur les épidémies observées en France pendant l'année 1877.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions de ces rapports, ainsi que celle des rapports sur les prix Barbier et Civrieux.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

De la respiration saccadée dans la tuberculose : M. Lereboullet. — Du dosage de l'hémoglobine et des variations de l'hémoglobine et du pouvoir oxydant du sang dans diverses affections aiguës et chroniques : M. Quinquaud.

M. *Lereboullet* offre à la Société la thèse soutenue par l'un de ses élèves, le docteur *Baudisson*, sur la *pathogénie des bruits extra-cardiaques* et communique, à ce sujet, une observation de *bruit sibilant expiratoire dû aux mouvements du cœur* et qui se trouve mentionnée dans cette thèse. Il s'agit d'un de ces cas de *respiration saccadée* qui, depuis les recherches de Raciborsky, ont donné lieu à un si grand nombre d'interprétations diverses. M. Lereboullet les énumère, puis il donne lecture de l'observation suivante, confirmant l'hypothèse émise en 1877 par M. Potain, qui considère la respiration saccadée comme une forme atténuée des bruits extra-cardiaques.

Un jeune soldat, âgé de vingt-trois ans, laissant percevoir au sommet gauche de la poitrine les symptômes qui caractérisent une induration pulmonaire tuberculeuse, présentait, au moment d'une poussée de bronchite aiguë, les signes suivants : L'expiration, dans ses deux derniers tiers, est couverte par un bruit respiratoire à caractère sibilant, plus rude et moins musical que la sibilance bronchique. Cette sibilance apparaît brusquement à l'expiration; elle est rhythmée comme le cœur, de telle sorte qu'à chaque expiration on entend deux à quatre, plus souvent trois sibilances, séparées par un intervalle de temps à peine appréciable, coïncidant avec le choc du cœur et le pouls. Ce bruit sibilant se perçoit dans toute l'étendue de la poitrine, aussi bien à droite qu'à gauche. Il disparaît absolument dans la station assise et reparaît quand le malade est couché sur le ventre ou sur le côté droit. Le nombre de ces sibilances rhythmées comme le cœur augmente quand le malade respire lentement; elles disparaissent quand il suspend sa respiration. On les perçoit à l'auscultation du larynx.

M. Lereboullet fait remarquer les analogies qui existent entre ces bruits sibilants expiratoires rhythmés par le cœur et les respirations saccadées que l'on constate dans la tuberculisation pulmonaire. Il établit que, comme tous les bruits pleuro-pulmonaires dus aux mouvements du cœur, ces sibilances se modifient avec la position du malade et avec sa respiration et que, par conséquent, elles peuvent être assimilées aux bruits extra-cardiaques.

— M. *Quinquaud* présente un appareil destiné à doser rapidement l'hémoglobine : cet appareil, imaginé par un de ses élèves, M. Gillet, et construit sur le modèle de l'uréomètre de Regnard, est d'un usage facile, il peut être mis dans la poche et rendra cliniquement de grands services en permettant le dosage de l'hémoglobine dans un grand nombre de cas où ce dosage est important au point de vue du diagnostic différentiel.

La composition du sang présente de grandes variations dans les maladies et, dans ces variations de composition, il y a trois choses à considérer : la quantité d'hémoglobine, le pouvoir oxydant du sang et le dosage des matières solides du sérum. M. Quinquaud fait remarquer que ses recherches démontrent une fois de plus que la quantité d'hémoglobine varie proportionnellement avec le pouvoir oxydant du sang. De plus l'appareil offre des garanties d'exactitude assez grande pour qu'il puisse être adopté, non-seulement au lit du malade, mais aussi dans les laboratoires. L'erreur possible, en effet, n'excède pas un dixième de centimètre cube d'oxygène sur 100 grammes de sang.

Voici les résultats obtenus par M. Quinquaud dans ses nombreuses analyses.

Dans la chlorose, on trouve 50 grammes seulement d'hémoglobine, 100 centimètres cubes d'oxygène et 90 grammes de matières solides du sérum ; tandis que dans la tuberculose, affection qui au début peut facilement être prise pour la chlorose, on trouve 100 grammes d'hémoglobine, 192 centimètres cubes d'oxygène et 86 grammes à peu près de matières solides du sérum.

Dans l'anémie palustre, dans l'anémie gravidique, le chiffre de l'hémoglobine, quoique abaissé, est toujours supérieur à ce qu'il est dans la chlorose. Il en est de même dans ces anémies post-puerpérales, qui ont été improprement qualifiées de pernicieuses progressives, et dans lesquelles il y a évidemment une altération organique des solides.

Dans le purpura simple, la quantité de l'hémoglobine est supérieure à ce qu'elle est dans le scorbut sporadique.

Dans la fièvre typhoïde, il y en a toujours aussi plus que dans la tuberculose aiguë. Au début, en effet, on trouve 110 grammes d'hémoglobine contre 97 dans la tuberculose aiguë.

La toux hystérique, quelquefois difficile à distinguer de la

En voici l'énumération. *Neuvième* édition, avec le titre imprimé noir et rouge, chez la veuve de Claude Rigaud et Claude Obert, rue Mercière, à la Fortune, 1633; exemplaires à la Faculté et à la Bibliothèque nationale (Td. 72, 1, F).

Dixième édition, même titre. Chez Claude Prost, rue Mercière, à l'Occasion, 1641; exemplaire à la Faculté.

Onzième édition, titre un peu changé. Chez Pierre Rigaud, rue Mercière, à la Fortune, 1652. L'exemplaire actuel de la Bibliothèque nationale (Td. 72, 1, G) n'y était pas du temps de Malgaigne.

Douzième édition. Même titre avec une légère modification : chez Jean Grégoire, rue Mercière, à l'image de la Renommée, 1664; deux exemplaires à la Faculté. Celui du legs Grisolle, facile à reconnaître bien que les pages du commencement et de la fin soient absentes, pourrait être supprimé. Il est catalogué 249, A, et par conséquent pas à sa place.

Treizième édition. Les éditions de Lyon sont de plus en plus mauvaises jusqu'à cette dernière, corrigée et *mise en plus beau langage*, ce qui est pire. Chez Pierre Volfray, rue Mercière, à la Couronne d'or, 1685.

Jean Grégoire, qui avait eu l'idée de cette détestable édition, avait pris un privilége dès le 20 juin 1666, pour dix ans. Sa veuve le céda avec les planches de l'ouvrage à Pierre Volfray. Sur la même page, on lit : achevé d'imprimer le 25 janvier 1685. Un exemplaire à la Faculté, donné par P. Sue, professeur et bibliothécaire de l'Ecole de santé.

On peut caractériser d'un mot chacune de ces treize éditions des œuvres d'Ambroise Paré. Les deux premières, rarissimes, n'ont été probablement tirées qu'à un petit nombre d'exemplaires. On peut les appeler, la première, *édition de* 1575; la deuxième, *édition de* 1579. La troisième est l'*édition latine*, 1582. La quatrième, la plus complète, la meilleure, revue par Ambroise Paré, qui y a ajouté la grande apologie, l'*édition par excellence*, 1585. La cinquième, très-appréciable, la *première des éditions posthumes*. La sixième et la septième, des éditions posthumes, 1607 et 1614, ou encore

tuberculose au début, ne présente pas la petite diminution d'hémoglobine que l'on observe dans cette dernière : 112 gr. d'hémoglobine et 208 le pouvoir oxydant du sang.

Le sang de la néphrite interstitielle est plus riche en hémoglobine que celui de la néphrite parenchymateuse. Voici le tableau des variations dans la néphrite interstitielle et la néphrite parenchymateuse : néphrite interstitielle 72 grammes, parenchymateuse 58 à 68, pour l'hémoglobine ; et pour le pouvoir oxydant du sang, néphrite interstitielle 134 centimètres cubes, néphrite parenchymateuse 115 centimètres cubes.

Le sang de la péritonite tuberculeuse n'est pas aussi pauvre en hémoglobine que celui de la cirrhose atrophique ; celui du cancer du foie que celui du foie palustre ; celui de la gastrite chronique avec dilatation simple de l'estomac que celui du cancer gastrique ; celui de l'entérite simple que celui de l'entérite tuberculeuse.

Enfin, le sang perd de son hémoglobine après la thoracentèse ; elle ne revient à sa quantité première qu'au bout de plusieurs semaines.

Le sang est donc un miroir dans lequel se reflètent fidèlement toutes les altérations organiques, chacune à sa manière ; à maladie spéciale, conclut M. Quinquaud, correspond une lésion hématique spéciale.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande à M. Quinquaud s'il a étudié l'action du fer dans la chlorose. M. Hayem a soutenu cette opinion, qu'on ne peut guérir la chlorose sans donner du fer à ses malades, qu'on ne peut qu'améliorer, mais non guérir. M. Dujardin-Beaumetz a soutenu l'opinion contraire, il voudrait savoir si M. Quinquaud admet la nécessité absolue du fer dans le traitement de la chlorose.

— M. *Quinquaud* a vu trois malades qui ont guéri tous les trois, le premier après dix-huit mois de traitement, le second après un an, le troisième après six mois, sans qu'on ait donné du fer ; il n'a pas observé que les ferrugineux augmentassent notablement la quantité d'hémoglobine.

Comité secret à quatre heures et demie.

Dr Joseph MICHEL.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 18 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Inversion complète de l'utérus. — Hernie inguinale étranglée ; taxis, réduction ; gangrène de l'intestin ; mort. — Injections sous-cutanées d'ergotine.

La correspondance comprend : 1° Une brochure de M. *Victor Bruns : Sur l'amputation circulaire des membres avec lambeaux de peau antérieurs.* L'hémostase serait plus facile, et la cicatrisation plus rapide. M. Bruns fait le pansement de Lister. 2° Un volume de M. *Poulet : Traité des corps étrangers en chirurgie.*

— M. *Forget* présente les dessins et les pièces anatomiques relatifs à une inversion complète de l'utérus. Une femme de quarante-quatre ans, chétive, entra dans le service de Lisfranc le 31 octobre 1838. Cette femme avait eu un accouchement à terme il y a dix-huit mois ; elle ne peut donner aucun détail important sur l'accouchement et la délivrance ; mais depuis elle a de fréquentes métrorrhagies. Un médecin de la ville avait diagnostiqué un polype de l'utérus.

La malade était très-faible. Lisfranc pratiqua le toucher vaginal et le toucher rectal, et déclara qu'il s'agissait d'une inversion utérine complète. Il y avait dans le vagin une tumeur globuleuse dont le sommet se continuait en avant avec le vagin, sans pédicule ni rebord du museau de tanche. En arrière, même absence de bourrelet. La malade mourut de diarrhée le 29 novembre.

Les trois dessins que M. Forget offre à la Société ont été faits par Gratiolet, alors externe du service. On voit, d'une part, le vagin ouvert de bas en haut et la forme globuleuse de l'utérus inversé ; l'orifice vaginal du col regarde le péritoine et les ligaments paraissent en émerger. Les ovaires sont volumineux et congestionnés. Sur la paroi postérieure du vagin existe une bride et le doigt aurait pu la prendre pendant la vie pour le rebord du col utérin.

En supposant la malade moins faible, quelle aurait pu être l'intervention chirurgicale ? Jusqu'à quelle époque peut-on tenter la réduction de l'utérus inversé ? Selon M. Forget, les tentatives de réduction ne sont pas toujours inoffensives, et une inversion datant de dix-huit mois est irréductible.

Il reste donc l'ablation de l'organe et les procédés sont nombreux. M. Forget adopterait volontiers le procédé de Valette (de Lyon), qui est une combinaison de la ligature avec la cautérisation au chlorure de zinc.

M. *Guéniot.* L'observation de M. Forget est le premier fait authentique de renversement complet de l'utérus. Un utérus renversé aussi complétement et revenu à sa texture normale est absolument irréductible. Aussitôt après l'accouchement, peut-être pourrait-on réduire. L'amputation est le seul moyen de traitement pour les inversions anciennes, et la ligature élastique a donné des succès.

M. *Farabeuf* a vu employer un instrument destiné à porter une ligature élastique dans les cavités profondes. Le fil qui serre la tumeur est en soie, mais la traction est élastique au moyen d'un tube en caoutchouc qu'on attache au fil de soie et à l'extrémité inférieure de l'instrument.

— M. *Berger* fait un rapport sur une observation adressée à la Société par M. *Eustache* (de Lille). Hernie inguinale

---

celles des deux éditeurs. La huitième, la dernière édition de Paris avec le nouveau traité des fièvres qui n'est pas d'A. Paré. C'est l'*édition définitive,* ce qui veut dire que les *éditions de Lyon* reproduisent son texte. La neuvième, 1633, la dixième, 1641, la onzième, 1652, la douzième, 1664, de plus en plus mauvaises pour le papier et l'impression, jusqu'à la treizième et dernière, l'édition mise en plus beau langage, 1685.

Une reproduction exacte de l'édition latine a été faite à Francfort, 1594. Pour les traductions en langues étrangères, je renvoie à l'introduction de l'*édition de Malgaigne* dont on ne saurait dire trop de bien. L'éminent professeur y a répandu abondamment les trésors de son labeur infatigable.

Dr E. TURNER.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — La chaire d'histoire naturelle et matière médicale prend le titre de *chaire d'histoire naturelle.* — La chaire de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie prend le titre de *chaire de chimie et toxicologie.* — La chaire de pharmacie prend le titre de *chaire de pharmacie et matière médicale.*

— Un concours s'ouvrira, le 15 octobre 1879, pour un emploi de chef des travaux anatomiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Nasse, docteur en médecine, est institué chef de clinique médicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims : MM. Doyen, professeur d'anatomie ; Gentilhomme, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire ; Lemoine, professeur d'histoire naturelle ; Maldan, professeur d'hygiène et thérapeutique ; Grandval fils, professeur de chimie et toxicologie.

volumineuse étranglée ; réduction par le taxis au bout de dix heures d'étranglement ; gangrène de l'intestin ; mort.

Ce fait est exceptionnel, et M. Berger fait quelques réserves tout d'abord. Un homme de trente-six ans entre à l'hôpital à quatre heures du matin. Depuis cinq ans, il a une hernie scrotale qui sort et rentre facilement; jamais elle n'a été maintenue par un bandage. Un soir la hernie sort et ne peut rentrer. Vomissements verdâtres. Le taxis sans chloroforme ne donnant aucun résultat, le malade est apporté à l'hôpital.

On constate une tumeur volumineuse dans le côté droit des bourses; elle est sonore, douloureuse; état général mauvais. Le malade non endormi est inversé et la tumeur rentre après cinq minutes d'un taxis modéré. Il y eut aussitôt une selle diarrhéique. Le lendemain, garde-robe sanglante. Le ventre se ballonne, vomissements; mort de péritonite dix jours après la réduction.

A l'autopsie, on trouve du liquide stercoral dans le péritoine et un foyer putride dans la fosse iliaque droite; 72 centimètres d'intestin grêle sont gangrenés. Le sac herniaire descendait jusqu'au testicule et l'orifice herniaire était très-dilaté.

M. Berger ne trouve pas dans l'observation l'explication de ces lésions rapides. M. Gosselin a vu un exemple de gangrène de l'intestin après neuf heures d'étranglement, mais il s'agissait d'une petite hernie. Ici, au contraire, la hernie est très-volumineuse et l'anneau dilaté. A quoi attribuer la gangrène? Le taxis fait en ville y est-il pour quelque chose? On aurait dû rechercher dans les artères mésentériques la cause de cette gangrène intestinale.

M. *Verneuil*. Jamais on n'a vu un anneau admettant deux doigts étrangler 72 centimètres d'intestin. Si on avait réduit 72 centimètres d'intestin gangrené, le malade n'aurait pas vécu dix jours. Quand on fait le taxis à outrance, on déchire la muqueuse intestinale, et on a des selles sanglantes.

M. *Trélat* ne croit pas que la gangrène soit due au taxis ou à l'étranglement; il y a eu une entéro-péritonite précédant, simulant un étranglement intestinal.

M. Trélat a opéré un malade dans le service de M. Vulpian; l'anse intestinale était menacée de perforation; au-dessus de l'étranglement, on voyait des plaques gangréneuses sur l'intestin, et, quand on fit l'autopsie, il y avait près de 1 mètre d'intestin grêle couvert de points jaunes gangréneux dus à une entéro-péritonite. La gangrène n'a pu être produite pendant les dix heures qui ont précédé la réduction.

M. *Desprès*. C'est une franche péritonite herniaire et non un étranglement; en pareil cas, il ne faut ni réduire ni opérer.

M. *Le Dentu* a pensé longtemps que les grosses hernies ne s'étranglaient pas; aujourd'hui il est revenu de cette opinion. L'an dernier, il voit un malade portant une hernie du volume d'une tête de fœtus; l'étranglement était franc et net. Chloroforme et taxis, rien; ponction aspiratrice, rien; opération et réduction; une bride du sac comprenait une anse d'intestin.

Il y a quinze jours, un malade entre à l'hôpital Saint-Louis avec une hernie volumineuse ; l'étranglement datait de vingt-quatre heures; opération; débridement consistant en la section d'une bride; le sac contenait beaucoup d'épiploon non enflammé et une anse intestinale de 25 centimètres de longueur ; réduction; guérison.

M. *Nicaise* apportera un fait analogue à celui de M. Le Dentu. Un homme de cinquante ans, atteint de hernie volumineuse ancienne non maintenue, avait des vomissements rares; on temporisa; mais, l'état s'aggravant, on fit l'opération. Étranglement très-serré à l'orifice interne du canal. Au bout de quelques jours survinrent des phénomènes de septicémie. Il y avait une péritonite circonscrite à la fosse iliaque droite, et une perforation intestinale au niveau du point étranglé. Dans l'étranglement intestinal, il se fait une congestion dans l'anse étranglée, d'où la possibilité d'une hémorrhagie après la réduction.

M. *Desprès*. Quand une hernie volumineuse ne contient que de l'intestin, on peut être sûr qu'elle n'est pas étranglée; mais quand il y a en même temps de l'épiploon, il peut y avoir étranglement.

M. *Berger*. Dans les grosses hernies, on trouve presque toujours de l'épiploon, et l'étranglement en pareil cas a été observé.

— M. *Hergott* (de Nancy) fait une communication sur les injections sous-cutanées d'ergotine pour arrêter les hémorrhagies après l'accouchement. M. Hergott a obtenu presque toujours l'arrêt de l'écoulement du sang, et n'a jamais observé d'accidents à la suite de ces injections.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 21 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Développement des corps opto-striés : M. Mathias Duval. — Physiologie de la base de l'encéphale : M. Brown-Séquard. — Température de la région stomacale : M. Leven. — Action physiologique du chlorure de magnésium : M. Rabuteau. — Effets de l'électrisation sur la circulation de la tête : M. Létourneau.

M. *Mathias Duval* ajoute à sa communication de la séance précédente quelques détails sur le développement des régions opto-striées. Les parties lenticulo-optiques proviennent des vésicules optiques, et le noyau lenticulaire vient au contraire de la vésicule centrale qui, en s'agrandissant, enveloppe de plis la vésicule optique. La région lenticulo-optique correspond à la soudure de ces deux vésicules. Le corps strié, le noyau lenticulaire sont de la substance corticale, d'après leur origine même. Aussi ne sont-ils pas excitables. Il en est de même d'ailleurs pour toute cette substance d'après M. Mathias Duval, qui n'admet pas l'existence de centres gris moteurs et croit que les effets produits par les excitations appliquées à la surface du cerveau sont dus à l'excitation des parties blanches sous-jacentes et non à celle des parties grises superficielles.

— M. *Brown-Séquard* expose une série de faits destinés à éclairer la physiologie de la base de l'encéphale. Lorsque cette base est mise à nu, la galvanisation des pyramides détermine des contractions du côté excité; des lésions portant sur le pont de Varole, sur les pédoncules cérébraux, sur les pyramides, peuvent déterminer aussi des convulsions du même côté. Sur le lapin et le cochon d'Inde, les lésions de la moelle réagissent nettement sur les fonctions de la base de l'encéphale : c'est ainsi qu'à la suite d'une hémisection droite de la moelle l'excitabilité motrice de la base de l'encéphale est diminuée, quelquefois même perdue à gauche et peut être augmentée à droite. La sensibilité est alors aussi diminuée dans la moitié gauche du corps. La section du nerf sciatique, qui produit tant d'effets identiques à ceux de l'hémisection de la moelle, tels que l'épilepsie partielle et l'anesthésie du côté opposé, a dans deux cas exercé une *influence inhibitoire* sur l'excitabilité de la base de l'encéphale. Ici encore les effets ont été analogues à ceux de l'hémisection mais moins intenses. Enfin, dernier détail à noter, la paralysie des muscles abdominaux, rare chez l'homme, est au contraire très-fréquente chez les animaux à la suite des lésions de la base de l'encéphale et se montre alors du même côté que les lésions; elle est dans ces cas très-marquée.

— M. *Leven*. La température de la région stomacale chez un sujet sain varie dans une même journée suivant certaines lois. Elle est inégale sur les deux moitiés de l'épigastre, et les différences observées d'un côté à l'autre s'étendent de quelques dixièmes de degré à un degré complet. Ce fait vient

à l'appui de théories autrefois émises par M. Leven, sur l'inégalité de fonctions des différentes parties de l'estomac. C'est le matin à jeun que l'on trouve les plus fortes températures : 35°,5, à gauche; 35°,7, à droite; elles s'abaissent jusque vers onze heures, mais à partir de ce moment, ou plutôt à partir du repas que l'on fait en général à ce moment, elles s'élèvent d'abord du côté gauche où l'on revient au chiffre de 35°,5, puis à droite où l'ascension est de près de 1 degré. De ce côté l'élévation commence seulement après la deuxième heure qui suit le repas. A la troisième heure, le maximum est atteint à droite aussi bien qu'à gauche; il est à noter que chez les individus atteints de lithiase biliaire, c'est souvent à ce moment que la colique hépatique éclate. La température axillaire s'abaisse un peu en même temps. Puis, vers la quatrième heure, les températures reprennent leurs chiffres habituels. Le repas du soir, plus copieux, est suivi de phénomènes tout à fait semblables, dont la durée se prolonge toute la nuit, puisque le lendemain matin on retrouve encore une notable élévation de la température locale. M. Leven attribue ces variations thermiques aux variations que subit la circulation gastrique; chez certains sujets dont l'estomac est maintenu par une lésion cancéreuse ou autre dans un état de congestion permanente, la température reste toujours élevée. Chez ces individus la sensation de la faim fait presque défaut ou diminue notablement; l'on peut supposer que la faim est liée à un état spécial de la muqueuse gastrique, et non, comme on le croit souvent, à un état de l'organisme tout entier.

— M. *Rabuteau* ne partage pas, au sujet de l'action du chlorure de magnésium, les opinions exprimées par MM. Aguilhon et Laborde dans des séances précédentes. Il proteste contre l'assertion qu'on lui a attribuée, d'après laquelle le chlorure de magnésium injecté dans les veines aurait des effets purgatifs : il a toujours constaté le contraire; il a remarqué que chez une grenouille 25 centigrammes de chlorure de magnésium amènent des arrêts prolongés du ventricule du cœur sans avoir autant d'action sur les oreillettes. Quelques gouttes de la solution saline versées directement sur le cœur en amènent l'arrêt complet, sans que l'électricité puisse le faire repartir. Le chlorure de magnésium doit être classé parmi les poisons musculaires, car il abolit directement la contractilité sans avoir aucune action sur le système nerveux. Le magnésium se range ainsi entre le sodium, dont les sels sont sans action sur les muscles, et le potassium dont il est loin d'égaler la puissance à cet égard; il occupe dans cette série la place qu'il y doit occuper en raison même de son poids atomique, 24, intermédiaire à celui du sodium, 23, et à celui du potassium, 39.

M. *Laborde* maintient les faits énoncés par lui dans des séances antérieures.

— M. *Létourneau* a recherché quels pouvaient être sur la circulation encéphalique les effets de l'électrisation appliquée à la surface des téguments, comme on le fait en médecine. Le resserrement des vaisseaux de la rétine, de ceux de l'oreille chez les chiens, est un fait déjà connu. Pour étudier les modifications de la circulation intra-crânienne, M. Létourneau, après avoir mis à nu les méninges d'un chien, a fait passer un courant à travers la tête de l'animal; le pôle positif était placé en arrière du maxillaire, le pôle négatif au-dessus des yeux. Les vaisseaux de la pie-mère se sont graduellement contractés : on conçoit quelle importance la possibilité d'anémier le cerveau possède au point de vue thérapeutique.

X. ARNOZAN.

REVUE DES JOURNAUX

Des variations de la température consécutives aux lésions de la colonne cervicale, par M. A. NIEDEN.

Un cocher de soixante ans tomba d'une échelle si malheureusement qu'il se luxa la colonne vertébrale au-dessous de la septième vertèbre cervicale. Paralysie et anesthésie de tout le corps à partir du troisième espace intercostal, douleur violente à la nuque sans déviation des vertèbres, connaissance conservée, respiration un peu gênée, tels sont les principaux symptômes observés. La température mesurée dans l'aisselle dix heures après l'accident était de 35°,1. Pendant quatre ou cinq jours elle oscilla lentement de 35 à 37 degrés; le malade était d'ailleurs en très-bon état, mangeant de bon appétit et supportant assez gaiement sa fâcheuse situation. Dans la nuit du sixième jour la température tombe brusquement à 32°,3 sans que l'on puisse constater le moindre changement physique ou moral dans l'état du blessé. Le lendemain nouvelle chute à 31°,1, légère sensation de froid au côté gauche. Le huitième jour, le thermomètre indique 30°,1 le matin et 30°,5 le soir; enfin, le dixième jour, 27°,2, et cependant le malade avait conservé sa complète connaissance, son appétit, son sommeil; à partir de ce moment cependant il devient apathique, répond lentement aux questions; la cyanose augmente rapidement, accompagnée de congestion pulmonaire, et le même jour la mort arrive par une température de 27°,0. Quinze minutes après le décès, le thermomètre monte à 27°,4 pour redescendre insensiblement.

Nous avons rapporté tous les détails de cette observation parce qu'elle est probablement unique dans la science; jamais on n'aurait supposé que l'organisme pouvait, sans altérations fonctionnelles graves, supporter un abaissement pareil de température. C'est de plus un bel exemple d'apyrexie consécutive aux lésions de la colonne vertébrale.

Généralement c'est le contraire qui arrive dans ces cas et la température, au lieu de s'abaisser, monte à des hauteurs souvent considérables. Dans un cas observé par l'auteur, le thermomètre indiquait 43°,4 quand le malade mourut. Il est utile d'ajouter que, dans les deux cas, les mensurations ont été faites par l'auteur lui-même, avec plusieurs thermomètres soigneusement comparés et vérifiés.

La cause de ces variations thermiques est inconnue. Tout ce que l'on peut dire, c'est que, en général, plus la lésion de la moelle siége bas, plus il y a de chance pour que la température soit abaissée, plus la lésion est élevée, plus le thermomètre a de tendance à monter. Les observations des physiologistes et des cliniciens sont impuissantes à éclaircir ce point de la science. (*Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 50.)

Description d'un bassin oblique ovalaire rachitique, compliqué d'hydrorachis, par M. Th. HUGENBERGER.

Trouvé chez une femme de vingt-cinq ans, morte de péritonite douze jours après l'accouchement. Le rétrécissement du bassin avait nécessité la céphalotripsie : l'utérus cependant fut trouvé normal à l'autopsie.

Le bassin, préparé et conservé à l'Université de Moscou, est des plus remarquables. Il est nettement oblique ovalaire et en même temps rachitique : le rétrécissement porte sur la moitié droite du bassin; à gauche les deuxième et troisième trous sacrés sont convertis en une vaste ouverture donnant passage à une poche volumineuse siégeant en partie dans l'excavation, en partie dans le sacrum dilaté et déformé (hydrorachis externe des auteurs). Le rétrécissement provenait donc, d'un côté, de la conformation osseuse, de l'autre, de la présence de cette poche à contenu séreux : de plus le promontoire forte-

ment déjeté vers le centre du détroit supérieur compliquait encore la situation.

On trouvera dans la notice de l'auteur l'indication des diverses mensurations pratiquées sur le bassin, comparées à celles du fameux bassin normal de Prague, ainsi que sa reproduction lithographique. Les mensurations dont il s'agit ont été reportées sur deux schémas, espèces d'épures de géométrie descriptive destinées à éclairer le lecteur, mais qui, je le crains, ne serviront qu'à obscurcir ses idées. Pourquoi tout ce luxe de lignes diversement ponctuées, lorsqu'il suffisait de marquer les traces des divers plans sur le plan horizontal ou vertical, la section en un mot, telle qu'on la dessine dans tous les livres d'obstétrique? La géométrie descriptive elle-même peut trouver son emploi en médecine, mais qu'on la débarrasse de toutes les lignes de construction, ainsi qu'on le fait dans les autres sciences.

Il est assez difficile de s'expliquer la pathogénie d'un pareil bassin. Pour ce qui concerne les lésions du sacrum, l'auteur admet qu'il existait *primitivement* un rachitisme fœtal, déterminant un arrêt de développement des points d'ossification, et *secondairement* un amas de liquide cérébro-spinal augmentant encore la difformité du sacrum. Quant à l'obliquité générale, elle ne peut s'expliquer par une synostose qui n'existait pas, ni par une atrophie suite de compression médullaire. L'auteur pense qu'elle peut être le résultat de la scoliose vertébrale agissant par la déviation du poids du corps et par la traction exagérée, du côté opposé, des ligaments et muscles du bassin. Les seuls exemples analogues connus ont été rapportés par Virchow (*Tumeurs*, p. 189) et Wagner (*Beit. zur Geburtsh*, 1872, t. I, p. 84; *Archiv für Gynæk.*, t. XIV, p. 1).

Une aiguille dans le cœur vivant,
par M. HUPPERT.

A l'autopsie d'un aliéné mort de péritonite, on trouva dans le cœur une aiguille à coudre plantée dans la paroi postérieure du ventricule gauche, dirigée de haut en bas et en avant, pénétrant de cinq à six lignes dans la cavité ventriculaire qu'elle remplissait presque entièrement. Cette découverte était entièrement inattendue. Le malade était un aliéné, mais qui par intervalles possédait ses facultés mentales et qui avait raconté sa vie passée sans avoir jamais fait allusion à quelque accident que l'on pût mettre en rapport avec la présence de ce corps étranger dans l'organe central de la circulation. Jamais il ne s'était plaint de palpitations ou d'autres symptômes cardiaques. Sa femme, après plusieurs interrogatoires sur ce sujet, finit par se rappeler une histoire assez romanesque dont nous épargnons le détail au lecteur et de laquelle il résultait que le malade se serait lui-même enfoncé une aiguille dans la région thoracique. Comment l'aiguille a-t-elle pu pénétrer dans le cœur par derrière? C'est ce qu'il est difficile de comprendre. Peut-être l'avait-il avalée par mégarde. L'auteur signale surtout le fait que le cœur a toujours fonctionné normalement malgré la présence du corps étranger. (*Archiv der Heilkunde*, t. XIX, p. 517.)

La subluxation spontanée de la main en avant,
par M. MADELUNG.

On connaît peu de chose sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de cette lésion. L'auteur consacre une planche à reproduire les résultats d'une autopsie qui démontre que dans les cas avancés la luxation peut être complète, du moins sur certains points.

Pour ce qui concerne la pathogénie, Madelung range la difformité articulaire dont il s'agit dans les « altérations de croissance des jointures », classe qui comprend déjà le pied bot, le genou valgus et la scoliose. Suivant lui, la forme des surfaces articulaires du poignet n'est pas immuable : dès les premières années de la jeunesse jusqu'à l'époque où la croissance est terminée, elles peuvent être transformées par suite des occupations de l'individu. Cette transformation plus ou moins rapide des surfaces articulaires est toujours accompagnée de douleurs. L'auteur cite ici les blanchisseuses, les pianistes, les jeunes étudiants qui se livrent avec une ardeur inconsidérée « à la noble occupation de l'escrime », toutes classes de gens très-sujettes à ces douleurs du poignet et aussi aux difformités légères qui les accompagnent. Lorsque le travail continue, malgré la douleur, il se produit des lésions plus graves, premier degré de la subluxation. Voici comment :

« On sait que les travaux manuels ordinaires de l'homme sont effectués au moyen des muscles fléchisseurs dont l'action sur l'articulation est limitée en premier lieu par les tendons des extenseurs. Ces tendons sont situés presque exclusivement sur l'épiphyse antérieure du radius, avant d'arriver au dos du carpe. Chaque flexion extrême doit donc entraîner une pression sur l'épiphyse antérieure du radius, pression dirigée en bas du côté de la pronation. Cette pression souvent exercée détermine une lésion de croissance qui courbe l'axe du radius du côté de la pronation. Or la résistance musculaire peut être surmontée, ce qui arrive dans le cas de *fourbure*, alors la résistance est exercée par les ligaments ou les os eux-mêmes, et nécessairement chez l'individu jeune, dont les os et les ligaments sont faibles, il se produira des désordres dans leur structure. Une pression exagérée surcharge les portions inférieures des surfaces articulaires du radius et du carpe, et les fait diminuer ou disparaître en arrêtant leur développement. Au contraire, la portion supérieure du radius continue à augmenter, comme le condyle interne du fémur dans le genou valgus : c'est ce que montre l'autopsie citée plus haut. »

Le véritable nom de la lésion serait donc *manus valga*, s'il n'avait été employé par Dieffenbach pour désigner une autre difformité du poignet.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas de traitement qui puisse guérir cette situation. Les douleurs disparaissent par le repos. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXIII, p. 395).

Un cas de bronchite grave due à l'inhalation de vapeurs d'acide hypo-azotique, par M. TANDLER.

Un homme de vingt-cinq ans, fortement constitué, est apporté à l'hôpital dans un état de dyspnée extrêmement grave. Visage cyanosé, yeux injectés, pupilles contractées et sans réaction. Respiration fréquente et pénible, parole impossible, pouls accéléré, plein. Dans le thorax, râles muqueux de diverses grosseurs généralisés. La personne qui l'accompagne raconte que cet état dure depuis le jour précédent. Le malade avait été occupé à préparer du cirage et versait de l'acide nitrique sur du fer métallique. Une vapeur rougeâtre remplit la salle où il resta pendant une demi-heure, toussant et craignant d'étouffer. Cependant, le malaise augmentant et se compliquant d'une sensation de resserrement, il sortit et se promena une heure durant. Quatre à cinq heures seulement après l'inhalation du gaz, l'oppression augmenta et la toux devint gênante.

Le malade guérit du reste rapidement de sa bronchite qui n'était remarquable que par son extrême acuité et par sa généralisation. Des exemples de ce genre sont rares. Hirt dit n'en avoir jamais observé. Les cas de Sucquel, Charier et Desgranges se sont terminés par la mort. (*Archiv der Heilkunde*, t. XIX, p. 551).

De l'extirpation totale de l'utérus,
par M. J. Kocks.

Nouvelle méthode opératoire. Le temps le plus difficile de l'opération dont il s'agit est celui pendant lequel on ligature les ligaments larges à leur partie inférieure pour empêcher les hémorrhagies de l'artère utérine : le procédé généralement employé est difficile, long et infidèle, vu que cette ligature se pratique avant d'avoir séparé la matrice des organes avoisinants. Kocks, au contraire, sépare d'abord l'utérus de la vessie et du rectum : il n'y a pas à craindre d'hémorrhagie si l'on a soin de faire les sections nécessaires très près de la matrice ; les recherches anatomiques lui ont fait voir que les artères utérines sont distantes de 1 centimètre environ du corps de la matrice. On lie successivement les trompes et le ligament ovarique, puis les ligaments ronds, en ayant soin de ne pas transpercer les premiers organes. On enlève les ovaires s'il y a lieu, puis on commence la section de haut en bas jusqu'à ce que l'on soit arrivé vers la base des ligaments larges. La dissection du côté de la vessie sera plus facile et moins dangereuse si l'on a la précaution d'introduire l'indicateur gauche dans cet organe.

Pour faire la ligature de la base des ligaments larges, on emploie un porte-fil en crochet analogue à l'aiguille de Ducamp, portant un double fil très-fort. On l'introduit dans la fente postérieure, et on le dirige d'arrière en avant, de manière à le faire sortir entre l'utérus et la vessie. On retire l'aiguille, on sépare le fil et on pratique les ligatures. Le reste de l'opération comme ailleurs.

L'auteur relate une opération d'extirpation de l'utérus pour carcinome de la portion vaginale, combinée avec la castration. La femme portait trois ovaires. Le procédé décrit plus haut ne fut pas employé : il fut imaginé par l'auteur à la suite des particularités observées pendant l'opération. La femme guérit : pas de récidive au moment de la publication. (*Archiv für Gynæk.*, t. XIV, p. 127).

De la présence des bactéries dans les foyers pyohémiques chez l'homme vivant, par le docteur G.-J. Salomonsen.

En communiquant les observations suivantes, l'auteur a voulu contribuer aux recherches trop rares sur la présence de bactéries dans les foyers inflammatoires de l'organisme vivant.

Un homme de vingt et un ans entra à l'hôpital communal le 4 décembre 1873. Il était dans un état fiévreux très-prononcé et était atteint d'une arthrite suppurative de la première articulation phalango-métatarsienne du pied droit ; de plus, il souffrait d'un panaris, traité en ville, et incisé quelques jours avant son arrivée à l'hôpital ; ce panaris n'était pas accompagné de symptômes généraux. Pendant les semaines suivantes, il se développa une pyohémie très-marquée avec des suppurations métastatiques nombreuses ; la fièvre intense continua, l'amaigrissement devint plus prononcé de jour en jour, et le malade succomba le 11 janvier 1874.

Pendant la durée de la maladie, l'auteur fit l'analyse microscopique du pus provenant des différents foyers métastatiques ; il trouva :

1° Dans du pus retiré par aspiration de l'articulation du genou (10 décembre 1873), *des streptococci en chaînes assez petites*.

2° Le 13 décembre 1873, le pus d'un épanchement articulaire à la face dorsale du pied droit contenait aussi des *Streptococci*, mais en chaînes plus longues et plus nombreuses.

3° Le 28 décembre 1873, du pus fut retiré par aspiration de l'articulation scapulo-humérale, on y trouva aussi des *Streptococci*.

4° Le lendemain, on constata de nouveau un épanchement excessif dans l'articulation ; la ponction donna lieu à un fort écoulement de pus, couleur de chocolat, contenant une foule de globules de sang rouges, *des Streptococci et des bactéries innombrables du genre bactérium termo*.

5° Le 9 janvier 1874, un grand abcès pyohémique du mollet fut incisé ; le pus contenait une *grande quantité de Streptococci* très-longs.

Le résultat de l'analyse microscopique fut donc *la constatation de la présence, dans les quatre foyers métastatiques parfaitement clos, de la même espèce de bactéries, savoir le Streptococcus à l'exclusion de tout autre micro-organisme.* Le 29 décembre seulement, on trouva aussi le bactérium termo dans l'articulation scapulo-humérale ; mais l'auteur n'ayant découvert la veille que des *Streptococci* dans la même articulation, il est disposé à croire que les germes de bactérium termo auront été introduits dans la cavité articulaire pendant la ponction, bien que le trocart de l'appareil aspirateur eût été soigneusement nettoyé avant l'opération.

Le pus retiré le 9 janvier de l'abcès du mollet fut employé aux deux expériences suivantes : une goutte de ce pus fut injectée dans la plèvre et la même quantité dans le péritoine d'un lapin, qui mourut quatre jours après ; l'autopsie montra des inflammations suppuratives des membranes séreuses précitées ; dans le pus on ne trouva que des *Streptococci* sans autres bactéries. Une goutte du pus pleurétique du lapin mort fut injectée dans la plèvre d'un lapin qui mourut huit jours après et révéla à l'autopsie une pleurésie et une péricardite suppuratives. Des échantillons de sang du dernier animal ne contenaient pas de bactéries ; *dans le pus pleurétique, on découvrit une quantité énorme de Streptococci, tandis que le pus du péricarde était parfaitement exempt de micro-organismes.* Personne ne peut douter que la pleurésie n'ait causé la péricardite ; il est donc permis de tirer cette conclusion du manque de bactéries dans le pus du péricarde, que des matières phlogogènes ont pénétré de la plèvre jusqu'à la cavité péricardiale par des voies où le passage des *Streptococci* a été empêché par une cause quelconque. (*Nordisk med. ark.* vol. IX, 1878.)

Travaux à consulter.

Les conseils d'hygiène des départements, ce qu'ils sont, ce qu'ils devraient être, par M. le docteur Bergeron. — Dans tous les pays on s'occupe actuellement des précautions hygiéniques à prendre pour éviter l'invasion d'une épidémie, non pas imminente, mais possible. Nous avons montré dans un précédent numéro quelles étaient les règles qui protègent la frontière ; nous allons voir aujourd'hui, d'après le même journal, comment sont organisés les conseils d'hygiène des départements, qui auraient eu cas d'invasion une grande tâche à remplir. Disons d'abord que chaque année un grand nombre de travaux fort utiles sont produits ; malheureusement la plupart des mémoires restent enfouis dans les cartons des préfectures. Il est vrai que depuis quelques années plusieurs conseils généraux ont voté des fonds pour faire imprimer une partie de ces mémoires. En résumé, dans l'état actuel, les conseils d'hygiène départementaux sont des assemblées consultatives qui peuvent donner des conseils, mais non décider ce qu'il y a à faire, et souvent il suffit d'une influence sans compétence pour contrecarrer toutes les décisions d'un conseil. C'est cet état de choses qu'il faut modifier et voici en quel sens, d'après le docteur Bergeron : Il faut que les conseils soient sûrs de l'appui de l'administration centrale et du concours actif et persistant des autorités locales ; il faut encore qu'ils puissent compter sur le bon vouloir et la libéralité des conseils généraux ; il faut que l'exécution de leurs décisions soit confiée à l'activité d'un fonctionnaire spécial et armé d'une sanction pénale ; il faut de plus qu'ils aient le droit de provoquer par la voie hiérarchique des réunions

exceptionnelles pour résoudre d'urgence les questions de salubrité; il est désirable qu'ils puissent échanger entre eux leurs mémoires et leurs rapports; enfin ils pourraient se réunir en congrès pour traiter de l'hygiène et de la salubrité d'une région, plusieurs départements limitrophes, un bassin fluvial, etc. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, janv. 1879, n° 1, p. 26.)

La maladie des chiffons, par M. Leroy. — Il s'agit de cas qui se sont présentés surtout dans les fabriques de papier : elle débute par la faiblesse et l'anorexie, l'insomnie, des vomissements et une sensation de brûlure à l'épigastre. Au bout de peu de jours, il y a de la cyanose des extrémités et des lèvres avec de l'œdème pulmonaire. La mort survient sans grandes souffrances; cette affection est produite par les matières putrides que contiennent les chiffons qu'on utilise, et qui transformées en poussières sont absorbées par la respiration. (*Deutsche Vierteljährësschrift für off. Gesundheit*, p. 716.)

Quelques particularités sur les sueurs des phthisiques; époque variable de leur apparition. Doit-on toujours les considérer comme un facheux symptôme et chercher a les combattre? par M. le docteur Rousselot (de Saint-Dié). — Tout ce qui touche à la clinique de la phthisie pulmonaire mérite au plus haut point d'appeler l'attention : c'est ce qui nous donne l'idée de résumer le travail de M. Rousselot. L'auteur croit que dans un certain nombre de cas il y a corrélation entre les sueurs et la fièvre. Il fait d'abord remarquer que rien n'est plus variable que l'époque d'apparition des sueurs dans le cours de la phthisie pulmonaire. Il y a une évolution tuberculeuse active et une évolution torpide, silencieuse, passive en quelque sorte. Dans le second cas, la lésion pulmonaire n'a pas de retentissement sur l'organisme, elle n'a pas d'évolution active et peut persister pendant longtemps sans produire de fièvre et par conséquent sans le cortége de symptômes qu'on observe ordinairement avec la fièvre, et en particulier les sueurs nocturnes. Quand, au contraire, il y a dès le début évolution active, fièvre nocturne, état grave de toutes ces fonctions, on constate en général l'apparition hâtive des sueurs nocturnes. Dans ce cas, le thermomètre rendra de grands services en permettant d'étudier le degré de la combustion morbide. Les sueurs, qui sont alors le plus souvent fort abondantes, permettent d'éliminer une grande quantité des produits de combustion morbide. On peut alors admettre, croit M. Rousselot, que la sueur fait une dérivation favorable à la fièvre et permet ainsi de modérer ce symptôme. C'est dans des cas de ce genre qu'on voit, comme l'auteur en cite un exemple, les sueurs alterner avec la diarrhée et réciproquement. Donc, si chez certains tuberculeux on voit comme au début de l'affection apparaître les sueurs nocturnes, c'est que ces individus ont une évolution tuberculeuse à forme active, fluxionnaire, à fièvre précoce; chez d'autres, au contraire, l'évolution affecte une forme torpide, silencieuse, indolente, sans aucun retentissement sur l'organisme, ou plus justement il y a des tubercules dans le poumon, mais pas d'évolution tuberculeuse, le sujet n'est pas phthisique. Dans le premier cas, il peut y avoir intérêt à respecter les sueurs. C'est là une vue thérapeutique dont nous laissons toute la responsabilité à M. Rousselot. (*Revue méd. de l'Est*, t. XI, n° 2, 15 janvier 1879, p. 43.)

Du traitement des uréthrites par les injections d'eau saturée de teinture d'iode, par M. le docteur Masurel. — M. Masurel s'occupe depuis bien des années du traitement de l'uréthrite par la solution aqueuse saturée de teinture d'iode. Voici comment il procède : lorsque l'uréthrite n'est plus dans une de ces périodes d'acuité intense qui nécessitent impérieusement l'emploi des antiphlogistiques, on fait deux injections d'eau iodée le premier jour à dix ou douze heures d'intervalle; le lendemain, si l'écoulement persistant est cependant minime, limpide et filant, on peut s'abstenir et croire à la guérison; une troisième injection est souvent utile, exceptionnellement une quatrième; si, après ce nombre, la guérison n'est pas obtenue, l'auteur n'insiste pas. (*Bulletin médical du Nord*, t. XVII, p. 467.)

Traitement des raideurs articulaires, par M. le docteur Dally. — L'auteur établit par des faits que nombre de raideurs articulaires, autrefois abandonnées comme incurables ou traitées par des procédés violents, sont souvent détruites par l'emploi méthodique des manipulations, de l'extension, de l'électricité, des sudations, des douches; il convient surtout d'insister sur deux points, à savoir : 1° qu'un traitement préparatoire d spose les tissus enraidis à se laisser plus aisément distendre; 2° qu'il importe de s'assurer le concours de la volonté bien dirigée des patients. (*Journal de thérapeutique*, n° 3, p. 81, 10 févr. 1879.)

La fuchsine dans le pain, par MM. Herbelin et Bobierre. — A plusieurs reprises on avait remarqué dans le pain des taches rouges, qui chaque fois furent reconnues être produites par la fuchsine; les boulangers ne savaient à quoi attribuer ces taches. M. Bobierre découvrit que ces taches ne venaient pas des boulangeries, mais des minoteries, et étaient produites par le rouge dont on se servait pour marquer les sacs. Pour ces auteurs, ces taches ne sauraient avoir aucun inconvénient. (Conseil d'hygiène de la Loire-Inférieure, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 1, p. 17, janv. 1879.)

Intoxication chronique par l'arsenic a la suite de l'emploi industriel de la fuchsine, par Hafmann et Ludwigs. — Les auteurs rapportent plusieurs cas d'empoisonnement chez les ouvriers et ouvrières qui emploient des matériaux colorés en rouge par la fuchsine. (*Stricker's mediz. Jahrbücher*, p. 501.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'optique, considérée dans ses rapports avec l'examen de l'œil, par le docteur Sous (de Bordeaux). In-8 de 361 pages, avec 82 figures dans le texte. — Paris, 1879), Octave Doin. Prix : 8 francs.

Cet ouvrage consciencieux expose clairement toutes les données théoriques d'optique qui ont trait aux explorations de l'œil. On y trouve décrits d'une façon méthodique, précise et complète, les nombreux instruments de diagnostic des affections de l'œil, des parties profondes et surtout des milieux réfringents; leur mode d'emploi; leurs qualités; leurs imperfections et les résultats auxquels ils permettent d'atteindre. Tels sont, en résumé, le contenu et l'esprit du livre.

Comme le titre de l'ouvrage le faisait déjà prévoir, les praticiens qui ne s'occupent qu'accessoirement d'oculistique, les étudiants qui ne veulent pas étudier l'ophthalmologie d'une façon un peu spéciale, ne profiteraient que médiocrement de la lecture du livre de M. Sous. Sans doute ils y trouveraient des données utiles, pratiques, mais ces données, ils les retrouveront sous une forme mieux appropriée, moins aride, dans d'autres écrits ophthalmologiques. Par contre, ceux qui, bien au courant des sciences physiques, tiennent à connaître toutes les déductions et les applications que les ophthalmologistes modernes en ont su tirer; les médecins qui s'occupent ou veulent s'occuper spécialement d'oculistique, trouveront là réunies, judicieusement appréciées, toutes les méthodes d'investigation, même les plus récentes.

Ce livre comprend vingt-deux chapitres. Dans les huit premiers, l'auteur passe successivement en revue les questions relatives à l'exploration de l'œil, à l'intensité de la lumière, à l'acuité de la vision. A ce sujet, il parle d'expériences personnelles sur l'influence de l'éclairage sur l'acuité de la vision. Il arrive ensuite à l'étude de la lumière réfléchie; des nombreux ophthalmoscopes plans, à commencer par celui d'Helmholtz; des miroirs sphériques concaves; des ophthalmoscopes à miroirs concaves; des miroirs sphériques convexes. Enfin il termine par la démonstration de l'accommodation basée sur le changement de courbure de la face antérieure du cristallin, et par la description des ophthalmoscopes prismatiques démonstratifs, plus ingénieux qu'utiles, de de Wecker et Royer, Sichel, Monoyer.

A propos des miroirs elliptiques (ixe chapitre), il insiste sur la détermination des rayons de courbure de la cornée qui n'est pas un segment de sphère, comme le prétendent la plupart des anatomistes, mais un ellipsoïde à trois axes. Puis il parle de la *kératoscopie* de Cuignet (de Lille). Ce procédé d'exploration, qui ne date que de 1873, peut fournir sur les états amétropiques de l'œil des données qui, pour être moins

complètes et moins importantes que celles fournies par les optomètres, n'en sont cependant pas moins précieuses : on sait que lorsqu'on regarde une fenêtre éclairée, l'image très-diminuée de la fenêtre se peint nettement sur le centre de la cornée avec les dimensions proportionnellement exactes. Ainsi une fenêtre carrée est réfléchie et aperçue carrée par l'observateur, au centre de cette cornée supposée saine. Si l'œil observé regarde à droite ou à gauche, on voit l'image se déformer, s'allonger transversalement et devenir plus large à mesure qu'elle s'approche des confins kératiques. Si cet œil regarde en haut ou en bas, cette image s'allonge dans le sens vertical et devient encore plus large vers les confins de la cornée.

La cornée plus conique de certains myopes réfléchit une image plus petite au centre, et moins déformée vers la périphérie. La cornée plus aplatie de l'hypermétrope donne une image réfléchie plus grande au centre et se déformant moins vers les contours kératiques.

Les chapitres XI et XII sont consacrés à la lumière réfractée, aux *lentilles;* le chapitre XIII, à l'*application du système métrique au numérotage des lentilles*. L'auteur rappelle que dans ce système le numérotage se fait d'après la force de réfringence des lentilles et non d'après la distance focale. L'unité adoptée, la *dioptrie*, est une lentille dont le foyer principal est à 1 mètre. Les lentilles qui ont une réfringence inférieure à 1 mètre sont désignées par exemple sous le nom de lentilles d'un quart, d'un demi, de trois quarts de *dioptrie*. Il donne la *formule de Javal* qui permet de passer exactement de l'ancien système au nouveau et inversement : en divisant le chiffre 40 par le numéro en pouces des anciennes lentilles, on obtient le nombre de dioptries que représente ce numéro. Inversement, si on divise le chiffre 40 par le nombre de dioptries, on obtient le numéro correspondant de l'ancien système.

La réfraction à travers un système de deux lentilles est étudiée dans le XIV° chapitre; puis l'auteur parle (XV° chapitre) de la *détermination de la réfraction de l'œil par l'examen ophthalmoscopique de l'image renversée*, moyen plutôt théorique que pratique et auquel il faut préférer la détermination par l'image droite, malgré ses quelques inconvénients. En passant, M. Sous donne un petit moyen très-simple pour reconnaître non le degré, mais la nature de l'amétropie d'un œil par l'examen à l'image renversée : lorsqu'on examine un œil *emmétrope* à l'image renversée, c'est-à-dire dans les conditions ordinaires de l'exploration ophthalmoscopique, la grandeur de l'*image reste invariable*, qu'on éloigne ou qu'on rapproche la lentille de l'œil observé; si l'œil, au lieu d'être emmétrope, est *hypermétrope*, l'image *diminue* au fur et à mesure que la lentille est éloignée de l'œil; s'il est *myope*, le *phénomène inverse* se produit. L'exposé de la méthode simple de Schmidt Rimpler termine ce chapitre.

La *détermination de la réfraction de l'œil par l'examen ophthalmoscopique de l'image droite* (XVI° chapitre) est exposée avec clarté. On sait en quoi consiste cette méthode de diagnostic. Un observateur emmétrope et dont l'accommodation est relâchée voit-il distinctement le fond de l'œil observé avec le *miroir seul*, sans lentille, cet œil est *emmétrope;* a-t-il besoin d'une *lentille convexe* pour le voir, l'œil observé est *hypermétrope*, et l'hypermétropie est égale à la distance focale de la lentille employée *moins* la distance qui sépare l'œil observateur de l'œil observé; a-t-il, au contraire, besoin d'une *lentille concave*, l'œil observé est *myope*, et d'une quantité mesurée par le numéro de la lentille *augmenté* de la distance qui sépare l'œil observé de cette lentille. Mais les observateurs sont loin d'être tous emmétropes, les uns sont myopes, d'autres hypermétropes. M. Sous suppose les cas où l'observateur est myope, hypermétrope, et où celui-ci examine directement l'œil, sans verre; avec un verre complétement correcteur ; incomplétement correcteur; ou avec une lentille mal adaptée à l'œil explorateur (concave si cet œil est hypermétrope, biconvexe s'il est myope).

La description des *ophthalmoscopes à réfraction* dont l'usage est si répandu aujourd'hui; des ophthalmoscopes de Loryng, Knapp, de Wecker, Landolt, Badal, Gillet-Grandmont, Meyer, occupe le XVII° chapitre. L'auteur donne la préférence aux ophthalmoscopes de de Wecker (2° forme) et de Landolt, les plus simples de tous.

Le chapitre XVIII est consacré aux *optomètres*, instruments dont l'usage, malgré leurs imperfections, s'est vite généralisé. Quoi de plus simple, en effet, pour déterminer la réfraction d'un œil, que d'interroger succinctement un malade, de recueillir ses réponses, et de lire sur une règle graduée la valeur de la réfraction de son œil! Les optomètres de Burow, de de Graefe (lunette de Galilée), de Snellen et Landolt; l'optomètre de M. Perrin (lunette de Galilée renversée); celui de Badal (tube muni d'une lentille convexe et fixe), sont, pour l'auteur, défectueux, en ce sens qu'ils donnent des images d'inégale grandeur, qu'ils exposent souvent à fournir des résultats contradictoires, suivant que le malade s'approche plus ou moins de l'instrument, et qu'ils forcent le médecin pour avoir une mesure exacte de la réfraction à paralyser préalablement l'accommodation.

Pour lui, l'*optomètre de Loiseau* est le plus simple et le plus commode de tous les optomètres. Cet instrument, qui n'a que 14 centimètres de long et ne pèse avec son écrin que 290 grammes, se compose d'un tube de 9 centimètres ouvert à son extrémité pour éclairer par transparence une plaque de verre qui contient une réduction photographique des deux planches de l'échelle métrique de de Wecker. Sur ce tube glisse un second tube muni de deux disques analogues à ceux des ophthalmoscopes à réfraction. L'un de ces disques contient 11 lentilles convexes de + 5 à + 15 dioptries; l'autre les lentilles + 10, + 12, — 10 et + 0,50 dioptries.

Mais l'auteur fait remarquer qu'avec une simple lentille convexe, à court foyer, dont on aura déterminé d'avance la valeur dioptrique, on peut, par un calcul simple qu'il donne, arriver à apprécier d'une façon assez exacte la réfraction de tous les yeux observés.

Le chapitre XIX est consacré aux prismes et à leurs usages (diagnostic de la vision binoculaire; insuffisance d'action musculaire; diagnostic de la prédisposition à la myopie; simulation de l'amaurose unilatérale).

Les XX° et XXI° chapitres renferment la description des lentilles cylindriques et de leurs usages; la détermination du degré d'astigmatisme d'un œil, et la correction de cet état amétropique. Enfin l'auteur résume dans le XXII° chapitre les notions classiques sur l'accommodation et la réfraction.

Dr E. D.

Recherches sur l'anatomie générale comparée et la signification morphologique des glandes de la muqueuse intestinale et gastrique des animaux vertébrés, par M. le docteur J. Garel. 1 vol. in-8 de 100 pages, avec 5 planches en chromolithographie. — V. Adrien Delahaye et Cie, Paris, 1879.

Nous sommes heureux d'avoir à rendre compte d'un travail sortant du laboratoire de la Faculté de Lyon; c'est un des premiers signes de l'activité de la nouvelle faculté, à laquelle est certainement réservée une grande place dans le monde scientifique français. Nous ne sommes pas surpris de cette activité sous la direction du professeur J. Renaut : il avait déjà montré son ardeur quand il était attaché au laboratoire de M. le professeur Ranvier.

Nous ne saurions suivre M. Garel dans toutes les parties de son étude; du reste cela n'est pas nécessaire, et nous pouvons nous borner à signaler le très-intéressant chapitre

qu'il consacre à l'exposé de l'état actuel de la science et à l'analyse critique des opinions défendues par les différents anatomistes.

Nous regrettons davantage de ne pouvoir montrer quelle méthode d'investigation il a suivie, à quels procédés de technique histologique il a eu recours; mais ces détails nous entraîneraient hors de notre cadre, et, après avoir signalé ces chapitres, nous prierons ceux de nos lecteurs que ces détails intéressent plus particulièrement, de recourir au livre du docteur Garel.

La partie du mémoire que nous signalerons surtout est celle qui a trait spécialement aux recherches propres de l'auteur. Il a dû étudier sur les animaux pour éviter les altérations cadavériques si rapides du tissu glandulaire; cependant ce n'est pas par simple induction qu'il a appliqué ses résultats à l'homme; ayant eu à sa disposition l'estomac d'un supplicié, il a vérifié l'exactitude de ses conclusions.

Pour ce qui est des glandes gastriques, il reconnaît trois types morphologiques distincts : 1° La *glande en tube simple*, soit entièrement remplie de cellules granuleuses jusqu'à son orifice qui, dans ce cas, s'ouvre toujours sur une surface revêtue de cellules à mucus, soit présentant réunies, dans un même cul-de-sac simple, les cellules à mucus et les cellules granuleuses. 2° La *glande gastrique multifide*, dans laquelle, sur un même tube collecteur, sécrétant un mucus particulier, viennent s'insérer une série de culs-de-sac remplis de cellules granuleuses; l'ébauche de cette forme se voit dans certaines glandes de la salamandre, et son type parfait se rencontre dans l'estomac de la vipère. 3° La *glande gastrique composée*, ou *lobule sécrétoire*, dont le type le plus simple se rencontre chez la cyclade d'Europe.

Ajoutons un chapitre de physiologie générale très-intéressant, et nous aurons rappelé les faits exposés par M. Garel dans un style sobre et clair; détails rendus plus saisissables par l'addition de planches très-exactes et dessinées par l'auteur lui-même.

H. Chouppe.

Index bibliographique.

Recherches sur la carie dentaire, par le docteur Rottenstein et le docteur Leber, professeur à l'université de Gœttingen. — Un vol. in-8 de 130 pages. Paris, 2e édition, A. Delahaye. Prix 3 fr.

D'après les auteurs, la carie dentaire reconnaît deux causes : 1° la décalcification des tissus dentaires par un acide; 2° l'introduction dans les tissus ainsi décalcifiés d'un fongus, le *leptothrix buccalis*.

L'action seule des acides ne suffit pas en effet pour rendre compte de tous les phénomènes qui se manifestent dans la carie des dents. Il est vrai que les acides, même ceux qui sont très-délayés, peuvent attaquer les tissus dentaires, mais on trouve dans leur mode d'action des différences qui les distinguent des phénomènes et de la marche de la carie dentaire.

Les acides attaquent d'abord l'émail et le changent rapidement en une masse crétacée, plus tard seulement leur action se fait sentir d'une manière remarquable sur la dentine qui devient plus transparente et à la fin comme cartilagineuse par la perte très-lente, mais progressive, de ses sels calcaires. La carie, au contraire, a une marche lente dans l'émail, elle est beaucoup plus rapide dans la dentine où elle s'étend promptement le long des canalicules.

Cette différence dans la marche doit donc être attribuée à la participation des champignons dans le travail de la carie. Cette opinion est appuyée sur ce fait qu'on trouve presque constamment le leptothrix dans la cavité buccale, mais les champignons ne peuvent pas pénétrer dans un émail d'une consistance normale, il faut que la dent ait été préalablement décalcifiée par un acide.

Telle est la théorie exposée par les auteurs dans la première édition de leur ouvrage, en 1867. Depuis cette époque, cette théorie a été l'objet de vives discussions en Angleterre et en Allemagne, mais elle possède aujourd'hui la sanction de l'expérience et l'approbation de presque tous les auteurs qui se sont occupés de cette importante question. Parmi ceux-ci nous citerons Wedl, Ghandler, Oakley Coles, etc. Les auteurs se sont également occupés depuis la publication de leur première édition de questions pratiques et prophylactiques. Dans un mémoire lu récemment à l'*Odontological Society* et publié dans les transactions de cette savante compagnie, M. Rottenstein s'est particulièrement attaché à démontrer que la décalcification dentaire et la prolifération du *leptothrix buccalis* peuvent être prévenues par des préparations contenant un savon neutre associé à des antiseptiques et agents mécaniques tels que la craie.

C'est là un des points les plus importants qui résultent des savantes et laborieuses recherches de MM. Rottenstein et Leber, qui ont ainsi rendu un véritable service à la thérapeutique.

Recherches sur la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux, par le docteur de Beurmann. — Paris, 1879, in-8, J.-B. Baillière.

L'auteur a reproduit dans son travail les statistiques de l'hôpital Lariboisière, depuis 1854, et celles de l'hôpital Cochin, depuis 1873. Mais il fait justement remarquer que ces statistiques ne sauraient être utilement comparées à celles que nous fournit l'Assistance publique pour les services d'accouchement à domicile. En effet, les services des hôpitaux généraux sont ordinairement le réceptacle de tous les cas compliqués que l'on veut éviter d'envoyer chez les sages-femmes. Il en résulte évidemment une bien plus grande mortalité pour les établissements.

La question de la mortalité des femmes en couches dans les maternités étant plus que jamais à l'ordre du jour, nous reproduisons les conclusions du mémoire de M. de Beurmann qui présentent un grand intérêt.

1° Les statistiques produites par l'administration de l'Assistance publique étant défectueuses, il n'existe actuellement aucun moyen de comparer avec certitude la mortalité des femmes en couches, dans les hôpitaux, chez les sages-femmes des bureaux de bienfaisance et dans la clientèle de la ville.

2° Le chiffre de la mortalité dans les hôpitaux est, et sera toujours, surélevé par un certain nombre de causes indépendantes de l'influence nosocomiale. Ce sont : les mauvaises conditions matérielles et morales dans lesquelles se trouvent placées les femmes qui viennent y accoucher; l'accumulation de tous les cas, où, soit des accidents, soit des complications surviennent avant ou pendant l'accouchement.

3° Pour connaître la mortalité que l'on peut réellement attribuer à l'influence propre de l'hôpital, il est nécessaire de ne compter que les décès par accouchements simples.

4° La mortalité par accouchements simples dans les hôpitaux et les maternités peut être ramenée à peu près au même taux que celle de la ville. Les résultats obtenus par M. Siredey à l'hôpital Lariboisière et par M. Polaillon à la maternité de Cochin en donnent une preuve évidente.

5° Il est probable qu'elle s'abaisserait encore, si des précautions hygiéniques plus complètes étaient prises.

6° De petites maternités isolées, comme celle de l'hôpital Cochin, seraient certainement meilleures que les services d'accouchements actuels des hôpitaux généraux; mais jusqu'à ce qu'on puisse supprimer ceux-ci, il est urgent d'y introduire les perfectionnements dont les recherches modernes démontrent l'utilité.

Du rôle et des indications des bains dans les maladies de la peau, par le docteur Carry, in-8° de 112 pages. — Paris, 1878. V. A. Delahaye et Cie.

Après avoir étudié le rôle et les indications des bains dans chaque affection cutanée, l'auteur termine son excellent travail par quelques considérations générales très-importantes.

Dans la thérapeutique des maladies cutanées les bains jouissent d'une réputation factice qui les fait employer sans discernement à peu près dans tous les cas. Les médecins d'eaux minérales, en revendiquant pour leurs thermes la guérison des dermatoses, n'ont pas peu contribué à mettre à la mode la cure hydrominérale jusque dans le public extra-médical. Cependant, en réalité, il y a peu d'affections cutanées auxquelles les bains conviennent et dans

celles où ils sont utiles leur action n'est jamais curative, comme on le croit généralement.

Dans les affections de cause externe le rôle des bains consiste à nettoyer la peau. Lorsqu'elles sont de nature parasitaire, il peut détruire les parasites animaux, mais il a peu de prise sur les parasites végétaux.

Dans les affections de cause interne de nature scrofuleuse, syphilitique, arthritique ou herpétique, le bain par ses effets toniques et stimulants est ordinairement un bon adjuvant du traitement général. L'influence locale du bain, étudiée dans chaque affection de cause interne en particulier, montre que dans les formes sèches il est purement hygiénique et n'a aucune action curative; et que dans les formes humides il est presque toujours un obstacle à la guérison.

De la structure des racines des nerfs spinaux et du tissu nerveux dans les organes centraux de l'homme et de quelques animaux supérieurs, par Pierre Roudanowski, traduit par Mlle *Olga Podanowsky*. In-8° de 225 pages, avec un atlas contenant 8 planches photographiées. — Paris, V. A. Delahaye et Cie.

L'ouvrage de M. Roudanowski mérite d'être cité sous deux rapports : 1° Les photographies sont remarquables et l'on peut facilement suivre les détails des préparations microscopiques. 2° Le procédé mis en usage par l'auteur pour faire ces mêmes préparations : ce procédé, c'est la congélation. Les photographies sont au nombre de 65 pour les nerfs spinaux et de 5 pour la structure des centres nerveux. Ces photographies sont d'une grande pureté, et quoique, comme dans toutes celles que nous avons vues en histologie, il y ait un certain trouble, ce défaut est ici beaucoup moins prononcé que dans nombre de cas.

L'auteur attribue cette netteté et la facilité qu'il a rencontrée dans certains points de ces études à ce qu'il s'est servi pour faire ses préparations de tissu nerveux congelé et qui n'a pas été altéré par des liquides durcissants. Nous avons voulu rappeler cet ouvrage que feront bien d'étudier tous ceux qui s'occupent du système nerveux et de photographie appliquée à l'histologie.

VARIÉTÉS

Bourses des Facultés. — Par un arrêté en date du 20 juin 1879, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses dans les Facultés de médecine est reportée au vendredi 25 juillet 1879. Les registres d'inscription seront clos le 17 juillet, à quatre heures.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 21 juin 1879, M. Bouchard (Charles-Jacques), agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pathologie et thérapeutique générales à ladite Faculté, en remplacement de M. Chauffard, décédé.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de chirurgien du Bureau central.* — Ce concours s'est terminé, vendredi dernier, par la nomination de MM. Reclus et Bourdon.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Fessy, docteur en médecine, est chargé, jusqu'au 1er novembre 1879, des fonctions d'aide de clinique des maladies des femmes.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Bermont (Marie-Louis), né le 24 avril 1858 à Avezzano (Italie), est nommé aide de botanique.

— M. Hamelin, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé du cours complémentaire d'histoire de la médecine.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Simonin, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

École de médecine et de pharmacie de Nantes. — Un concours s'ouvrira, le 5 janvier 1880, pour un emploi de suppléant des chaires de sciences naturelles. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Association de la presse scientifique et artistique. — Les dîner et soirée du quatrième lundi de chaque mois de cette Association auront lieu dorénavant, 1, quai d'Orsay. Dîner du 30 juin à sept heures précises.

Gymnastique. — Le projet de loi sur la gymnastique obligatoire dans les lycées, dont nous avons annoncé la présentation, vient d'être voté par le Sénat.

Erratum. — Dans l'arrêté fixant la date de l'ouverture du concours pour 35 places d'agrégée des Facultés de médecine, inséré dans le numéro du 20 juin 1879, page 404, *au lieu de :* « Art. 2. — Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : le 20 novembre 1879, pour la section de médecine, etc. », *lisez :* « Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : le 20 *décembre* 1879, pour la section de médecine, etc. »

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 12 au 19 juin 1879, on a constaté 956 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 12. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 3. Variole, 10. — Croup, 13. — Angine couenneuse, 21. — Bronchite, 35. — Pneumonie, 57. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 22. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 5. — Erysipèle, 4. — Autres affections aiguës, 232. — Affections chroniques, 429. — Affections chirurgicales, 37. — Causes accidentelles, 36.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

HISTOIRE ET CRITIQUE

DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES. — DÉVIATION CONJUGUÉE DES YEUX ET ROTATION DE LA TÊTE A LA SUITE DE LÉSIONS DES CENTRES NERVEUX ENCÉPHALIQUES.

Il n'est peut-être pas un symptôme dû à une lésion encéphalique qui n'ait été, dans ces dernières années, l'objet d'une étude attentive et qu'on n'ait pas cherché à rattacher à une lésion déterminée. Cette tendance s'explique, du reste, facilement en présence des résultats acquis dans l'étude des localisations cérébrales. Ce n'est pas que nous acceptions sans conteste toutes les théories émises et que nous croyions que la pathologie cérébrale a réformé complétement en peu de temps tous les résultats obtenus jusque-là, mais il faut reconnaître qu'il y a de réels progrès. Jusqu'où faut-il se laisser entraîner? C'est ce que nous allons aujourd'hui chercher à établir par l'étude des principaux travaux qui depuis tantôt dix ans ont été publiés sur la *rotation de la tête* et la *déviation conjuguée des yeux*, et que vient de mettre en lumière le travail de M. Grasset, récemment présenté à l'Académie de médecine. (*Gaz. hebdom.*, n° 25, p. 399).

Quand, en 1868, Prevost (de Genève) publia sa remarquable thèse sur la rotation de la tête, physiologistes et cliniciens étaient d'accord pour admettre que la substance corticale du cerveau n'était pas directement excitable; tout au plus connaissait-on quelques lésions cérébrales donnant lieu à des symptômes spéciaux permettant de prévoir avec quelque chance de certitude le siége et l'étendue de la lésion. On savait cependant que, sauf dans des cas fort rares et encore aujourd'hui d'une interprétation incertaine, la paralysie liée à une lésion des hémisphères cérébraux se manifeste dans les membres du côté opposé à cette lésion. On avait constaté de plus que les altérations envahissant le voisinage de certaines racines nerveuses pouvaient masquer, jusqu'à un certain point, la symétrie des phénomènes en produisant des paralysies alternes, comme celles que Gubler a signalées à la suite de certains foyers de la protubérance. Déjà, avant Prevost, Cruveilhier, Gubler, pour ne citer que les plus connus, avaient remarqué cette singulière attitude de la tête et des yeux, mais sans pénétrer dans la physiologie pathologique du phénomène. M. Vulpian, le maître et l'inspirateur de Prevost, avait, dans plusieurs communications, posé les jalons qui devaient servir de guide à son élève, et donné une description complète du phénomène.

M. Prevost entreprit d'expliquer pourquoi cette déviation de la tête n'était pas permanente; pourquoi, dans certains cas, on constatait et la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête; pourquoi, dans d'autres, l'un de ces deux symptômes existait à l'état d'isolement. C'était évidemment là un premier et très-important pas fait sur le terrain des localisations cérébrales. Mais, dès les premières tentatives, il se trouvait arrêté par un obstacle qui depuis a perdu beaucoup de sa valeur : « c'était que la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux ont lieu dans bien des lésions différentes, depuis les foyers qui détruisent une grande étendue des ganglions cérébraux, jusqu'à celles qui envahissent seulement une légère partie de la surface ». Les expériences d'Hitzig et de Ferrier, les recherches confirmatives de MM. Carville et Duret n'étaient pas encore connues, et on ignorait que certains points de l'écorce président à des mouvements déterminés. Privé de cette base d'interprétation, Prevost était naturellement enclin à expliquer la déviation, dans ces cas, par l'influence exercée sur les parties centrales des hémisphères, d'autant plus qu'il avait observé que « ce symptôme (s'il s'agit de lésions des hémisphères cérébraux) est plus fréquent quand le foyer se rapproche du corps strié et de l'irradiation pédonculaire ».

Le premier fait qui ressortait des recherches de Prevost

FEUILLETON

Des mots empruntés aux langues anciennes dans le vocabulaire des sciences (1).

Le morceau qu'on va lire et qui est dû à la plume de M. Egger, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des lettres de Paris, doit figurer, en appendice, *dans la nouvelle édition de son livre sur les* Notions élémentaires de grammaire comparée. *Cette édition sera la* huitième; *c'est assez dire le mérite et la popularité de l'ouvrage. Nos lecteurs seront flattés, comme nous le sommes nous-mêmes, d'avoir la primeur de ce nouveau chapitre, adressé surtout à ceux qui cultivent les sciences, et ne manquant pas d'à-propos en ce temps de néologisme médical.*

(*La Rédaction.*)

Parmi les raisons qui recommandent à tout esprit jaloux d'une culture élevée l'étude au moins élémentaire du grec autant que celle du latin, il faut compter l'usage de plus en plus fréquent que font de ces deux idiomes les sciences de tout ordre et même les arts industriels. Depuis longtemps, et aujourd'hui plus que jamais, le vocabulaire scientifique est envahi par des termes techniques d'origine grecque. En ouvrant un de ces dictionnaires modernes, qui ne se bornent pas à la langue des belles-lettres, on est effrayé de voir combien s'y accroît rapidement le nombre des mots empruntés au grec et au latin. Du seizième siècle au dix-neuvième, ces

(1) Ce morceau reproduit en partie une note lue en avril 1871 devant l'Académie des sciences, et qui fut alors imprimée dans les *Comptes rendus* de ses séances. Mes observations ayant provoqué diverses discussions dans la presse scientifique, notamment de la part de M. Strombos, professeur de physique à l'Université d'Athènes (dans le *Cosmos* de l'abbé Moigno, septembre 1871), et du savant docteur Dechambre (dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, janvier et février 1873), j'ai mis à profit, pour améliorer le présent travail, diverses indications utiles que j'ai pu recueillir sur le néologisme scientifique. Au reste, je suis heureux de pouvoir aujourd'hui, sur le néologisme en général, renvoyer à l'excellent ouvrage que vient de publier M. Arsène Darmesteter : *Sur la formation actuelle des mots nouveaux dans la langue française.* E. E.

et de M. Vulpian était donc celui-ci : que la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête sont un symptôme des affections cérébrales, lié le plus souvent à des lésions en foyer assez étendu et s'accompagnant d'une destruction brusque et assez vaste de la substance cérébrale dans le centre des hémisphères. Mais là ne se bornaient pas les premières conclusions. En effet ce n'était pas seulement dans les lésions cérébrales, mais encore dans certaines altérations du mésocéphale qu'on constatait l'existence de ces deux symptômes avec toutes leurs modifications et leurs variations d'intensité et de durée. Il semblait donc que ce nouveau symptôme donnait peu pour établir un diagnostic exact du siége de la lésion. Cependant les observations de M. Prevost étaient nombreuses et ses expériences les confirmaient. Or, de tous les cas qu'il avait pu réunir, semblaient découler les deux lois suivantes qu'il émit sous forme de propositions :

« Dans les cas de lésions siégeant dans les hémisphères cérébraux, la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête suivent une règle constante et se font du côté opposé à l'hémiplégie, c'est-à-dire du côté de la lésion.

» Dans les cas de lésions siégeant dans l'isthme encéphalique, la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête peuvent avoir lieu du côté opposé à la lésion. »

De plus, MM. Prevost et Vulpian émettaient sur la nature intime de ces phénomènes une hypothèse qui tendait davantage à restreindre le siége des lésions capables de les produire; pour eux, en effet, la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête n'étaient autre chose que le premier temps, observé chez l'homme, du mouvement de manége qu'on voit survenir chez les animaux à la suite de certaines lésions expérimentales des centres nerveux intra-crâniens, cerveau ou isthme encéphalique.

Il résulte en effet des expériences de Flourens, reprises depuis par tous les physiologistes et surtout par Magendie, Claude Bernard, Vulpian, qu'à la suite de certaines lésions des hémisphères cérébraux l'animal est pris d'un mouvement de manége qui se fait dans le sens de la lésion, c'est-à-dire vers la droite si l'hémisphère droit est atteint, vers la gauche si c'est l'hémisphère gauche. Si au contraire on pratique l'expérience sur l'isthme de l'encéphale, le mouvement de manége qui se produit alors se fait du côté opposé à la lésion, vers la droite si la lésion est à gauche, et vice versa, et que dans ces derniers cas il s'accompagne fréquemment d'un mouvement de rotation autour de l'axe du corps de l'animal opéré.

Dans ses expériences sur les animaux, M. Prevost, cherchant à atteindre les parties profondes pour reproduire les altérations et les phénomènes qu'il observait chez des apoplectiques, remarqua qu'il obtenait souvent le mouvement de manége, et qu'alors ses expériences étaient presque toujours réussies en ce sens que la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête avaient lieu de la manière la plus évidente. De ce rapport entre ces deux ordres de symptômes, il se crut autorisé à conclure que ce qu'on observait chez l'homme n'était que le premier degré de ce mouvement de manége, qui peut-être se fût produit complètement, si, au lieu d'être étendu sur un lit, l'apoplectique eût pu se tenir debout et n'être pas maintenu par la résistance du lit. Cette hypothèse, du reste, était encore confirmée par ce fait que la rotation de la tête, si la lésion porte sur l'isthme, se fait, comme le mouvement de manége, du côté de la paralysie, en sorte que dans les apoplexies cérébrales le malade regarde sa lésion, tandis que dans les foyers de l'isthme il est tourné vers ses membres paralysés, tout au moins dans un grand nombre de cas; car on remarquera que la seconde loi de Prevost est émise sous une forme conditionnelle, ce qui permettait déjà de prévoir, et MM. Prevost et Vulpian l'avaient dit eux-mêmes, que certaines données du problème n'étaient point encore complètement élucidées. Dès lors pour ces auteurs de nouvelles observations, de nouvelles expériences devenaient nécessaires pour déterminer quel élément nouveau devait être introduit.

Ainsi, dans cette première période de l'étude de la rotation de la tête et de la déviation conjuguée des yeux, les auteurs avaient successivement établi la coïncidence de ce phénomène avec les lésions des centres nerveux intra-crâniens, et là se bornaient les recherches de Cruveilhier et de Gubler; puis Vulpian et Prevost avaient démontré que ces symptômes s'observaient plus particulièrement à la suite de certaines lésions, et que dans ces conditions la déviation se faisait dans un sens constant à la suite de lésions identiques, mais pouvait varier suivant le point de l'encéphale qui avait été atteint. Assurément il n'y avait pas là une démonstration complète de la localisation d'un centre moteur; mais, étant donné l'état de la physiologie cérébrale à cette époque, la thèse de M. Prevost constituait un progrès réel dans la pathologie des centres nerveux.

N'envisageant aujourd'hui la question qu'au point de vue des localisations cérébrales, nous ne reproduirons aucun des arguments au moyen desquels on a réfuté l'opinion qu'il y avait

---

mots ont certainement doublé, par des accroissements plus ou moins heureux, notre lexique français.

Une tradition bien ancienne, et que le moyen âge n'a pas interrompue, consacre, pour la nomenclature scientifique, l'emploi des termes empruntés à la langue grecque. Les Grecs ayant été nos premiers maîtres dans les sciences, et les Romains n'ayant guère fait, en cet ordre d'études, que traduire ou imiter les Grecs, cette tradition, ainsi que le remarquait déjà au seizième siècle le grand helléniste H. Estienne, est parfaitement légitime. Hippocrate et Galien ont créé le vocabulaire de l'anatomie et de la médecine; Euclide et Archimède, celui des mathématiques; Eudoxe, Hipparque et Ptolémée, celui de l'astronomie; Aristote, Théophraste et Dioscoride, celui de l'histoire naturelle. Les Arabes, au moyen âge, y ont ajouté peu de mots que la science moderne ait adoptés. D'ailleurs, comme la langue grecque, par son caractère synthétique, se prête avec plus de facilité que le français et même que le latin à exprimer plusieurs idées par un seul mot, il est naturel que les savants y aient volontiers recours chaque fois qu'il s'agit pour eux de désigner par un mot nouveau soit une propriété des corps, soit une vérité abstraite qu'ils viennent de découvrir, soit un instrument qu'ils viennent d'inventer. Quoi que l'on fasse, le fond de notre langue étant surtout latin (1), ces mots grecs y ont toujours une physionomie un peu étrange; et, quoique l'habitude nous familiarise quelquefois avec eux sans trop de peine, ce n'est pas là une raison pour en abuser.

Avouons-le d'abord, toutes les fois qu'un terme nouveau n'est pas strictement nécessaire, il faudrait s'en abstenir. Autrement on encombre d'une fausse richesse les nomenclatures, dont la précision doit être le principal mérite. La poésie

(1) Avant la renaissance des lettres et la rénovation des études grecques en France, notre langue (j'ai donné dans le livre intitulé : *L'Hellénisme en France*, t. 1, p. 109, la preuve de ce fait) contenait à peine *un* mot d'origine grecque contre cinq cents mots d'origine latine; encore ces rares mots grecs y étaient-ils presque tous venus par l'intermédiaire du latin.

alors une paralysie ou une contracture des muscles moteurs de l'œil produisant la déviation des globes oculaires, ou des phénomènes analogues dans les muscles de la nuque ou du cou produisant la rotation de la tête; c'est là une hypothèse facile à renverser et, pour ce faire, nous renvoyons au mémoire de M. Prevost.

Cette première période devait durer plusieurs années, et les lois de Prevost être admises par tous et sans conteste jusqu'en 1875 où M. Lépine, dans sa thèse d'agrégation, se bornait à les confirmer.

Cependant les faits dissidents se produisaient, et on publiait des observations dans lesquelles la rotation de la tête ou la déviation conjuguée des yeux avait lieu dans un sens opposé à celui indiqué théoriquement dans le travail de M. Prevost. A la même époque, l'étude des localisations cérébrales prenait droit de cité et chaque symptôme devenait l'objet d'une critique sévère, et de la part des partisans et de la part des adversaires. La déviation conjuguée des yeux, la rotation de la tête devaient naturellement être des premières discutées. Si, en effet, l'on admettait les lois de Prevost, dans bien des circonstances il était impossible d'expliquer comment la déviation de la tête pouvait avoir lieu avec une lésion qui d'après les théories nouvelles ne devait produire que telle ou telle paralysie limitée, etc.

Dès lors on commença à réunir les exceptions et bientôt elles se multiplièrent. M. Brouardel (*Société médicale des hôpitaux*, 1873, p. 62, et article Hémorrhagie cérébrale du *Dictionnaire encyclopédique*) en a réuni un assez grand nombre. Un nouveau fait fut rapporté par Marchant (*Société anat.*, mars 1876) et d'autres par M. Desnos (*Soc. méd. des hôp.*, 1873, p. 90). Dès lors, les lois de Prevost ne pouvaient plus être admises comme expression exacte et complète de la vérité. Or comment croire que les premiers observateurs qui avaient recueilli un grand nombre de faits se soient laissé entraîner à une interprétation aussi erronée? Il y avait évidemment une cause d'erreur et, celle-ci une fois trouvée, il est probable que les lois de Prevost, après avoir subi une modification, pourront de nouveau être admises.

Les premiers observateurs résumèrent ce qui a trait à la déviation conjuguée des yeux et à la rotation de la tête en deux propositions, que de nouvelles observations ne permettent pas de conserver avec la même formule. De plus, de nouvelles recherches ont été pour les auteurs le point de départ d'opinions diverses, d'après lesquelles les variations qu'on constate dans la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux pourraient servir à diagnostiquer le siège précis de certaines lésions : à les *localiser*. C'est là le but des mémoires de MM. Landouzy, Grasset et Graux. Jusqu'à quel point leurs conclusions peuvent-elles être admises? Comment peut-on les faire accorder avec le travail de M. Prevost? C'est ce que nous verrons dans un prochain article.

H. Chouppe.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contribution a l'histoire de la tuberculisation génitale et urinaire, par M. le docteur Henri Picard.

Signalée à la fin du siècle dernier par Bayle, la tuberculisation des organes génito-urinaires, quoique bien étudiée dans ces dernières années, étant encore peu connue aujourd'hui, je crois être utile en écrivant ce travail, qui débute par une observation intéressante à plus d'un titre.

Obs. I. — En 1876 et 1877, j'ai donné des soins à un nommé Florent X..., employé dans une des grandes imprimeries de Paris. Cet homme, d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, d'une apparence chétive, n'avait pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille; ses parents vivaient bien portants, et ses frères et sœurs, au nombre de quatre, jouissaient d'une excellente santé. Lui-même avait été admis au service militaire en 1860.

Il était déjà à son corps depuis deux ans, sans jamais avoir été malade, lorsque le 22 novembre 1862, après une forte marche, son régiment se rendant à pied d'Angoulême à Lyon, sans aucun signe prémonitoire, sans l'avoir provoqué, n'ayant jamais eu de chaudepisse, puisqu'il n'avait encore jamais vu de femme, il ressentit une violente douleur dans le testicule droit, qui acquit presque aussitôt un volume énorme. Ne pouvant continuer sa route, cet homme fut dirigé par les voies rapides sur Lyon, dont on était proche, et placé à l'hôpital des Collinettes, où l'on attribua son mal à une blennorrhagie, et où il fut soumis à un traitement à la fois simple et rationnel : repos, cataplasmes, bains de siège quotidiens. Sous l'influence de cette médication, suffisant à obtenir la résolution de la plupart des orchites blennorrhagiques, la maladie ne fut nullement amendée; le testicule resta aussi gros, aussi douloureux, et au bout de trois semaines, la formation du pus étant devenue évidente, un bistouri fut plongé dans la tumeur, d'où s'échappa un flot de pus rougeâtre très-épais. L'abcès ne tarda pas d'ailleurs à se fermer, et le malade put se lever et se promener dans les jardins de l'hôpital. Ce ne fut pas pour longtemps, car, au commencement de janvier 1863, un abcès à marche rapide, et dont l'ouverture fut faite aussi avec l'instrument tranchant, se

---

et l'éloquence peuvent aimer les synonymes, qui donnent de la variété au style et qui permettent souvent d'exprimer des nuances délicates du sentiment ou de la pensée. La science n'en a que faire. Une fois pourvue du signe qui représente nettement une idée, elle n'a nul besoin d'un autre terme pour en varier l'expression. Pour les mathématiciens, *rhombe* est inutile à côté de *losange*, et réciproquement; il vaudrait mieux choisir entre les deux termes et, le choix fait, s'en tenir à celui des deux termes qu'on aura préféré. Même en des sciences d'un caractère moins rigoureux, comme l'histoire naturelle, on ferait bien d'éviter les synonymies, qui ont au moins le tort d'être inutiles. L'archéologie ou science des antiquités est plus excusable d'employer, pour des usages ou des monuments antiques, les noms qu'elle trouve employés déjà par les auteurs anciens. Mais à ces noms mêmes il vaut mieux substituer un équivalent français, s'il ne fait pas absolument défaut. Nos catalogues de musée sont trop remplis de ces termes transcrits du grec et qui n'expliquent rien à la plupart des lecteurs. A quoi bon appeler *éphèbe* (ἔφηβος) (1) un jeune garçon et *trochus* (τρόχος) le cerceau qu'il tient à la main? *Bige* (char à deux chevaux), *quadrige* (char à quatre chevaux), *aurige* (cocher ou conducteur), quoique latins, ne font pas meilleure figure et ne sont pas plus utiles. Les *antiquaires* eux-mêmes ont-ils beaucoup gagné à s'appeler, comme ils l'ont voulu depuis quarante ans, des *archéologues?* Au temps où se forma chez nous la science des *médailles*, un habile connaisseur en ce genre s'appelait un *médailliste;* ses successeurs sont aujourd'hui des *numismates* (ce qui veut dire « des monnaies ») ou des *numismatistes*, ce qui est beaucoup plus clair, mais beaucoup moins élégant. Le *diplomate* moderne, ministre ou commis aux affaires étrangères, justifie un peu mieux son titre par comparaison avec le *diplomatiste*,

(1) Nous exceptons, bien entendu, l'emploi de ce mot pour désigner une classe de jeunes gens soumis, comme ils l'étaient à Athènes, pendant deux ans au régime d'éducation spéciale qui devait en faire des soldats citoyens. (Voy. sur ce sujet l'ouvrage de M. Albert Dumont intitulé : *L'éphébie attique*, Paris, 1873-1876, 2 vol. in-8.)

forma dans l'aine droite. Cet abcès, dont le siége était évidemment le canal déférent, puisque, au dire du malade, cet organe resta gros pendant longtemps, ne tarda pas à se cicatriser définitivement. Le malade put de nouveau se lever, mais malheureusement pour peu de temps encore, car à la fin de janvier. c'est-à-dire six semaines après l'ouverture du premier abcès testiculaire, une nouvelle collection purulente d'une abondance égale à la précédente s'amassa dans le même testicule et fournit par l'incision une aussi grande quantité de pus. Cette fois les choses ne marchèrent pas aussi simplement qu'après la première ouverture, et l'écoulement de pus persista. Cependant, à la fin de février, la suppuration étant moins abondante, le malade fut envoyé en congé de convalescence dans sa famille.

Chez lui, dans la basse Normandie, l'air de la mer, au bord de laquelle habitaient ses parents, ne produisit pas de suite l'amélioration attendue, car, jusqu'au mois d'août, c'est-à-dire pendant six mois, la plaie resta fistuleuse et fournit continuellement du pus, dont la quantité, devenant d'ailleurs chaque jour de moins en moins abondante, permit à la cicatrisation de s'effectuer définitivement. Un mois après, par conséquent en septembre, notre malade put enfin quitter son pays et rejoindre son corps.

Son testicule, à cette époque, c'est-à-dire il y a treize ans, puisque je le voyais, pour la première fois, vers le milieu de janvier 1876, était tel qu'aujourd'hui. A la vue, la bourse droite est assez semblable à la gauche : la couleur, le volume sont les mêmes, on y remarque seulement une dépression correspondant à la queue de l'épididyme, vers laquelle viennent converger un certain nombre de plis du scrotum, et tapissée par un tissu blanchâtre inodulaire. Au palper, on sent une petite tumeur dure, un peu allongée, semblable à celle que laisse souvent après elle l'orchite blennorrhagique. Cette tumeur, formée par le tissu fibreux qui a remplacé l'épididyme, adhère intimement à la dépression du scrotum, en sorte que le glissement des deux parois de la tunique vaginale l'une sur l'autre n'existe plus, et que le testicule suit les mouvements du dartos. Si l'on poursuit l'examen de l'organe, on est étonné de voir qu'une suppuration aussi prolongée n'y ait pas produit une désorganisation plus profonde, car le testicule existe encore. On le retrouve un peu diminué de volume, il est vrai, mais avec sa mollesse particulière, sa sensibilité propre à la pression, qualités démontrant que la suppuration a eu pour siége unique l'épididyme. Du reste, l'état de cet homme, sa manière de vivre, confirment les résultats de l'exploration. En effet, depuis que la suppuration est tarie, non-seulement il n'a jamais souffert du testicule, mais il n'en a même pas été gêné. De retour à son corps avec un suspensoir qu'il ne quitte jamais, il a repris son service et terminé son temps sans autre accident. Six mois après, à vingt-sept ans environ, il est entré dans l'imprimerie où il se trouve encore aujourd'hui. Là, chargé de porter les épreuves chez les auteurs, il avait à faire des courses continuelles qui ont été pour lui la cause de grandes fatigues. En dehors de cela, il n'a jamais eu à subir aucune privation, car, ayant la confiance d'un patron généreux, il se trouvait dans une situation relativement aisée, ayant un logement très-bien aéré et une nourriture abondante. Ses appétits vénériens sont très-modérés, mais le coït n'est pas douloureux ; le sperme ne renferme pas de sang. Marié, il n'a pas eu d'enfant.

En un mot, il se trouvait dans un état fort satisfaisant, ayant oublié complètement son ancien accident, lorsqu'au mois d'août 1875, six mois avant de me consulter, à l'âge de trente-quatre ans, douze ans après son abcès testiculaire, à la suite d'un séjour de quelque temps dans son pays, séjour pendant lequel il but beaucoup de cidre, sans cependant s'enivrer, ce qui ne lui arrivait jamais, car sa sobriété était parfaite, il remarqua que ses envies d'uriner devenaient plus fréquentes, et que non-seulement il urinait souvent, mais qu'il rendait beaucoup d'urine. Ces envies fréquentes d'uriner ne tardèrent pas à s'accompagner de picotements dans le fond du canal et vers le bas-fond de la vessie. En présence de ces symptômes, le 18 août 1875, le malade consulta un médecin qui lui prescrivit des suppositoires. Mais, comme à ces différents symptômes étaient venues se joindre des douleurs de reins, le 4 septembre il s'adressa à un autre médecin, praticien distingué, ancien interne des hôpitaux. Celui-ci, ayant exploré l'urèthre avec les bougies à boule de Ch. Bell et trouvé un obstacle dans cet organe, crut à un rétrécissement et proposa la dilatation temporaire progressive, qui fut acceptée. On commença par un très-petit numéro, le seul qui put franchir l'obstacle, et on poursuivit le traitement à raison de deux séances par semaine, jusqu'à ce qu'on pût faire parvenir dans la vessie une bougie conique à renflement olivaire n° 20 de la filière Charrière, c'est-à-dire 6 millimètres 2/3.

Ce traitement, qui fut pour le malade l'occasion de vives souffrances qu'exaspérait le passage de chacune des bougies, provoqua aussi un écoulement sanguin qui n'existait pas auparavant. Celui-ci se montra d'abord sous forme de caillots, expulsés, au nombre de deux ou trois, dans l'intervalle des séances ; puis l'urine apparut de temps à autre teintée en rose, présentant un aspect assez semblable à celui que donnerait un mélange de sirop de groseille et d'eau. Quelquefois cette urine avait l'aspect de crachats, comparaison par laquelle le malade exprime très-bien qu'elle renfermait des mucosités filantes. Du reste, ce traitement ne fit qu'empirer les désordres de la miction. En effet, le malade qui, avant le passage des bougies, n'urinait que toutes les heures ou tous les trois quarts d'heure, fut contraint de pisser chaque quart d'heure. En présence de ce résultat, son médecin, qu'il n'avait pas abandonné, le conduisit au professeur Dolbeau. Celui-ci, s'attachant surtout aux douleurs de reins, pensa probablement que ce malade pouvait avoir la pierre, car il lui introduisit dans la vessie une sonde exploratrice en métal. Cette exploration, qui fut extrêmement douloureuse et dont le malade ne se souvient qu'avec effroi, permit, à la vérité, de s'assurer qu'il n'existait aucun corps étranger dans sa vessie, mais aggrava encore son état. Ne trouvant aucun soulagement entre les mains d'hommes distingués, ce malheureux se confia alors, c'est-à-dire vers la fin de 1875, à celles d'une herboriste, dont les tisanes ne lui procurèrent, bien entendu, pas plus d'amélioration.

Je fus son espérance après l'herboriste. On était alors à la fin de janvier 1876. Après avoir entendu l'histoire que je viens de raconter, j'examinai les organes génito-urinaires. Ils présentaient l'aspect déjà décrit, et, en plus, un léger écoulement de pus par l'urèthre. Je fis pisser le malade devant moi à plusieurs reprises ; son jet était mince, l'urine rendue en petite quantité, et l'expulsion des dernières gouttes excessivement douloureuse. Au toucher rectal, la prostate se confondait avec les tissus environnants ; elle était lisse, donnant au doigt la sensation du tissu fibreux. Explorant l'urèthre avec une bougie de Ch. Bell du n° 21, c'est-à-dire de 7 millimètres, je fus arrêté à la hauteur du bulbe. Après plu-

---

qui est le savant voué à l'étude des ehartes ou *diplômes*.

D'ailleurs et en général, les mots latins, quand ils suffisent au rôle qu'on leur veut assigner, sont préférables aux mots grecs correspondants : nous les comprenons plus vite et nous en tirons plus facilement les dérivés qui nous sont utiles. *Réfraction* vaut mieux que n'aurait valu le grec *diaclase* (διάκλασις) ; *réflexion* vaut mieux qu'*anaclase* ou *antanaclase* (ἀνάκλασις, ἀντανάκλασις) ; on y rattache avee moins d'effort *réfrangible*, *réfrangibilité*, *diffraction*, etc. J'irais même jusqu'à préférer le simple dérivé d'un mot français préexistant et familier à nos oreilles : ainsi *ballonier*, qui s'est introduit naguère pour remplacer *aéronaute*, mériterait un bon accueil. Il se dérive simplement de *ballon*, que comprennent les gens les moins lettrés. Il est assurément préférable au vilain mot *aérostier*, qui a failli s'introduire chez nous à la suite d'*aérostat*, forgé à l'imitation d'*héliostat*, terme à la fois prétentieux et obseur, mais qui a trop bien pris son droit de cité française pour que nous songions à le bannir. L'adoption populaire est un titre qu'il faut le plus souvent respecter ; c'est préeisément à ce titre que je réelamerais pour le mot *girouette* eontre *anémoscope* (ἀνεμοσκόπιον). Si régulier que soit ee composé gree, et malgré sa ressemblance avec *télescope* (τηλεσκόπιον), *microscope* (μικροσκόπιον) et autres, il surcharge la langue d'un synonyme inutile. Je réclamerais de même pour *saignée* contre *phlébotomie*, si je ne croyais la réclamation superflue, l'usage s'obstinant de lui-même à repousser le synonyme scientifique d'un mot commode et clair, qui suffit à la seienee des médecins eomme à la pratique du langage familier.

Les composés hybrides, c'est-à-dire dans la formation desquels un mot grec s'unit à un mot latin, devraient être aussi évités, autant qu'il sera possible, bien que le latin et même le grec ancien nous en offrent quelques exemples (1) ; *spectroscope* est fort dur à prononcer, mais presque nécessaire,

(1) Voy. dans mes *Notions élémentaires de grammaire comparée*, p. 160, quelques exemples de ce genre de composés.

sieurs tentatives exécutées avec des bougies de moins en moins volumineuses, je ne pus faire parvenir dans la vessie que le n° 3 de la filière Charrière, qui correspond à 1 millimètre de diamètre. Croyant dès lors à un rétrécissement élastique avec cystite, je résolus de pratiquer l'uréthrotomie avec l'instrument de Maisonneuve, opération bien préférable à la dilatation quand le col est irrité, car le passage répété des bougies dans la dilatation temporaire exaspère toujours cet orifice. Chez mon malade, le calibre de ce prétendu rétrécissement ne devant pas permettre au conducteur métallique d'arriver jusque dans la vessie, je laissai à demeure une fine bougie pendant quarante-huit heures, et le 4 février je terminai l'opération. L'allée et le retour de la lame s'effectuèrent avec la plus grande facilité; il n'y eut pas, au point rétréci, cette résistance d'une dureté spéciale qu'offre toujours à la lame un rétrécissement aussi étroit. Du reste, l'uréthrotome retiré, il ne sortit pas une plus grande quantité de sang qu'à l'ordinaire, une cuillerée à café environ, mêlée d'urine. La sonde à demeure passa facilement et fut retirée vingt-quatre heures après.

Le malade, qui avait supporté la bougie à demeure avec impatience avant l'opération, souffrit très peu de cette dernière et ne fut pas aussi incommodé par la sonde à demeure. Il n'eut ni trop d'accélération du pouls, ni trop d'élévation de la température. mais fut plus long à se rétablir que la plupart des malades. Il n'y avait chez lui aucune réaction. Cependant, au bout d'une douzaine de jours, il put se lever et peu à peu reprendre ses occupations. Toutefois, les envies fréquentes d'uriner et le ténesme persistant toujours m'ouvrirent les yeux et me firent voir l'erreur que j'avais commise. J'eus dès lors recours aux lavages de la vessie. J'employai, à cet effet, l'eau phéniquée (1 gramme pour 500), l'eau acidulée avec l'acide azotique (4 grammes pour 1000), enfin une solution de nitrate d'argent au cinq-centième. De tous ces liquides, c'est du dernier que je retirai les meilleurs effets. Pour pratiquer mes lavages, je me servis d'abord de la seringue à anneaux; mais les mouvements qu'impriment à la sonde, malgré toute la douceur qu'on y mette, la projection du jet contre la paroi vésicale, étaient difficilement supportés par le malade. J'eus recours alors à l'irrigation continue, dont je ne retirai aucun avantage. L'appareil qui me réussit le mieux était constitué par une sonde coudée à bec très court. La sonde étant introduite dans la vessie, j'adaptai à son pavillon, par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc, un petit entonnoir de même substance vulcanisée, et, par cet entonnoir, avec un verre à expériences, je versai ma solution de nitrate d'argent. Celle-ci parvenait dans la vessie avec la plus grande facilité, et cet organe, qui ne pouvait auparavant supporter 15 grammes de liquide, en laissait maintenant s'accumuler 40 à 50 dans son intérieur. Le malade, qui urinait tous les quarts d'heure, put garder son urine pendant une heure et plus.

Cet heureux résultat ne fut malheureusement pas de longue durée. Au bout d'un mois environ, les envies d'uriner reparurent aussi fréquentes, aussi pressantes, aussi douloureuses. Je m'adressai alors à l'électricité et fis des applications de courants constants descendants tous les deux jours. En dépit de ce qui a été dit des merveilleux effets des courants continus dans les cas de vessie irritable et de la sédation qu'ils apportent aux incessantes contractions de l'organe, je n'obtins aucun résultat favorable.

A bout de moyens chirurgicaux, je laissai les organes urinaires en repos, m'attachant uniquement à la médication générale sédative et reconstituante. Malgré tous ces soins, au mauvais état local persistant vint se joindre un état général déplorable : le malade maigrit, perdit ses forces; une diarrhée d'abord intermittente, puis continue, se montra bientôt. Obligé de se mettre au lit, ce malheureux n'était plus qu'un squelette. Des douleurs rénales avec gonflement de la région lombaire et irradiation dans les fosses iliaques et dans les testicules tourmentèrent ses derniers jours. Enfin il succomba au milieu de phénomènes adynamiques en mai 1877, c'est-à-dire quinze ans après les premiers accidents du côté du testicule, un peu moins de deux années à partir du début de ceux de la vessie.

Une remarque importante que j'ai reportée à la fin de ce récit, afin d'appeler plus vivement l'attention sur elle, c'est que, pendant toute la durée de la maladie, il fut impossible à moi et à d'autres de trouver dans les poumons de cet homme un signe quelconque pouvant faire soupçonner dans ces organes la présence de granulations tuberculeuses. L'autopsie nécessaire à la confirmation absolue des données de l'auscultation n'a malheureusement pu être faite.

Cette observation, type parfait de tuberculisation génitale et urinaire, appelle une discussion qui fasse ressortir l'importance des diverses phases de la maladie dont elle retrace l'histoire.

Et tout d'abord une question se présente qui peut sembler oiseuse à première vue, quoique la solution doive, comme on va le voir, en être donnée avant tout : *la tuberculisation du testicule existe-t-elle? trouve-t-on dans cette glande ou dans l'épididyme des tubercules semblables à ceux du poumon?*

Sans doute on a admis depuis longtemps la présence, dans les testicules, de productions tuberculeuses analogues à celles des autres organes, du poumon en particulier; il n'en est pas moins vrai, cependant, que parmi nos contemporains quelques-uns, qui ont été et sont encore nos maîtres, ont émis sur le tubercule du testicule des opinions susceptibles de faire douter de la nature véritablement tuberculeuse de cette production morbide. Ainsi Velpeau écrivait en 1844, dans le *Dictionnaire en 30 volumes* : « Je dirai que le tubercule m'a toujours paru naître dans le testicule, sous l'influence d'un travail subinflammatoire, et qu'il survient absolument de la même manière que dans les ganglions lymphatiques. » Puis, après avoir poursuivi ce rapprochement en montrant que, dans les testicules comme dans les ganglions lymphatiques, l'inflammation se termine par la formation de petits foyers, de petits dépôts demi-liquides ou liquides qu'on appelle tubercules, il fait voir que ces productions sont toujours précédées d'un travail phlegmasique : orchite blennorrhagique, traumatisme, inflammation de la prostate, cathétérisme. « D'ailleurs, ajoute-t-il, quand même le point de départ, la cause du travail morbifique, échapperait à l'observateur, il n'y aurait pas lieu de conclure qu'un certain degré, qu'une cer-

---

les Grecs n'ayant connu le spectre solaire que sous la forme de l'*iris* ou arc-en-ciel. Encore les physiciens grecs préféreraient-ils *phasmoscope* ou *phasmatoscope*, φάσμα étant le synonyme du latin *spectrum*. Mais *pluviomètre* n'a pas la même excuse; il eût mieux valu dire *hyétomètre*, qui se rattache si naturellement à l'analogie de *thermomètre, baromètre, hygromètre, aréomètre, manomètre*. Ces deux derniers, d'ailleurs, ont un autre tort, c'est que, si on les interprète par leur étymologie, ils devraient, à la rigueur, avoir tous les deux le même sens; car l'adjectif μανός, comme ἀραιός, signifie *rare, peu dense*. C'est donc par une convention tout arbitraire qu'on leur a donné deux sens différents. Les instruments modernes appelés *téléphone*, par analogie avec *télégraphe*, et *phonographe*, conforme à la même analogie, sont nettement désignés par leur nom respectif; mais il n'en est pas de même du *microphone*, dont le nom ne peut signifier que « instrument à petite voix », ce qui est le contraire de sa destination et de son effet.

Dans la classe des mots hybrides, on absoudra plus volontiers ceux qui renferment le nom d'un inventeur illustre, comme *voltamètre* ou *galvanomètre* : c'est là un juste moyen de populariser, si je puis ainsi dire, notre reconnaissance pour les grands inventeurs. On absoudra aussi les composés hybrides qu'il a fallu employer pour distinguer quelque variété nouvelle d'un instrument déjà connu, comme *calorimètre*, à côté de *thermomètre*. Encore faut-il avouer que *calorimètre*, aujourd'hui consacré pour l'appareil à l'aide duquel on mesure les quantités de chaleur contenues dans un corps, aurait pu être évité si l'on eût songé que θέρος, *chaleur*, pouvait désigner la même chose que *calorie*, et que *théromètre* ne se serait pas confondu avec *thermomètre*. Au contraire, quel barbarisme que *minéralogie* pour la « science des minéraux », qui n'a d'égal que *bureaucratie* pour l' « autorité », puis l' « organisation des bureaux ». Mais un usage plus que séculaire a prononcé en sa faveur.

Parmi les composés homogènes, *diathermane*, quoiqu'il

taine variété d'inflammation ne produit pas habituellement les tubercules du testicule. » Velpeau raconte ensuite qu'ayant pu faire cinq autopsies d'individus qui n'avaient des tubercules que dans le testicule, ceci tend à établir une différence entre la tuberculisation de cet organe et celle du poumon. « Ne serait-il pas possible alors, dit-il encore, d'en conclure que les tubercules testiculaires, comme les tubercules ganglionnaires, comme les tubercules du tissu osseux, sont tout simplement un produit de l'inflammation terminée par suppuration et modifiée par la nature des tissus? »

Sept ans plus tard, en 1851, Velpeau n'avait point changé d'opinion. Dans la discussion qui eut lieu à cette époque à l'Académie de médecine, sur la tuberculisation du testicule, Malgaigne prononça ces paroles : « Il (Velpeau) penche à croire que le tubercule du testicule est tout simplement un produit de l'inflammation terminée par suppuration et modifiée par la nature même du tissu, en d'autres termes un simple abcès du testicule. » Non-seulement Velpeau ne fit entendre aucune protestation, mais il répondit à Robert la phrase suivante : « Ici, messieurs, qu'il me soit permis, encore une fois, de m'élever contre ces assertions si absolues, si confiantes et, après tout, si gratuites. On sait, et moi je réponds qu'on ne le sait pas, que l'histoire des tubercules testiculaires est encore à l'état d'ébauche, et qu'il serait prudent de ne rien affirmer de la sorte avant de l'avoir observé. »

Assurément d'autres orateurs, Malgaigne, Robert et M. Ricord, exprimèrent alors des idées contraires à celles de Velpeau, admettant, comme Cruveilhier l'avait d'ailleurs déjà admirablement démontré dans son *Anatomie pathologique*, que le tubercule du testicule est du vrai tubercule. Mais, comme le disait M. Ricord, le microscope n'avait pas passé par là.

Les mêmes paroles ne pourraient plus être prononcées aujourd'hui. En effet, depuis cette époque de nombreux travaux micrographiques sont venus éclairer cette question. Parmi leurs auteurs nous devons citer Virchow, Hérard et Cornil, Nepveu, Tizzoni et G. Gaule, enfin M. Malassez.

Pour Virchow, comme pour MM. Hérard et Cornil, il n'y a de véritable tubercule que la granulation grise, granulation qui n'existe pas dans les tubes séminifères proprement dits, mais qui naît et évolue dans le tissu conjonctif interposé à ces mêmes tubes. Pour Nepveu, c'est au pourtour des vaisseaux que se développerait la production tuberculeuse, et, pour cet auteur, contrairement à Virchow, ce ne seraient pas des granulations cellulaires, mais fibreuses, le fibrome atrophique de Billroth. MM. Tizzoni et Gaule adoptent une opinion mixte : pour eux, comme pour M. Virchow, il y aurait production de granulations cellulaires et simultanément, peut-être consécutivement à elle, l'épithélium intralobulaire proliférerait pour entrer en dégénérescence. Enfin M. Malassez, dont le travail plus récent parut en partie dans les *Archives de physiologie*, en partie dans la thèse de M. Reclus, démontre l'existence dans le testicule proprement dit, aussi bien que dans le corps d'Higmore, l'épididyme et le canal déférent, de la granulation type de Virchow, granulation susceptible d'être comparée aux granulations grises de l'épiploon.

La granulation est primitive ou élémentaire quand elle est isolée, laissant intacts les tubes séminifères voisins ; composée, quand elle s'est réunie à plusieurs autres et qu'elle a atteint les tubes séminifères contigus dont elle s'est formé une coque ; conglomérée, quand elle est formée de la confluence d'un certain nombre des granulations précédentes.

Comme M. Nepveu, M. Malassez a rencontré dans le testicule la granulation fibreuse, qui diffère de la précédente par son origine, sa constitution et sa marche. Elle est dure, transparente, n'a qu'une très-légère tendance au ramollissement et peut demeurer pendant longtemps comme un corps inerte dans le testicule et le poumon.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

De l'action des substances toxiques dites « poisons du cœur » sur l'escargot (*Helix promatia*). Note de M. *Vulpian*. — On sait que l'extrait alcoolique des graines d'*inée* ou *onaye* (*Strophantus hispidus*, DC.) peut être considéré, d'après les expériences de M. Pélikan, de M. Fraser, de MM. Polaillon et Carville, comme un type des poisons qu arrêtent le cœur de la grenouille, le ventricule restant en systole, tandis que les oreillettes demeurent en diastole. M. Vulpian a étudié l'action de cet extrait, comparativement avec l'action de la *muscarine*, sur le cœur de l'escargot. La *muscarine*, comme l'ont montré MM. Schmiedeberg et Koppe, est le type des poisons qui arrêtent les mouvements du cœur des mêmes animaux, le ventricule demeurant en diastole.

Dans les deux expériences avec l'inée, les effets observés ont été très-analogues à ceux que ce même poison produit sur la grenouille. L'état du cœur arrêté, chez le premier escargot, était même tout à fait semblable à ce que l'on constate chez la grenouille soumise à l'action du même extrait. (L'auteur avait établi précédemment que l'*upas antiar*, qui arrête si facilement les mouvements du cœur sur la grenouille, ne détermine pas le même effet sur le cœur de l'escargot.)

---

n'existe pas en grec, se justifie honnêtement par son analogie avec *diaphane* (διαφανής), déjà usité chez les opticiens grecs ; le *thermomètre*, les lignes *isothermes*, les *thermes* et les eaux *thermales* (ces deux derniers venus du grec par l'intermédiaire du latin *thermæ*) nous ont assez familiarisés avec *thermos* (θερμός), bien que cet adjectif n'ait pas pris place dans notre langue. On se résigne avec plus de peine au composé *isochimène* pour les lignes « d'égale froidure », malgré la grande autorité d'Alexandre de Humboldt qui l'a introduit dans la science (1). Il aurait fallu dire *isochimère* (ἰσοχείμερος), mais la seconde moitié du mot aurait rappelé la *chimère*, monstre fabuleux ou conception imaginaire, qui n'a aucun rapport avec la chaleur du globe terrestre.

Ce qui est moins supportable, ce sont les mots d'origine prétendue grecque, mais si altérés qu'on ne peut les analyser utilement pour en retrouver le sens. Tels sont *endosmose* et *exosmose*, imaginés par le grand physiologiste Dutrochet (1) pour désigner deux phénomènes corrélatifs de pénétration capillaire ; il les forma des deux particules *endon* (ἔνδον) et *ex* (ἐξ) et du substantif ὠσμός, poussée, qui désigne en grec une tout autre espèce de mouvement, et que, en tout cas, il eût mieux valu transcrire simplement par *osmos* (comme les médecins ont simplement transcrit le mot τέτανος, *tétanos*, nom d'une terrible névrose). La terminaison *ose* ne peut convenir qu'à des mots terminés en grec par ωσις, comme διάρθρωσις, νέκρωσις, qui nous ont donné *diarthrose* et *nécrose*. C'est ainsi que du verbe νευρόω les médecins ont régulièrement dérivé *névrose* (νεύρωσις).

Le nom *théodolite*, d'un instrument de précision en usage pour la géodésie et l'astronomie, est plus mystérieux ; il ré-

(1) *Cosmos*, t. I, p. 377 de la traduction française de M. Faye. Pour suivre l'analogie, il aurait fallu écrire *isochimane*, comme *diathermane*, le verbe χειμαίνω ayant la même forme que le verbe θερμαίνω, et ces deux verbes étant eux-mêmes analogues à φαίνω, dont on retrouve le radical dans les adjectifs terminés par *phane*.

(1) *L'Agent immédiat du mouvement vital* (Paris, 1826), p. 115.

Quant à la muscarine, M. Vulpian a observé qu'elle produit sur le cœur des escargots une action qui se rapproche entièrement de celle qu'elle exerce sur le cœur des grenouilles. L'antagonisme qui se montre si évident entre les effets de la muscarine et ceux du sulfate d'atropine chez les mammifères et chez les batraciens, est très-manifeste aussi chez les escargots. Il est peut-être permis d'en inférer qu'il y a une certaine analogie entre le mode d'innervation du cœur chez l'escargot, chez la grenouille et chez les mammifères.

Je dirai un mot, dit M. Vulpian en terminant, d'essais que j'ai tentés à l'aide des mêmes substances toxiques sur des animaux d'un autre embranchement, sur des crustacés : j'ai mis le cœur à découvert sur des écrevisses et j'ai examiné l'effet de l'extrait d'inée et celui de la muscarine sur le cœur de ces animaux, soit en injectant des solutions de ces agents toxiques dans les tissus à l'aide d'une seringue de Pravaz, dans l'intervalle de deux anneaux de l'abdomen, soit en mettant ces solutions sur le cœur lui-même. Je n'ai observé aucune action bien nette, même en répétant plusieurs fois de suite l'expérience sur le même animal. J'ai même mis de la muscarine pure, d'une activité moyenne il est vrai, sur le cœur d'une écrevisse, à plusieurs reprises, sans obtenir le moindre arrêt, même momentané, des mouvements de cet organe.

Recherches expérimentales sur la valeur thérapeutique des injections intra-veineuses de lait. Mémoire de MM. *J. Béchamp* et *E. Baltus*. (Extrait par les auteurs.)

Les expériences que nous avons entreprises se divisent en quatre séries détaillées dans le mémoire que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie. Leur objet est le suivant : Dans une première série, nous rangeons les injections de lait pratiquées sur des chiens de races diverses, sans soustraction préalable de sang. Il s'agit de savoir si, dans ces conditions, l'introduction d'une masse de lait, incapable de porter hors des limites normales la tension intra-vasculaire, est accompagnée ou non de troubles fonctionnels et suivie ou non de l'élimination de la substance injectée, notamment de l'apparition d'albumine dans les urines. Dans une deuxième série, nous injectons dans les vaisseaux de la caséine chimiquement pure à l'état de combinaison sodique, les médecins anglais et américains redoutant surtout cette matière et se préoccupant peu des globules. Dans une troisième série, nous nous proposons de déterminer la quantité de sang qu'il convient d'enlever à un chien pour l'amener aux conditions pathologiques dans lesquelles la transfusion est nettement indiquée...

Nous tirons les conclusions suivantes de vingt-quatre expériences :

1° On peut injecter, dans le sang veineux du chien, des quantités de lait équivalant à $2^{cc},77$, 5 et même 8 centimètres cubes par kilogramme du poids total, sans produire autre chose que des troubles fonctionnels incapables d'amener la mort. Dans aucun de ces cas, il n'y a eu albuminurie. Quand on dépasse notablement cette dernière limite, la mort est la conséquence plus ou moins immédiate de l'opération.

2° On peut introduire dans le sang veineux des quantités de caséine, en combinaison sodique, correspondant à 50 centigrammes par kilogramme du poids total de l'animal, sans amener aucun trouble fonctionnel. La quantité d'albumine éliminée par les urines est alors extrêmement faible. Quand on dépasse un tant soit peu cette proportion (par exemple 526 milligrammes par kilogramme), la mort survient à bref délai. Il est à remarquer que, le lait de vache contenant en moyenne $3^{gr},4$ de caséine par 100 centimètres cubes, les troubles fonctionnels ne doivent pas être attribués à cette substance quand on fait une injection de lait dans les limites de $8^{cc},6$ par kilogramme du poids de l'animal.

3° On peut enlever à des chiens des quantités de sang artériel variant depuis 29 grammes jusqu'aux environs de 40 grammes par kilogramme du poids total du corps, sans amener de troubles fonctionnels appréciables. Un seul cas exceptionnel s'est présenté. Au-dessus de ces limites, la mort est généralement la conséquence de la soustraction du sang. Néanmoins, il paraît important de tenir compte de l'espèce et de l'âge de l'animal en expérience, un chien de berger ayant survécu, sans présenter de symptômes pathologiques, à l'énorme soustraction de 52 grammes par kilogramme de son poids. La résistance à l'hémorrhagie est également moins considérable chez les jeunes animaux.

4° Nos injections de lait, à la dose moyenne de 90 centimètres cubes à la température moyenne de 36 degrés, ont été faites en dix minutes environ sur des chiens qu'une soustraction préalable de sang avait placés dans des conditions différentes. Nous les classons en trois catégories. Dans la première catégorie, la transfusion lactée a été faite alors que les chiens ne présentaient, après une soustraction de 30 grammes, $38^{gr},2$, 54 grammes de sang par kilogramme, aucun trouble appréciable. Dans la deuxième catégorie, les animaux ayant perdu $36^{gr},7$, $37^{gr},2$, 39 grammes, 40 grammes, $44^{gr},6$, $52^{gr},7$ de sang par kilogramme de leur poids ont présenté des troubles fonctionnels assez accentués pour qu'il fût permis d'y voir une indication à la transfusion. Les trois premiers nous semblent avoir repris plus rapidement leur état normal sous l'influence de l'injection du lait. Parmi les trois derniers, l'un a présenté une amélioration momentanée, que l'on n'a pas observée chez les deux autres; tous sont morts rapidement. Dans la troisième catégorie, nous plaçons deux animaux tombés en syncope, après soustraction de $13^{gr},3$ de sang par kilogramme chez le premier, de 40 grammes par kilogramme chez le second. Tous deux se sont rétablis rapidement sous l'influence de l'injection. Nous remarquons que, dans ces deux cas, la quantité de sang enlevée n'est pas incompatible avec le maintien de l'existence, d'où il est permis de conclure que la transfusion du lait peut bien ranimer les animaux extemporanément; mais, si l'hémorrhagie a eu lieu dans les limites reconnues incompatibles avec la vie, l'injection lactée est, dans tous les cas, impuissante à sauver l'animal. En résumé, la transfusion du lait, maintenue dans certaines limites quantitatives relativement très-étendues, est inoffensive chez le chien, mais de trop faible valeur thérapeutique pour que son emploi soit généralisé et substitué à la transfusion du sang.

---

sulte peut-être d'une mauvaise composition aggravée par une faute d'impression dans les premiers ouvrages qui l'ont accrédité (1). Dans un autre ordre de sciences, le mot *théodicée*, introduit par Leibniz pour désigner primitivement une démonstration de la justice de Dieu (Θεοῦ δίκη, mot à mot : procès, justification de Dieu) (2), n'est pas plus correct ni plus clair. Malheureusement, une sorte de prescription protége désormais ces composés barbares.

La même prescription protége aujourd'hui la moitié des termes consacrés dans notre système métrique. Mais il est bien fâcheux que les auteurs de cette nomenclature se soient si peu souciés de l'étymologie. N'est-ce pas grand dommage qu'on ait pris alors pour désigner l'unité de poids le mot *gramme*, de γράμμα, rarement employé par les Grecs euxmêmes dans le sens de *scrupule* (*scrupulum* en latin), et qui, par l'adoucissement de sa terminaison en français, se trouve identique avec *gramme*, de γραμμή, *ligne*, que renferment les composés *diagramme* et *parallélogramme*, désignant des *lignes* ou des *figures*, *télégramme*, signifiant une sorte d'*écriture? Hectomètre*, s'il était grec, signifierait *sixième mesure* (de ἕκτος, *sixième*, et μέτρον, *mesure*) ou tout au plus *mesure sextuple*. Même difficulté pour le mot *hectolitre*. *Décilitre* et *décimètre* se trouvent être moitié latins, moitié grecs, tandis que *décalitre* et *décamètre* sont tout grecs par la forme de leurs deux éléments. Voilà bien des incohérences et des irrégularités que la force de l'habitude nous fait oublier aujourd'hui, mais qui choquent toujours des oreilles accoutumées à l'analogie des langues anciennes.

Souvent un léger changement d'orthographe suffirait pour

(1) M. Chantzerys, auteur d'un lexique de technologie militaire (Σκευολόγιον στρατιωτικόν), publié en 1870 à Athènes, suppose avec vraisemblance que l'inventeur du mot le composa du radical du verbe θεάομαι, *voir*, et de l'adjectif δολιχός. Cela donnait *théodoliche*, qui a pu devenir *théodolithe*, puis *théodolite*, sous la main d'imprimeurs maladroits. Cette conjecture, si elle est adoptée, mettrait d'accord les lexicographes modernes, que ce mot a tant embarrassés.

(2) *Essais de Théodicée* (Amsterdam, 1710).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1er JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie le compte rendu des épidémies observées en 1878 dans les départements des Alpes-Maritimes, de la Charente, d'Eure-et Loir, de Saône-et-Loire, de l'Ardèche, des Ardennes, de la Haute-Vienne, du Finistère, de la Haute-Marne, de la Loire, du Gers et de la Nièvre. (*Commission des épidémies.*)

L'administration communale de Bruxelles avertit l'Académie que tous les travaux de statistique démographique et médicale publiés par le Bureau d'hygiène de Bruxelles lui seront expédiés.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. le docteur *Bateman* (de Norwich), demandant à être inserit au nombre des candidats au titre de membre correspondant. 2° Un travail manuscrit de M. le docteur *Homo* (de Château-Gontier), intitulé : *Rapport sur les épidémies qui ont sévi dans l'arrondissement de Château-Gontier (Mayenne) pendant l'année* 1878; suivie d'une étude : 1° Sur le mouvement de la population ; 2° la constitution médicale et les maladies causes des décès ; 3° les opérations du conseil de révision pendant cette même année.

M. *Gosselin* dépose, au nom de M. le docteur *Gabriel Millot*, un ouvrage intitulé : *De l'hygiène publique et de la chirurgie en Italie.*

M. *Gavarret* présente, au nom de M. le professeur *Moitessier* (de Montpellier), un volume intitulé : *Physique appliquée à la physiologie et à la médecine*. Ce volume est consacré à l'étude de l'*optique*.

M. *Devilliers* présente, au nom de M. le docteur *Verrier*, une note et une pièce anatomique relatives à un fœtus monstrueux appartenant à la classe des autositaires, ectroméliens, phocomèles.

M. *Roger* présente, au nom de M. le docteur *Marquez*, une brochure intitulée : *Contribution à l'étude de la lymphorrhagie.*

M. *Depaul* présente, au nom de M. le docteur *Cambanis*, une modification d'un instrument destiné à la mensuration de la cavité utérine.

M. *Hillairet* présente, au nom de M. le docteur *Paul Fabre*, une brochure intitulée : *Considérations cliniques à propos de deux cas de maladie d'Addison.*

M. *le Président* fait savoir à l'Académie que la séance publique annuelle pour la distribution des récompenses aura lieu le 15 juillet prochain.

Il annonce que M. Notta, membre correspondant, assiste à la séance.

OSTÉOMYÉLITE. — M. Colin reprend la discussion et fait connaître le résultat des recherches expérimentales qu'il a récemment entreprises sur cette importante question.

Sous toutes réserves, l'orateur tire les conclusions suivantes de ses expériences.

La trépanation simple des os des membres sur tous les sujets jeunes comme sur les adultes, la moelle restant exposée au libre contact de l'air, ne suffit pas pour déterminer une ostéomyélite appréciable. L'introduction à demeure dans le canal médullaire de stylets non oxydables, comme ceux de platine, d'or, même d'argent, ne provoque qu'une ostéomyélite simple, non suppurante, sans extension notable de l'irritation aux couches extérieures de l'os et au périoste. Celle des stylets oxydables, tels que ceux de zinc ou de cuivre, en irritant à la fois mécaniquement et chimiquement, donne une ostéomyélite grave, s'étendant rapidement à l'ensemble de l'os, au périoste et au tissu cellulaire. Dans ce dernier cas, elle réalise en même temps l'ostéomyélite et la périostite phlegmoneuse. Sous l'influence de ces irritations, les os des sujets jeunes et presque adultes peuvent en quelques semaines, au plus en un mois, un mois et demi, se gonfler, perdre leur consistance, même dans leur couche compacte, et éprouver des déformations considérables; de plus, leur périoste peut s'injecter, s'infiltrer, comme dans la périostite phlegmoneuse.

Dans tous les cas, ces sortes d'irritations mécaniques ou chimiques paraissent difficilement provoquer la suppuration, et l'on est porté à penser que l'ostéomyélite suppurante observée par les cliniciens devient telle par suite de conditions spéciales, d'états de l'organisme, de causes prédisposantes, que l'expérimentation n'est pas en mesure de faire intervenir.

Le contact prolongé de l'air semble être sans action fâcheuse aussi bien sur le périoste et sur l'os que sur le tissu médullaire. L'action irritante de ce fluide, de ses germes, de ses poussières, de ses matières organiques ne suffit pas pour donner à l'ostéomyélite la forme suppurante et pour provoquer des accidents putrides. Au moins, des vingt-deux grands os et à moelle irritée par des stylets maintenus en permanence dans le canal médullaire, aucun, sur huit animaux, n'est devenu le siège de telles complications.

L'application, même réitérée, de substances putrides, à la surface des plaies et aux ouvertures faites au canal médullaire des os, est sans influence marquée sur la suppuration. Elle ne donne ni un mauvais aspect aux plaies, ni des propriétés infectieuses au pus. Enfin, cela ne retarde pas sensiblement la cicatrisation, dans les conditions expérimentales, en présence de tissus sains, et en l'absence de prédispositions à la pyogenèse et aux accidents septiques.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Peter sur le prix Civrieux.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

De l'érysipèle des bronches et du poumon (pneumonie érysipélateuse) : M. Strauss. — De l'ataxie locomotrice fruste, caractérisée par des douleurs fulgurantes sans incoordination motrice : M. Debove. — De la coloration produite par certains métaux sur la peau œdématiée : M. Gouguenheim. — De l'intoxication par la benzine : M. Guyot. — Nominations de MM. Landouzy, Hutinel et Rathery.

M. *Strauss* fait une communication sur un cas d'érysipèle des bronches et du poumon.

Il s'agit d'un malade du service de M. Strauss, à l'hôpital Tenon, âgé de vingt-six ans, vigoureux, non alcoolique, bien

---

rendre à un terme scientifique sa parfaite régularité. *Rhéomètre* n'est pas plus grec que ne le serait *légomachie* pour *logomachie* : écrivez *rhoomètre*, le mot sera aussi clair; il désignera aussi bien l'espèce d'opération et d'instrument que vous avez voulu désigner, et en même temps il rentrera dans l'analogie. *Anesthétique* (ἀναισθητικός) vaudrait mieux qu'*anesthésique*, quoique l'on ait adopté *anesthésie*, car à *paralysie* on rattache depuis longtemps *paralytique* (παραλυτικός). D'ailleurs plusieurs suffixes nominaux ont passé facilement du grec en français; depuis longtemps la terminaison *iste*, quoique d'origine grecque (ιστής), mais venue chez nous par l'intermédiaire du latin *ista* (*grammatista*, γραμματιστής), nous est si familière que nous l'attachons sans effort, et sans qu'il en résulte aucune obscurité, à des radicaux d'origine latine, comme dans *art-iste*, *moral-iste*, *annal-iste*, *human-iste*, *optim-iste*, *spécial-iste*, ou même d'origine anglaise, comme dans *club-iste*. Il en est de même pour la terminaison *isme* (ισμός), aujourd'hui consacrée dans *éclect-isme*, venu à la suite d'*éclectique*, qui lui-même n'est qu'un dérivé moderne de l'adjectif verbal ancien ἐκλεκτός, *choisi* (1). La terminaison *itis* (ῖτις), en français *ite*, si commode aux médecins pour désigner les maladies de certains organes en s'ajoutant au radical du mot qui désigne cet organe même, comme dans *arthr-ite*, *ot-ite*, *gloss-ite*, etc., peut, sans grave inconvénient, s'adapter à un radical latin, comme dans *ovar-ite*. On peut regarder encore comme adoptée par notre langue la terminaison *ide* (de ειδής), qui exprime l'idée de ressemblance, et dont le grec a fait de tout temps un si grand usage (*rhomboïde*, *conoïde*, *dactyloïde*, *choroïde*, etc.); on la rattache donc volontiers à un radical latin dans *ovo-ïde*, *variolo-ïde*; mais ne souffrons-nous pas de voir un mathématicien français forger, pour certaines courbes, le mot *développoïde* (2)? Il

(1) Voy. les observations échangées sur ce mot dans deux articles que publiait le *Journal général de l'instruction publique* du 18 avril et du 2 mai 1857.

(2) Laurent, dans un mémoire imprimé en 1806 dans le *Recueil des savants étrangers*, et que cite M. Chasles dans son *Rapport sur les progrès de la géométrie* (Paris, 1870).

portant auparavant, entré le 14 mars 1879, pour un érysipèle de la face, qui évolua sans présenter de particularité notable. Le 20, l'érysipèle de la face était presque éteint, quand apparurent de la dysphagie, de la rougeur vive du pharynx, des amygdales et de la langue (érysipèle pharyngé et buccal). Le 23, aggravation violente de la fièvre et des symptômes généraux; léger point de côté à droite, sans frisson; toux peu accusée, aucun phénomène laryngé. On constate l'existence d'une pneumonie (matité, râles crépitants, souffle naissant) à la base du poumon droit. La pneumonie suit une marche extrêmement rapide; en moins de quatre jours elle envahit le poumon droit tout entier, de la base au sommet, sans présenter en aucun point de tendance à la résolution; elle a débuté le 23 (moment du point de côté et de la recrudescence de la fièvre); le 28, le malade était mort.

L'*autopsie* est surtout importante par les lésions constatées sur l'appareil respiratoire; la muqueuse du larynx, les replis aryténo-épiglottiques présentent une coloration pâle, tout à fait normale, contrastant avec la rougeur violacée du pharynx et du voile du palais. Les trois premiers anneaux de la trachée sont recouverts par une muqueuse de coloration normale aussi; mais, au-dessous, la trachée dans toute sa hauteur offre une coloration rouge intense, écarlate; cette coloration ésiste au lavage, au frottement du linge et à la pression. Au niveau de l'éperon de bifurcation des grosses bronches, à l'origine de la *bronche gauche*, la rougeur s'arrête net. Elle se poursuit au contraire sur la *grosse bronche droite* et sur toutes ses branches de division, avec la même intensité que sur la trachée. Un dessin colorié, dû à M. Tuffier, externe du service, montre bien ces particularités.

Le poumon droit, dans la totalité du lobe moyen, les trois quarts supérieurs du lobe inférieur et les deux tiers du lobe supérieur, est transformé en un bloc hépatisé, de coloration rosée vers le lobe supérieur, partout ailleurs gris. A la section il s'écoule un liquide grisâtre, séro-purulent. L'aspect granuleux de la coupe est peu accusé.

Examen microscopique. A l'état frais, le liquide obtenu par le raclage de la coupe, même des portions en hépatisation rouge, ne renferme aucun moule fibrineux des infundibula, mais exclusivement des leucocytes. Après durcissement méthodique, les coupes montrent les alvéoles complètement remplis de globules blancs, sans *aucune trace de fibrine*.

M. Strauss discute la valeur de ces lésions histologiques. Il ne s'agit ni d'une pneumonie franche, fibrineuse, arrivée à l'hépatisation grise, ni d'une broncho-pneumonie pseudolobaire. Il rapproche les lésions que présente le poumon des altérations histologiques que MM. Vulpian, Steudner et Volkmann ont signalées depuis longtemps comme propres à l'érysipèle cutané.

La pneumonie en question offre donc, conclut M. Strauss, des particularités cliniques et surtout des caractères histologiques qui la distinguent et qui la *spécialisent*. 1° Caractères *cliniques*. Survenance de la pneumonie chez un sujet atteint d'érysipèle de la face et de la gorge, en l'absence de tout refroidissement. Début insidieux (point de côté léger, sans frisson). Marche extensive extrêmement rapide (tout le poumon droit envahi en quatre jours). 2° Caractères *histologiques*. Hépatisation grise générale et rapide; réplétion des alvéoles par des leucocytes, sans trace de fibrine; identité de ces lésions avec celles de l'érysipèle cutané.

M. Strauss croit donc pouvoir, sans témérité, établir le fait d'une pneumonie *spéciale*, sinon spécifique, d'une *pneumonie érysipélateuse* ou de ce que les anciens appelaient l'érysipèle du poumon. La propagation par la trachée et la grosse bronche droite est évidente et écarte suffisamment l'objection de coïncidence; mais il manque une étape intermédiaire, la muqueuse du larynx et des premiers anneaux de la trachée étant intacte.

M. *Rendu* partage l'opinion émise par M. Strauss, sur la nature de la pneumonie, dans le cas dont il vient de parler. Mais il pense que cette opinion doit être basée beaucoup plus sur les caractères cliniques de la maladie que sur ses caractères histologiques. En effet, il n'est pas possible, suivant lui, de faire un diagnostic différentiel entre la pneumonie franche, fibrineuse, et la pneumonie érysipélateuse, d'après la présence ou l'absence seule de tractus fibrineux, la fibrine pouvant exister sans qu'on la retrouve à l'autopsie, soit qu'elle se soit dissoute par suite de la décomposition cadavérique, soit même qu'elle existe sans qu'on puisse la retrouver.

M. *Strauss* fait observer que l'autopsie n'a été faite que trente heures après la mort, et que, dans cet espace de temps, les coagulations fibrineuses n'ont pas le temps de se dissoudre. En outre, la rapidité avec laquelle tout le poumon droit est entré en suppuration dans ce cas est un fait absolument exceptionnel, et qui ne s'observe pas dans la pneumonie franche fibrineuse.

M. *Damaschino* accepte également l'interprétation de M. Strauss, attendu que, suivant lui, s'il s'était agi d'une pneumonie franche, survenant dans le cours d'un érysipèle, il y aurait eu certainement de la fibrine à cette période.

— M. *Debove* lit une note sur l'ataxie locomotrice fruste, caractérisée cliniquement par des douleurs fulgurantes sans incoordination motrice. Il s'agit d'une femme âgée de quarante-cinq ans, qui entra dans son service, atteinte d'une lésion cardiaque aux suites de laquelle elle succomba; il s'agissait d'une insuffisance mitrale. Mais depuis cinq ans environ cette malade était prise d'accès douloureux ayant pour siège les membres inférieurs, revenant à des périodes régulières, ayant un caractère de fulguration très-net et avec

---

y a pour toutes les inventions des convenances qui relèvent de la raison et du bon goût, et qui souvent n'importent pas moins à la clarté scientifique du langage qu'à son élégance.

Au reste, sans récriminer contre le passé, dont les erreurs sont le plus souvent irréparables, les savants devraient se concerter en vue de l'avenir, pour donner moins au caprice dans la création des mots que réclame chaque jour le progrès des découvertes. Cela est surtout désirable et serait plus facile pour les doctrines en voie de formation, comme sont la plupart des doctrines de la géologie, de la paléontologie, de la météorologie. Là, en effet, il est temps encore d'établir une sorte de discipline qui écarte les mots de formation vicieuse. Mais, pour y réussir, en ce qui est des mots qu'on empruntera aux deux langues classiques de l'antiquité (j'écarte les autres, comme les mots arabes, qui ne sont pas de ma compétence, et qui d'ailleurs seront toujours moins nombreux), il faudrait bien se persuader d'un principe essentiel, que je tâcherai de résumer brièvement: les éléments empruntés à ces deux langues ne sont pas une matière brute et inorganique que nous puissions tailler à notre guise pour en faire tel ou tel instrument d'expression savante; ils sont une matière déjà organisée (1), et dont il faut, au moins en quelque mesure, respecter l'organisme primitif, quand nous voulons les approprier à un usage moderne. Par exemple, les mots *éocène* (de ἠώς, l'*aurore*, et de καινός, *récent*), *pliocène* (de πλεῖον, *plus*, et de καινός), inventés par le géologue Lyell, et qui ont amené après eux *miocène* (de μεῖον, *moins*, et καινός), sont d'une composition vraiment barbare et d'une obscurité qui en complique la barbarie. On ne peut que regretter l'honneur que leur ont fait de savants hommes en les adoptant. Il eût été facile d'en trouver de meilleurs pour désigner les terrains de formation « très-ancienne », « récente » ou de date « moyenne ». Toute la nomenclature *organo-*

(1) Voy. surtout les chapitres IV, V et XXI de mes *Notions élémentaires de grammaire comparée.*

une grande intensité. Il s'agissait d'une ataxie locomotrice, sans incoordination des mouvements. Même les yeux fermés, la malade avait la notion exacte de la situation de ses membres, elle n'avait d'anesthésie sur aucun point : les seuls symptômes particuliers furent une douleur de ceinture et une paralysie oculaire passagère.

L'autopsie vint le démontrer : peut-être existait-il sur les cordons postérieurs une légère teinte grisâtre, mais elle parut douteuse cependant. L'examen histologique démontra qu'à la région lombaire la sclérose occupe toute l'étendue des cordons postérieurs, bandelettes externes et cordon de Goll, elle s'étend sur les racines et empiète même sur la région des cordons latéraux. A la région dorsale, les bandelettes externes et le cordon de Goll sont envahis, mais non dans toute leur étendue; ils sont séparés par une zone saine ou du moins dans laquelle les lésions sont très-peu avancées. De telle sorte que, sur la coupe colorée par le carmin, on aperçoit sur la ligne médiane une partie plus colorée, médiane, correspondant à la partie la plus interne des cordons de Goll, et deux parties latérales plus claires séparant ces derniers des racines postérieures dont la coloration plus foncée vient trahir la sclérose. A la région cervicale, la sclérose est limitée à la partie profonde du cordon de Goll, au voisinage de la ligne médiane. Si peu accentuées que soient ces lésions, elles sont cependant très-évidentes. Les méninges n'ont présenté aucune trace de méningite, ce qui démontre une fois de plus qu'il ne faut pas attribuer à la méningite les douleurs fulgurantes.

Cette observation démontre donc qu'il y a des ataxiques sans ataxie: tel est un point qu'on a rarement l'occasion de vérifier par l'autopsie. Nous ne connaissons que le fait de MM. Charcot et Bouchard (*Gazette médicale*, 1866, p. 122); il s'agissait d'une femme présentant depuis trois ans des douleurs caractéristiques dans les membres inférieurs et qui succomba à une affection aortique. La sclérose des cordons postérieurs, quoique peu accentuée, peut cependant être reconnue à l'œil nu.

Cette autopsie vient encore confirmer les recherches de MM. Charcot et Pierret (*Archives de physiologie*, 1872, p. 364) sur le siége anatomique de l'ataxie locomotrice, qui serait, selon ces auteurs, non pas tant le cordon postérieur, mais seulement une partie de ces cordons, les bandelettes externes. A la région dorsale, en effet, elles sont sclérosées (d'où douleurs de ceinture), et séparées par une portion saine de la partie affectée correspondante du cordon de Goll. Or, cette dernière lésion n'appartient pour ainsi dire pas à la région dorsale, c'est une dégénération secondaire consécutive à leur altération de la région lombaire; elle est l'analogue des dégénérations secondaires ascendantes des myélites transverses par exemple. Dans l'observation de M. Debove, le cordon latéral commence à être envahi, c'est qu'en effet dans l'ataxie la région des racines est primitivement seule atteinte, puis la lésion s'étend en dedans et en dehors. De plus les lésions étaient aussi étendues que dans les cas complets d'ataxie, seulement elles étaient moins profondes, et il est naturel de supposer que les douleurs fulgurantes et l'incoordination sont dues à des altérations qui diffèrent non par leur siége, mais par leur intensité; peu prononcées, elles irritent les racines nerveuses (douleurs fulgurantes); plus intenses, elles compriment et peut-être finissent par sectionner les fibres nerveuses (incoordination motrice).

— M. *Gouguenheim* fait une communication sur la coloration que laissent certains métaux sur la peau œdématiée. Ayant lu un article de David Ferrier sur cette question (il s'agissait d'un paraplégique, sur lequel une sonde en argent laissait une empreinte noirâtre), M. Gouguenheim fit des expériences avec certains métaux, argent, or, cuivre, zinc et magnésium. Sur certains points, ces traces ne se manifestèrent pas : le fer et le platine ne produisirent aucune marque. Était-ce à cause d'un état particulier de la peau ? M. Gouguenheim le croit d'autant plus que, sur la peau œdématiée, ces traces furent des plus marquées, alors qu'elles ne pouvaient être aperçues sur la peau saine (voy. la *Revue des journaux*, p. 433).

M. *Dumontpallier* rappelle à ce propos qu'il suffit de porter une bague en or, pour voir qu'à certains moments, principalement par les temps chauds, la bague laisse après elle une trace noirâtre qu'on peut facilement enlever, du reste.

Dr Joseph MICHEL.

Société de biologie.

SÉANCE DU 28 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Influence inhibitoirs du bulbe sur la moelle : M. Brown-Séquard. — Rapports ds la dyspspsie et ds la goutte : M. Lsvsn. — Origins réslles des nerfs moteurs des yeux : M Mathias Duval. — Points douloursux apophysaires dans lss affeotions viscérales : M. Vidal. — Filets dilatatsurs du nerf maxillaire supérieur : M. Jolyet et M. Laffont.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Brown-Séquard* ajoute quelques faits à sa dernière communication. Il a pratiqué successivement sur les mêmes animaux une hémisection droite de la moelle et une hémisection gauche du bulbe. L'exagération des mouvements réflexes du membre postérieur gauche qui suit la première opération disparaît après la seconde. L'anesthésie de ce même membre reste complète. Quelques cas analogues ont été observés en clinique. Tous ces faits démontrent pour M. Brown-Séquard l'influence inhibitoire du bulbe sur la moelle.

---

pathologique du célèbre médecin Piorry pèche par cet abus des combinaisons arbitraires auxquelles répugne l'analogie française autant que l'analogie grecque, et, par un effet naturel, cet abus a compromis, même chez les médecins, la doctrine du *pathonomisme* et du *synorganopathisme* (1).

Par malheur, dans nos écoles, l'étymologie et la théorie de la formation des mots sont, de toute la grammaire, la partie qui est, en général, enseignée avec le moins de méthode. A cet égard, les examens du baccalauréat, ceux même de la licence ès lettres, nous montrent chaque jour, chez les élèves de nos classes, une inexpérience dont leurs professeurs sont un peu responsables.

Or, on ne sait vraiment si cette inexpérience n'est pas plus fâcheuse pour les jeunes gens qui suivront la carrière des sciences que pour ceux qui suivront celle des lettres. Le langage de l'histoire, du droit et même de la philosophie est à peu près fixé par l'autorité des maîtres et par une longue pratique. Les progrès de l'érudition et ceux de la pensée y introduisent peu de néologismes. Les sciences physiques et mathématiques, au contraire, dans la variété, dans la rapidité de leurs progrès, ont sans cesse besoin de mots nouveaux pour des faits nouveaux et pour des vérités nouvelles. Les mathématiciens, les physiciens, les chimistes, les naturalistes, les physiologistes et les médecins sont donc sans cesse appelés à en former qui se répandent promptement dans l'usage. Il importe d'autant plus que cette classe de savants connaisse et applique avec précision les principes de l'organisme grammatical, soit pour bien comprendre les mots déjà formés, soit pour en créer à leur tour, qui méritent d'être adoptés, non-seulement en France, mais à l'étranger.

Je dis à l'étranger, et c'est le dernier point sur lequel il

(1) Le docteur Goudas publiait en mai 1855, dans l'*Abeille médicale* d'Athènes, un examen critique de la nomenclature du docteur Piorry, examen dont on trouvera une analyse, par le docteur Briau, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, même année, p. 396.

— M. *Leven* présente les moulages en plâtre des mains et des oreilles d'un goutteux. Ce malade porte des tophus énormes sur un grand nombre de points. La goutte chez lui ne saurait être douteuse. Cependant, il n'est nullement dyspeptique, cela tient à ce qu'il n'a jamais fait le moindre excès de table, la misère l'a même condamné à une abstinence presque complète de boissons alcooliques. La dyspepsie n'est donc pas fatalement liée à la goutte; elle ne l'accompagne si souvent que parce que cette dernière frappe le plus ordinairement des gens riches chez lesquels les écarts de régime sont fréquents et suffisent par eux-mêmes à provoquer des troubles digestifs.

— M. *Mathias Duval.* Les noyaux d'origine des troisième, quatrième et sixième paires crâniennes sont unis entre eux par des faisceaux de fibres dont la disposition éclaire la physiologie compliquée des mouvements associés des yeux. Avant les recherches expérimentales de M. Laborde, avant les faits cliniques publiés par M. Féréol et par M. Graux, il avait constaté en grande partie les faits anatomiques qu'il va exposer et dont il a récemment complété l'étude par des coupes pratiquées sur des bulbes de singe. Un faisceau très-manifeste va du noyau de la troisième paire à celui de la sixième du côté opposé : ainsi s'explique la contraction simultanée du droit interne et du droit externe gauche, et inversement. Ce faisceau est double chez le singe, une de ses branches se jette dans le noyau du pathétique. Ce nerf tire donc partiellement son origine du noyau du moteur oculaire externe : rien d'étonnant dès lors qu'il innerve un muscle rotateur en dehors tel que le grand oblique. Celui-ci dans les mouvements d'inclinaison latérale de la tête agit simultanément avec le petit oblique du côté opposé, mais en sens inverse. Or le noyau du pathétique se confond avec la partie postérieure du noyau de la troisième paire, point de départ du moteur oculaire commun qui innerve le petit oblique, et le pathétique même se décussant dans la valvuve de Vieussens va rejoindre le grand oblique du côté opposé à celui où il semble naître. La simultanéité d'action des deux muscles obliques en question s'explique ainsi d'elle-même par la communauté d'origine de leurs nerfs.

— M. *Vidal.* Certaines affections viscérales s'accompagnent de douleurs le long de la colonne vertébrale; et ces douleurs ont un siége précis qui dépend de l'organe malade. Dans l'ulcère et le cancer de l'estomac, elles sont surtout ressenties au niveau de la sixième apophyse dorsale; au niveau de la quatrième, dans les affections hépatiques; enfin dans la pérityphlite, surtout si l'inflammation affecte le tissu cellulaire de la fosse iliaque plutôt que le péritoine, la douleur occupe les points d'émergence des deux premières paires lombaires gauches. M. Leven fait observer que dans les affections de l'estomac les douleurs doivent être distinguées selon qu'elles occupent le pneumogastrique ou le grand sympathique. Dans le premier cas, elles coïncident avec de la dyspnée, des étouffements, des palpitations; dans le second, elles sont plus profondes et s'accompagnent de troubles vaso-moteurs dans le bras gauche et la moitié correspondante du tronc. M. Laborbe proteste contre l'existence de prétendus centres dans la moelle au niveau des apophyses douloureuses, il ne combat d'ailleurs que l'interprétation donnée par certains cliniciens à des faits d'observation dont il ne conteste pas l'exactitude.

— M. *Laffont* a constaté avec M. Jolyet l'existence de filets dilatateurs dans le nerf maxillaire supérieur. L'augmentation de la température locale pouvant varier de 1 à 4 degrés, la rougeur intense des muqueuses buccale et nasale du côté en expérience, l'abaissement de la pression dans l'artère maxillaire interne du même côté, tous phénomènes consécutifs à une faible excitation du nerf maxillaire supérieur, démontrent l'existence de ces filets.

X. ARNOZAN.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 25 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

Corréspondance. — Élimination des alcaloïdes du sulfate de quinine : M. Byasson. — Vaccination et revaccination : M. Créquy. — Tannate de pelletiérine : M. Dujardin-Beaumetz.

La correspondance imprimée comprend : 1° trois numéros du *Mouvement médical;* 2° trois numéros de la *Tribune médicale;* 3° deux numéros du *Journal des connaissances médicales.*

— M. *Byasson* lit un mémoire sur l'élimination des alcaloïdes du sulfate de quinine.

— M. *Créquy* lit une note sur la vaccination et la revaccination. Après avoir rappelé que depuis Jenner les grands vaccinateurs ont émis l'opinion que le vaccin inoculé les quatrième, cinquième et sixième jours était plus puissant que celui des jours suivants, M. Créquy remarque que dans la pratique on n'en a pas moins continué à adopter le huitième jour. Les faits allégués reposent surtout sur la vaccination pratiquée chez les jeunes enfants, mais là le terrain est tellement favorable que le vaccin prend presque toujours; la seule différence est que les boutons sont de plus grandes dimensions et ont une plus belle apparence que lorsque la vaccine a été pratiquée du quatrième au septième jour. Or, sur 66 vaccinations au septième jour, c'est-à-dire qu'ayant vacciné un enfant le mardi, M. Créquy prenait le vaccin le lundi suivant, il obtint 45 succès, c'est-à-dire plus des deux tiers. Sur

---

faut signaler l'inconvénient des mauvaises méthodes dans le néologisme scientifique.

Le grec, depuis la renaissance des lettres, est comme une langue commune pour les savants des deux mondes, et c'est ce qui le fait d'ordinaire préférer, toutes les fois que la science a besoin de s'enrichir d'un terme nouveau. Mais cette préférence n'est légitime et utile que si le grec que nous employons en France à cet usage est bien réellement celui que l'on apprend et que l'on sait en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, celui que la Grèce n'a jamais oublié, qu'elle a continué d'écrire, même sous la domination musulmane, et qu'elle s'efforce aujourd'hui de parler comme on le parlait au temps de Ptolémée et de Galien. Or, une conséquence fâcheuse des barbarismes que nos caprices ont introduits dans le langage scientifique, c'est que les étrangers, c'est que les Grecs surtout n'y peuvent reconnaître la langue qu'ils apprennent dans les livres ou qu'ils pratiquent chaque jour.

Comment s'étonner, par exemple, si les Hellènes répugnent à nous emprunter de prétendus mots grecs fabriqués par nous contrairement aux lois de leur langue? La Grèce, qui nous en a fourni les éléments, se trouve ainsi, par un contraste bizarre, de tous les peuples modernes celui qui a le plus de peine à en profiter.

Dans les écoles grecques de l'Orient (et le nombre en augmente chaque jour), on est justement jaloux de suivre les progrès des sciences naturelles et des sciences mathématiques, et l'on ne peut les suivre qu'à l'aide de nos livres. Or, si dans ces livres un physicien rencontre des néologismes tels qu'*endosmose*, *exosmose* et *théodolite*, comment veut-on qu'il accepte de notre main des termes de si mauvais aloi? Force lui est d'y substituer des synonymes plus conformes par leur racine et par leur composition grammaticale au vrai génie de l'hellénisme. Ainsi *théodolite* est remplacé par τανυοσκόπειον, *endosmose* et *exosmose*, tantôt par un seul mot, διαπίδυσις, qui a presque pour lui l'autorité d'Aristote (1),

(1) *Sur la génération des animaux*, II, 6, § 19, et *Météorologiques*, I, 3, § 12,

143 revaccinations au huitième jour il obtint 73 succès, c'est-à-dire à peu près la moitié. Le vaccin jeune pris au septième jour est donc évidemment plus énergique que le vaccin pris au huitième jour, et à plus forte raison les jours suivants. « Du reste, ajoute M. Créquy, les vaccinations pratiquées sur des sujets vierges de vaccin donnent quelquefois aussi l'occasion de vérifier cette assertion. Ainsi, le lundi 4 juin 1879, je vaccine 5 enfants, en prenant du vaccin au huitième jour sur une belle enfant de six mois, je fais 6 piqûres sur chaque enfant, 2 ont six boutons, 2 autres n'en ont que cinq; enfin, sur le cinquième enfant, âgé de quatre mois, je n'obtiens aucun résultat. Je revaccinai le même enfant treize jours plus tard avec du vaccin du septième jour, et j'obtins trois boutons, deux à gauche et un à droite. Du reste plusieurs sujets chez lesquels le vaccin du huitième jour avait échoué obtenaient un résultat heureux avec du vaccin du septième jour. La conclusion pratique est qu'on devrait revacciner avant le huitième jour, le sixième ou le septième. »

Deux objections se présentent : la première est que le vaccin est moins abondant; la seconde, c'est que chaque fois il faut changer le jour de ses vaccinations; mais ces objections ne sont que spécieuses.

La revaccination, en temps d'épidémie, faite dans de bonnes conditions, est un préservatif presque absolu contre la variole : ainsi sur 600 revaccinations pratiquées par M. Créquy pendant l'épidémie de 1870-1871, pas un seul individu ne fut, à sa connaissance, atteint par la variole, tandis que sur les 700 ou 800 ouvriers de la Compagnie du gaz habitant le même quartier, qui se refusèrent à l'inoculation, une trentaine furent atteints et sept succombèrent. Les faits furent exactement les mêmes à la Compagnie du chemin de fer de l'Est.

M. Créquy appelle l'attention sur la préférence que l'on doit accorder à la lancette relativement à l'aiguille. Pour résoudre cette question, dit-il, je fis trois piqûres sur un bras avec la lancette et trois sur l'autre avec l'aiguille : j'obtins 144 boutons de vaccin avec la lancette, 111 avec l'aiguille ; les vaccinations sur de jeunes enfants me donnèrent des résultats analogues : sur 55 enfants, j'eus 153 boutons avec la lancette et 115 avec l'aiguille ; il est évident que la lancette coupant nettement les vaisseaux doit assurer l'inoculation d'une manière plus certaine que l'aiguille qui ne fait que les déplacer ou les déchirer : l'expérience confirmant la théorie, la préférence doit donc être accordée à la lancette, car elle est aussi moins douloureuse.

En terminant sa communication, M. Créquy rappelle que, malgré l'immense autorité de Trousseau, quelques médecins considèrent la varicelle comme une forme de la variole modifiée par la vaccine. Cette erreur n'a rien d'étonnant, puisqu'elle existe encore dans la deuxième édition du *Traité de pathologie* de Valleix. C'est là une erreur grave, qui, partagée par les parents, peut conduire à des conséquences désastreuses. Sans insister sur la nature de l'éruption, sur son siége, sur le jeune âge des sujets qui en sont atteints, il est une circonstance qui, à elle seule, suffirait à faire distinguer cette affection essentiellement bénigne du groupe des affections varioleuses. Quand, dans une famille, un enfant est atteint de varicelle, il est ordinaire de voir les autres enfants la contracter aussitôt, car, sauf la rougeole, il n'est aucune fièvre plus éminemment contagieuse : dans ce cas l'affection reste toujours bénigne chez tous les sujets contaminés et on ne la voit pas se propager chez les adultes habitant le même logis, qu'ils aient été vaccinés ou non.

Pour la varioloïde, ou la variole, les choses se passent autrement : à côté d'un sujet à peine marqué de quelques pustules, on verra un autre malade complétement défiguré par d'affreuses cicatrices, un autre même sera enlevé en l'espace de quelques jours par la variole hémorrhagique; du reste, la varicelle est si différente de la variole qu'on peut l'observer sur des sujets qui, peu de temps auparavant, ont été atteints de variole grave.

M. *Blondeau* ne pense pas qu'il y ait encore beaucoup de médecins qui admettent la corrélation des deux affections varicelle et variole : il s'étonne que M. Bouchut ait pu soutenir cette opinion. Il est certain que plus un bouton est jeune, plus la vaccine présente de chances de réussite. Il est regrettable que l'Académie emploie le vaccin du huitième jour; déjà Parizet préconisait l'emploi du vaccin du sixième jour et soutenait avec raison que celui du huitième jour était beaucoup moins actif. M. Blondeau ajoute qu'il ne se sert jamais de vaccin pris sur un enfant âgé de moins de trois mois.

M. *Bucquoy* regrette que le vaccin de l'Académie présente si peu de garanties. Il lui arrive plusieurs fois de voir des enfants vaccinés à l'Académie ne présenter aucune trace de vaccine : il y a dans ce service quelque cause d'imperfection. M. Bucquoy insiste sur ce fait à cause du danger qui en résulte : ainsi, des individus s'étant fait vacciner sans succès se croient par cela même à l'abri de tout danger. Parfois dans des familles on fait vacciner l'enfant, puis on ne se préoccupe plus du résultat : il a vu en 1870 un exemple de ce genre. Pendant l'épidémie, on fit revacciner tous les enfants autorisés par la famille à subir cette petite opération. Un élève qui ne s'était pas fait revacciner entra à l'infirmerie avec une variole dont il mourait quelques jours après; comme on lui reprochait de n'avoir pas fait comme ses camarades, il répondait avoir été vacciné ; or M. Bucquoy ne put constater aucune trace de la vaccination. Il y a donc lieu d'insister pour que les revaccinations soient sérieusement faites, et qu'on entoure le service de toutes les précautions désirables; c'est ce qui laisse à

---

tantôt par διέισδυσις et διέκδυσις, qui représentent le double phénomène d'une manière presque pittoresque (1). C'est encore ce qui arrive journellement pour les termes de notre système métrique : on ne se résigne pas en Grèce à dire ni à écrire κεντίμετρον ou μιλλίμετρον pour un *centimètre* et un *millimètre;* on dit τὸ ἑκατοστὸν et τὸ χιλιοστὸν τοῦ γαλλικοῦ μέτρου, c'est-à-dire « le centième ou le millième du mètre français », ce qui a l'avantage d'être plus correct et l'inconvénient d'être plus long, comme toute périphrase. Quand la commission constituée en 1790 pour créer un nouveau système de poids et de mesures, fondé sur les bases les plus scientifiques, fixa la nomenclature de ce système, elle entendait que son travail fît désormais loi pour tous les peuples, et le grec, étant à ses yeux la langue scientifique par excellence, lui parut naturellement désigné pour fournir les éléments de la nouvelle nomenclature. Mais, en faisant de ces éléments un si mauvais emploi (1), elle en rendit l'application incommode aux écoles de l'ancien et du nouveau monde, surtout aux écoles grecques de l'Orient, à l'égard desquelles cette altération de leur langue nationale est une sorte d'offense. Sans exagérer la gravité d'une telle offense, il est permis de la regretter, et tout en admettant, comme je l'ai fait plus haut, la prescription pour des erreurs consacrées par une habitude déjà presque séculaire, on peut recommander aux inventeurs de nouveaux termes scientifiques plus de respect pour les lois de l'étymologie.

où les verbes διαπιδύω, et διαπιδάω ont le sens de « pénétrer par des pores » (passages allégués par M. Strombos dans l'article du *Cosmos* que nous citons plus haut).

(1) Voy. les *Éléments de physique* publiés en grec (Athènes, 1871), par M. Damaskinos, p. 116-118.

(1) Voyez, dans mes *Notions élémentaires de grammaire comparée*, p. 177, plusieurs exemples à l'appui de cette critique générale, et comparez le mémoire de M. Tarnier intitulé : *De l'adoption universelle du système métrique*, Paris, 1867. Je suis revenu sur ce sujet dans une conférence faite en Sorbonne à propos de l'exposition grecque au Champ-de-Mars, conférence qui a été publiée dans le *Bulletin de l'Association scientifique* du 23 février 1879.

désirer dans le service de l'Académie, où on est si peu sûr du résultat.

M. *Blondeau* demande pourquoi l'Assistance publique n'a pas établi un service de vaccination. Il se souvient que dans le service de Trousseau on trouvait constamment du vaccin : les internes s'arrangeaient de façon à ce qu'il y ait toujours non-seulement des enfants vaccinifères, mais des tubes de vaccin à la disposition des services voisins.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond qu'à l'hôpital Saint-Antoine le service de vaccination de la crèche a été confié à M. Chambon (vaccin de génisse) et qu'on n'a qu'à se louer de la manière dont le service est fait; on peut ainsi fournir du vaccin non-seulement à tout l'hôpital, mais aux médecins étrangers qui en font la demande.

— M. *Limousin* lit, au nom de M. Berquien, un travail sur les suppositoires, et au nom de M. le docteur Louis Roy une note sur l'emploi du caoutchouc vulcanisé dans le traitement de la blépharite ciliaire.

— M. *Dujardin-Beaumetz* fait une communication sur le tannate de pelletiérine. Il présente, à l'appui de cette communication, des tænias qui ont été expulsés à l'hôpital Saint-Antoine. Voici la formule qu'il emploie avec succès, puisqu'il n'a pas encore échoué une seule fois. On administre 50 centigrammes de pelletiérine, en ayant soin que le malade soit à jeun depuis la veille au soir, puis on donne immédiatement après un verre d'eau sucrée. Une heure après on administre 30 grammes d'eau-de-vie allemande : le malade, quelques instants après, expulse son tænia. M. Dujardin-Beaumetz ajoute qu'il est nécessaire, pour pouvoir s'assurer si le tænia est entier, que le malade aille à la garde-robe sur un vase plein d'eau.

Dr Joseph MICHEL.

REVUE DES JOURNAUX

Phénomènes singuliers déterminés par certains métaux sur la peau œdématiée, par le docteur WOOD.

Le *British medical Journal* relate l'observation d'un malade paraplégique dont la peau noircissait au contact de l'argent. C'est en sondant ce malade que le docteur Wood remarqua que la partie de la peau de la cuisse touchée par une sonde d'argent devenait noire, comme si on l'avait frottée avec de la mine de plomb. Ce malade était atteint d'une tumeur cervicale qui avait amené, outre la paraplégie, une paralysie du rameau sympathique cervical gauche. Le contact de la sonde d'argent sur la peau des parties non paralysées n'amenait rien de semblable.

Instruit de ce fait, le docteur Ferrier constata que ce phénomène se reproduisait chez tous les malades dont la peau était œdématiée. Le paralytique de Wood présentait un œdème des parties paralysées. La peau des paralytiques qui n'ont pas d'œdème ne noircit pas au contact du métal.

Le docteur Ferrier remarque que plusieurs métaux jouissent de la même propriété. L'argent, l'or, le cuivre, le zinc, le magnésium, produisent le phénomène. On ne l'obtient pas avec le fer, l'étain. Ces métaux produisent simplement une raie rougeâtre, comme le ferait tout autre corps dur, tels que le bois et l'ivoire.

La première explication qui se présenta fut qu'il s'agissait d'un sulfure métallique produit au contact de la peau. Mais, outre que les réactifs chimiques n'ont pas démontré le sulfure, il est à remarquer que les sulfures de certains métaux qui donnent la tache noire, le magnésium par exemple, ne sont pas noirs eux-mêmes.

Ces taches noires s'enlèvent avec une éponge, un linge mouillé, et l'on peut constater que la tache noire n'est autre chose qu'un dépôt de poudre métallique. (*British medical Journal*, 8 mars 1879.)

— M. Gouguenheim, en donnant connaissance de ces observations, dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, a répété lui-même ces expériences chez des malades œdémateux. De notre côté, nous avons cherché en vain à obtenir les résultats annoncés chez trois malades atteints d'anasarque. L'un était atteint de cachexie saturnine, sans albuminurie. Les deux autres étaient infiltrés par suite de maladies du cœur. (Voy. *Société médicale des hôpitaux*, p. 430.)

B.

Des causes du premier mouvement respiratoire, par Franz von PREUSCHEN.—**Sur l'origine de l'aspiration de la cavité thoracique à la naissance,** par J. BERNSTEIN.

I. Les physiologistes, Béclard, Schwartz, Schultze, croyaient que le premier mouvement respiratoire était dû à la décharge d'acide carbonique du sang du nouveau-né après sa séparation du corps de la mère. Pflüger n'admet pas cette théorie et son opinion est aussi celle qui est défendue par Preuschen. Si, quand on ouvre le ventre d'une femelle pleine, on constate qu'après la compression de l'aorte le fœtus ouvre la bouche, on ne voit aucune trace de mouvement respiratoire du thorax. Si, au contraire, on incise les membranes, on constate des mouvements inspiratoires d'abord précipités, puis plus lents et réguliers. Si l'on n'ouvre pas les

C'est ce qui me justifiera, je crois, d'avoir attiré l'attention de la jeunesse, comme celle des savants, sur un sujet plus important en réalité qu'il ne le semble à première vue.

E. EGGER,
Membre de l'Institut, professeur d'éloquence grecque à la Faculté des lettres de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — La Faculté de médecine présente, pour la chaire de pathologie générale : en première ligne, M. Vergely; en seconde ligne, M. Lande.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — La chaire de pathologie externe prend le titre de *chaire de pathologie externe et de médecine opératoire*. — La chaire de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale prend le nom de *chaire d'hygiène et thérapeutique*. — Il est créé une chaire d'histoire naturelle.

ÉLÈVES SAGES-FEMMES DE LA MATERNITÉ. — La distribution des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité a eu lieu samedi 28 juin. M. Michel Möring, directeur de l'Assistance publique, présidait, assisté de M. Depaul, professeur à la Faculté de médecine; le corps professoral était présent. M. Möring a ouvert la séance par un discours, dans lequel il a apprécié les résultats obtenus à la fin de l'année scolaire et donné des conseils aux élèves qui quittent l'Ecole cette année. Après lui, M. le docteur Tarnier, chirurgien-accoucheur, professeur en chef, a rendu compte des opérations du jury d'examen dans un discours dans lequel il s'est attaché à tracer les devoirs professionnels des nouvelles sages-femmes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Le 3 novembre 1879 s'ouvriront six concours pour des places de chef de clinique : 1 de clinique médicale, 1 de clinique chirurgicale, 1 de clinique obstétricale, 1 de clinique ophthalmologique, 1 de clinique des maladies vénériennes et cutanées, 1 de clinique des maladies mentales. La durée des fonctions est limitée à deux ans; le traitement est de 1000 francs.

membranes, le fœtus meurt sans avoir fait de mouvements respiratoires.

Pflüger en conclut que le véritable excitant est l'air atmosphérique; Preuschen pense que le premier mouvement respiratoire est dû à l'excitation de la peau par le froid. Pour preuve, si l'on fait aux membranes une petite boutonnière, dans laquelle on engage le museau seul, il n'y a pas de respiration. Si l'incision est large, la respiration se fait ample et facile. Si l'air était le véritable excitant, la respiration ne se ferait plus après la section des nerfs vagues; or, Preuschen est parvenu à couper les nerfs vagues sur des fœtus, et la respiration, quoique un peu plus courte, ne s'en est pas moins faite.

II. On sait que chez le vivant, et même après la mort, le poumon est maintenu dans un état de tension par le vide thoracique. Le rôle de l'aspiration thoracique est très-important au point de vue de la respiration et de l'hématose. Avant la naissance, cette aspiration n'existe pas; comment se produit-elle au moment des premières respirations? L'auteur opère sur des enfants mort-nés; il pousse plusieurs fois de l'air dans les poumons et constate que la pression négative existe après cette opération. C'est donc la pénétration de l'air qui établit le mécanisme, lequel devient ensuite une des conditions des mouvements du poumon. Cette première pénétration de l'air détermine un déplacement du sang du thorax, qui pourrait être la cause du vide pleural. En même temps, elle produit un agrandissement de la poitrine, qui devient définitif. Bernstein montre qu'avant la naissance les côtes sont dans une position très-inclinée, plus qu'elles ne le seront aussitôt après. Dès les premiers mouvements respiratoires, elles sont soulevées de telle façon que l'expiration ne les ramène jamais à leur position primitive. C'est là la condition principale de la production du vide pleural. (*Zeitsch. für Geburts und Gynäk.*, Band I, Heft 2; *Archiv für gesammte Physiologie*, t. XVII, p. 617.)

Un nouvel alcaloïde, la Gléditschine,
par M. B.-F. Lautenbach.

L'étude des alcaloïdes est la partie la plus originale et la plus importante de la thérapeutique de notre époque; aussi, chaque fois qu'un de ces corps est étudié et donne lieu à des recherches, croyons-nous de notre devoir d'en informer les lecteurs de la *Gazette;* tel est le cas de la *Gléditschine*, nouvel alcaloïde extrait des fruits du *Févier* (*Gleditschia triacantha*), étudié par Lautenbach. Nous allons indiquer les principaux faits contenus dans ce premier mémoire. Cet arbre est originaire de la Caroline et de la Virginie, mais il a été importé en Europe où on le voit surtout dans les parcs des environs de Genève.

Les extraits aqueux, alcoolique et éthéré du fruit mûr et de la graine de Févier n'ont aucun effet toxique sur les grenouilles ou sur les crapauds. Par contre, l'extrait alcoolique de la graine non mûre et des portions du fruit qui entourent cette graine paraît doué de propriétés très-énergiques. Au bout de cinq à vingt minutes les grenouilles tombent dans une prostration profonde; les mouvements réflexes, alors même que les nerfs moteurs sont encore excitables, sont totalement abolis. L'abolition des mouvements réflexes n'est pas due à une action sur les nerfs sensitifs, puisqu'elle se produit encore quand tous les vaisseaux du membre sont liés. Le cœur bat encore pendant plusieurs heures. Si la dose n'a pas été trop forte, l'animal est guéri au bout de vingt-quatre heures.

L'auteur a extrait des fruits un alcaloïde cristallin, la *Gléditschine*, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool; le sulfate de cet alcaloïde est soluble dans l'eau. L'action de ces deux corps est identique à celle de l'extrait.

Il existe donc un alcaloïde, la *Gléditschine*, qui forme des sels avec les acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique, acétique, tannique. Tous ces sels cristallisent dans le système rhombique. Ajoutée au sang des mammifères, la *Gléditschine* fait disparaître les globules, qui toutefois réapparaissent plus tard. Chez les grenouilles empoisonnées par cette substance, le cœur continue à battre longtemps après que tous les autres signes de la vie ont disparu. Les nerfs vagues conservent leur action sur cet organe. Par ordre de succession le premier phénomène observé est un état analogue au sommeil. Puis survient l'abolition rapide de l'activité réflexe et l'arrêt de la respiration. L'irritabilité galvanique des nerfs est considérablement diminuée. L'auteur ne donne dans son travail que ces premiers résultats, mais il les complétera bientôt dans un travail plus détaillé. (*Philadelphia medical Times*, 23 novembre 1878.)

Des applications du microphone aux recherches cliniques, par MM. les docteurs P. Spillmann et P. Dumont.

Les appareils microphoniques, dont les deux auteurs se sont servis dans leurs recherches, peuvent se diviser en deux catégories : Les premiers sont caractérisés par l'interruption complète et la fermeture successive du circuit, sous l'influence du mouvement qu'il s'agit d'étudier quand il aura été transformé en son par le téléphone. Ces premiers appareils ne révèlent pas les bruits, ils transforment simplement les mouvements en sons téléphoniques. Avec eux on peut percevoir, par exemple, les battements du pouls, les susurrus d'un anévrysme, etc., et ne pas apprécier des bruits anormaux intenses, facilement appréciables à l'oreille.

Dans ceux de la seconde catégorie, le circuit est continuellement fermé, mais la résistance est en un point modifiée par un contact plus ou moins prononcé de deux morceaux d'une substance imparfaitement conductrice, influencés par les vibrations d'un corps sonore placé dans le voisinage de ce point. Ces derniers instruments permettent de percevoir les sons transmis à des distances considérables, mais non pas de discerner nettement ni même d'amplifier facilement les moindres bruits si précieux à recueillir au point de vue clinique. (*Archives générales de médecine*, mai 1879, p. 513).

BIBLIOGRAPHIE

Éléments de physique appliquée à la médecine et à la physiologie — Optique; par A. Moitessier, professeur de physique à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-18 cartonné, de la *Bibliothèque diamant.* — Paris, 1879, G. Masson; 7 fr. 50.

M. Moitessier, professeur de physique à la Faculté de médecine de Montpellier, vient de faire paraître un ouvrage faisant partie d'une série de traités spéciaux qu'il se propose de publier sur les diverses branches de la physique considérée spécialement dans ses applications à la médecine et à la physiologie : l'optique est le sujet de cet ouvrage et l'on ne peut que souhaiter que les autres parties viennent promptement compléter une collection qui est appelée à rendre de réels services, si nous en jugeons au moins par le livre que nous avons entre les mains.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'utilité réelle, absolue que les médecins peuvent retirer de la connaissance des sciences physico-chimiques que l'on reléguait, il n'y a pas longtemps, et non sans quelque dédain, dans les sciences *accessoires*. En ce qui concerne la physique, en particulier, nous croyons ne pas nous tromper en avançant que depuis

quinze ans il y a eu une augmentation appréciable du nombre des étudiants qui assistent aux cours. Non-seulement les étudiants paraissent comprendre mieux qu'autrefois l'importance de cette science (et sans aucun doute ils s'y attacheront plus encore, lorsque la nouvelle distribution des examens probatoires permettra d'exiger des connaissances plus sérieuses qu'on ne peut le faire dans le troisième examen de doctorat tel qu'il est actuellement placé), mais encore, il n'est pas rare de voir parmi les auditeurs des docteurs qui comprennent la nécessité de ces études qu'ils ont souvent négligées et dont ils rencontrent de fréquentes applications. Nous croyons donc que tout ouvrage de physique qui sera spécialement fait en vue des applications biologiques par un homme ayant une réelle expérience du professorat, et M. Moitessier est dans ce cas, sera appelé à rendre de véritables services.

Il serait oiseux de prétendre analyser ce livre comme s'il s'agissait d'un ouvrage original: avons-nous besoin de dire qu'il renferme toutes les notions classiques sur la propagation de la lumière, la réflexion, la réfraction; qu'il contient la théorie des miroirs, celle des lentilles et celle des instruments d'optique; que la dispersion y est traitée avec tous les développements qui se rattachent maintenant à l'étude du spectre solaire complet, en y comprenant les parties invisibles infrarouge et ultra-violette? il est clair que ces chapitres ne peuvent manquer. Nous dirons cependant, en insistant quelque peu, que l'auteur n'a pas négligé de donner quelques notions sommaires sur des phénomènes qui appartiennent à ce que l'on est convenu d'appeler l'*optique physique*, les interférences, la polarisation. Il n'est pas admissible, en effet, qu'un médecin, qui peut être appelé à reconnaître l'existence du sucre à l'aide du saccharimètre, ne puisse arriver à se rendre compte du fonctionnement de l'appareil qu'il emploie.

Par contre, nous devons signaler, en insistant quelque peu, les parties spéciales qui trouvent leur application directe dans la physiologie et dans la médecine, par exemple la question des *couleurs* et de leur mélange, qui est bien indiquée et dans laquelle on trouve réunis des renseignements que les étudiants n'iraient pas chercher, en général, dans les ouvrages où ils se trouvent, dans l'*Optique physiologique* d'Helmholtz, par exemple. L'étude de la vision n'occupe pas moins de 50 pages et, bien que les indications physiques et physiologiques qui s'y trouvent soient résumées, elles sont parfaitement suffisantes pour donner une idée exacte de cette fonction. Dans les instruments d'optique nous citerons: un bon chapitre sur le microscope, qui suffira presque toujours sans que cependant il puisse remplacer les ouvrages spéciaux; l'ophthalmoscope, pour lequel, et non sans grande raison, l'auteur a donné la théorie sans entrer dans la description peu importante des nombreux modèles qui ont été proposés; le laryngoscope, etc.

Sans vouloir entrer, par contre, dans une critique trop minutieuse, nous devons dire que sur quelques points l'auteur aurait pu, à notre avis du moins, présenter les questions d'une manière plus satisfaisante. Dans l'étude des lentilles, par exemple, on étudie d'abord le cas d'une épaisseur infiniment petite pour passer ensuite au cas où cette épaisseur ne peut être négligée: l'inverse nous semblerait plus rationnel puisque, en somme, le premier cas peut se déduire du second par simplification et non le second du premier. Il nous eût semblé plus naturel également de placer la réfraction à travers une seule surface réfringente avant les lentilles et non au milieu du chapitre qui se rapporte à ces instruments. De même nous pensons qu'il y a intérêt à parler du microscope solaire, qui donne une image réelle, avant la loupe et le microscope qui donnent seulement des images virtuelles, et non entre les deux. Peut-être aussi les télescopes auraient-ils pu être signalés sommairement avec autant de raison que la lunette astronomique.

Ces objections, on le voit, n'ont qu'une minime importance; mais nous regrettons plus vivement que la question de l'*astigmatisme* ne soit indiquée que très-sommairement. Cette amétropie est fréquente et bien souvent on la méconnaît: il y aurait donc eu un vif intérêt à insister sur ce point, d'autant qu'il comporte un développement qui appartient réellement à la physique par l'étude de la forme d'un faisceau réfracté par une surface qui n'est pas de révolution.

En somme, malgré ces remarques critiques et quelques autres que l'on pourrait faire, l'ouvrage de M. Moitessier est certainement appelé à rendre des services: il est conçu dans un bon esprit et l'on doit souhaiter que les traités qui doivent le compléter ne tardent pas à paraître. Nous avons à peine besoin d'ajouter que le livre est édité avec un soin spécial: le format est commode, l'impression très-nette et les caractères très-lisibles; enfin des figures nombreuses, très-claires pour les dessins schématiques, donnent une idée exacte des instruments qu'elles représentent: nous ne doutons donc pas que ce traité ne soit appelé à un vrai succès.

Index bibliographique.

ÉTUDE STATISTIQUE ET CLINIQUE DU SERVICE HYDROTHÉRAPIQUE DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX, PRÉCÉDÉE DE RECHERCHES NOUVELLES SUR L'ACTION DE LA CHALEUR ET DU FROID SUR L'ORGANISME, par M. le docteur E. DELMAS SAINT-HILAIRE. In-8 de 250 pages, avec 115 figures et tracés sphygmographiques intercalés dans le texte. — Paris, 1879. O. Doin.

Dans la première partie, nous signalerons les conclusions qui ont rapport au traitement des maladies aiguës par l'eau froide: 1° Comme il importe de ne pas employer de température trop basse, pour éviter les congestions viscérales, il n'est pas permis d'espérer un abaissement appréciable de la température des corps pendant la durée même du bain. 2° Pour arriver à ce résultat désiré, il faut suppléer à la réaction que donnent d'ordinaire les mouvements volontaires par des frictions énergiques qui appellent à la peau la plus grande quantité de sang possible, lequel venant à s'y refroidir amène consécutivement en se refroidissant l'abaissement de la température. 3° En commençant par une application un peu chaude qu'on abaisse peu à peu, on arrive aux mêmes résultats. 4° En employant les températures moyennement froides, le reflux du sang vers le centre est moins violent, et par conséquent le but plus vite atteint. 5° Dans le collapsus qui constitue la seule exception à cette règle, il importe d'employer de l'eau plus froide, ou mieux encore d'avoir recours à des frictions froides énergiques, mais très-courtes. La statistique balnéaire de l'hôpital Saint-André comprend 2287 cas; il est aisé de comprendre qu'on y trouvera des renseignements pour tous les cas qu'on voudra étudier.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE. — CONGRÈS ANNUEL DE CORK: PROGRAMME SCIENTIFIQUE. EXCURSIONS.

Nos lecteurs sont déjà informés que le grand meeting annuel de l'Association médicale anglaise aura lieu cette année à Cork. Ce congrès est le quarante-septième depuis la fondation de l'Association, qui date de 1831 et qui compte aujourd'hui plus de sept mille membres appartenant tous à la profession médicale du Royaume-Uni.

Ce n'est pas la première fois que l'Association médicale britannique se réunit en Irlande; mais nous avons lieu de croire que le meeting se présentera cette année dans des conditions particulièrement favorables. L'importance des sujets scientifiques qui figurent sur le programme, l'autorité des savants qui doivent les discuter sont autant de considérations qui attireront un grand nombre de médecins à Cork; si l'on ajoute que l'Irlande offre aux touristes un vaste et remarquable champ d'explorations, et que des excursions très-intéressantes ont été organisées par le comité, on comprendra facilement que nos voisins d'outre-mer attachent à ce congrès une importance considérable.

Quoique les meetings de l'Association britannique n'affichent

aucune prétention internationale, un grand nombre de médecins étrangers s'y rendent chaque année, et il n'est pas besoin de dire qu'ils y reçoivent l'accueil le plus courtois et le plus hospitalier. Nous avons assisté nous-même à tous les congrès de la Société depuis 1873, et nos lecteurs ont pu juger, d'après les comptes rendus détaillés que nous avons donnés dans la *Gazette*, de l'importance scientifique et sociale de ces imposantes réunions. Nous donnons, du reste, pour ceux de nos confrères qui désireraient y assister, le programme du meeting de 1879.

Le congrès s'ouvrira à Cork le mardi 5 août et se continuera jusqu'au samedi 9. Le président élu est le docteur Denis O'Connor, professeur de clinique médicale à l'Université de Cork. Après le discours inaugural du président, qui occupera la première séance, le congrès s'occupera des travaux purement scientifiques. A cet effet, le comité a réparti les sections de la façon suivante :

A. Médecine. — *Président*, le docteur Andrew Clark; *vice-présidents*, les docteurs James Little et William Townsend; *secrétaires*, les docteurs Duffey et Spedding.

B. Chirurgie. — *Président*, le professeur W. Tanner; *vice-présidents*, les docteurs W. Mac Cormac et Cooper Forster; *secrétaires*, les docteurs Curtis et Hobart.

C. Obstétrique et gynécologie. — *Président*, docteur George Kidd; *vice-présidents*, J. Cummins et Alfred Wiltshire; *secrétaires*, J. Kinkead et Faucourt Barnes.

D. Hygiène et médecine publique. — *Président*, docteur W. Grimshaw; *vice-présidents*, H. Littlejone et Meymott Tidy; *secrétaires*, J. Notter et James Martin.

E. Psychologie. — *Président*, docteur J. Eames; *vice-présidents*, Henry Rayner et Herbet Major; *secrétaires*, Oscar Wood et Ringrose Atkins.

F. Physiologie. — *Président*, docteur Henry Power; *vice-présidents*, John Charles et J. Harvey; *secrétaires*, W. Cranstoun Charles et W. Allchin.

Des sous-sections d'ophthalmologie et d'otologie ont été rattachées à la section de chirurgie et seront présidées par MM. Jonathan Hutchinson et James Patterson. Une sous-section de dermatologie et syphiliographie, rattachée à la médecine, sera présidée par M. Mac Call Anderson.

Ceux de nos confrères qui désirent faire des communications au congrès doivent prévenir les secrétaires des sections et adresser le titre de leurs mémoires au bureau de l'Association (161, Strand, Londres). La lecture des communications ne doit pas excéder vingt minutes.

Après avoir fait connaître la partie purement scientifique du meeting, il nous faut dire quelque chose des fêtes et des excursions qui sont en voie d'organisation et qui dépasseront en splendeur tout ce qui avait été fait dans les congrès précédents. Tous les touristes connaissent les célèbres lacs de Killarney, la fameuse vallée de Blackwater et les remarquables sites montagneux du nord de l'Irlande. Un train spécial prendra les membres de l'Association à Cork, le samedi 9 août, et les conduira à Killarney où un *steamboat* sera mis à leur disposition pour explorer les lacs dont les beautés rivalisent avec celles des lacs de l'Italie et de la Suisse. D'autres excursions ont été organisées pour visiter le nord de l'Irlande et les sites pittoresques du comté de Londonderry. Pour les voyageurs familiers avec la mer, des voyages nautiques ont été préparés à l'effet de visiter Queenstown, Dublin et les autres villes remarquables de la côte irlandaise.

Terminons en indiquant les nombreux moyens de transport dont disposent les voyageurs qui désirent se rendre au congrès. On peut aller à Cork par Londres, Milford et Waterford (quatre ou cinq heures de mer) en trente heures. Par Dublin et Holyhead, le voyage est un peu plus long. Enfin, on peut choisir la voie maritime et passer par Bristol, mais pour se rendre de cette dernière ville à Cork il faut une traversée de vingt heures.

Nous espérons que cette courte notice sur le congrès britannique décidera quelques-uns de nos confrères à entreprendre un voyage qui peut être exécuté en une dizaine de jours et qui promet d'être aussi agréable qu'instructif.

A. L.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Hayem vient, par arrêté ministériel, d'être nommé professeur de thérapeutique.

Agrégation. — Par arrêté ministériel, le nombre des places d'agrégé mises au concours par l'arrêté du 14 juin est porté de 35 à 38, savoir :

Paris : pathologie interne et médecine légale, 4; pathologie externe, 3; accouchements, 1; anatomie et physiologie, 1; chimie et toxicologie, 1.

Bordeaux : pathologie interne et médecine légale, 2; pathologie externe, 1; accouchements, 1; anatomie et physiologie, 1; pharmacie, 1.

Lille : accouchements, 1; histoire naturelle, 1.

Lyon : pathologie interne et médecine légale, 3; pathologie externe, 2; accouchements, 1; anatomie et physiologie, 1; histoire naturelle, 1; physique, 1; pharmacie, 1.

Montpellier : pathologie interne et médecine légale, 4; pathologie externe, 1; accouchements, 1; physique, 1.

Nancy : pathologie externe, 1; histoire naturelle, 1; chimie et toxicologie, 1.

Total : pathologie interne et médecine légale, 13; pathologie externe, 8; accouchements, 5; anatomie et physiologie, 3; histoire naturelle, 3; physique, 2; chimie et toxicologie, 2; pharmacie, 2.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 19 au 26 juin 1879, on a constaté 925 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 14. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 3. Variole, 10. — Croup, 12. — Angine couenneuse, 20. — Bronchite, 51. — Pneumonie, 51. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 18. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 4. — Erysipèle, 5. — Autres affections aiguës, 211. — Affections chroniques, 423 (dont 160 dues à la phthisie pulmonaire.) — Affections chirurgicales, 35. — Causes accidentelles, 34.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Le M' Boundou du Gabon. Étude de physiologie expérimentale, par le docteur L. Testut. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 2 fr.

Du traitement des fièvres intermittentes telluriques par la quinoïdine, par le docteur Ed. Burdel (de Vierzon). In-8. Paris, G. Masson. 1 fr.

Etude sur la pleurésie qui survient dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, par le docteur La Saigne. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

Contribution à l'étude des myomes utérins et de leur traitement par les injections d'ergotine dans le tissu de l'utérus, par le docteur Gérard. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

De la rétroversion utérine pendant la grossesse, par le docteur Ducor. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 5 fr. 50

De la rétention incomplète d'urine au point de vue anatomique et clinique dans les cas de lésions prostatiques et de rétrécissement de l'urèthre, par le docteur A. Jean. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Des opérations préliminaires en général, par le docteur Kirmisson. In-8. Paris, V. A Delahaye et Cie. 5 fr. 50

Traité de la paralysie générale des aliénés, par le docteur Aug. Voisin. 1 vol. gr. in-8 de XVI-640 pages, avec 15 planches dessinées d'après nature, lithographiées et coloriées. Paris, J.-B. Baillière et fils. 20 fr.

Leçons sur la syphilis faites à l'hôpital de Loureine, par M. V. Cornil. In-8 de XII-482 pages, avec 9 planches lithographiées et figures intercalées dans le texte. Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils. 10 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris, 10 juillet 1879

La séance de mardi, à l'Académie de médecine, a été en partie consacrée à la discussion du rapport de M. Lagneau relatif à la statistique des décès dans la ville de Paris. La discussion sera terminée dans la prochaine séance; nous reviendrons alors en peu de mots sur cette question, dont nous avons déjà, du reste, entretenu nos lecteurs.

HISTOIRE ET CRITIQUE

DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES. — DÉVIATION CONJUGUÉE DES YEUX ET ROTATION DE LA TÊTE A LA SUITE DE LÉSIONS DES CENTRES NERVEUX ENCÉPHALIQUES.

(Deuxième article.)

Comment se fait-il, disions-nous il y a huit jours, que les exceptions aux lois formulées par Prevost soient si nombreuses? Est-il admissible que dans cinquante-huit faits cet observateur honnête et sagace ait trouvé la confirmation de ses propositions, tandis que maintenant on rencontre journellement des exceptions qui réduisent ses conclusions au rôle d'hypothèses souvent infirmées? Peut-être, et nous tenons à le dire de suite, peut-on trouver l'explication de cette anomalie dans ce fait, constant dans les sciences d'observation, qu'il suffit que l'attention soit appelée sur un phénomène réputé rare, pour qu'on s'apercoive aussitôt que non-seulement il est fréquent, mais encore qu'il présente bien des manières d'être suivant les conditions dans lesquelles il se produit, et lorsque le problème se complique de données nouvelles. Le premier observateur a vu le cas le plus commun; il en a rendu compte. Aussitôt chacun de vérifier et de faire connaître non pas les faits confirmatifs qui sont devenus en quelque sorte classiques, mais les exceptions qui frappent davantage et réclament une attention plus soutenue, de l'observateur d'abord, puis de ceux qui le lisent.

Nous nous trouvons donc en présence d'observations contradictoires, et qui cependant, par cela même qu'elles ont été recueillies au lit du malade, doivent pouvoir s'expliquer par des recherches ultérieures et concorder entre elles, qu'en un mot nous n'avons pas le droit de négliger. C'est à ce but qu'ont travaillé les auteurs qui ont suivi Prevost; ce but l'ont-ils atteint?

La déviation conjuguée des yeux est un symptôme commun dans l'attaque apoplectique, peut-être plus fréquent qu'on ne le pense ou, mieux, qu'on ne l'écrit. Comme plusieurs autres phénomènes, elle peut être essentiellement transitoire, et échapper ainsi dans beaucoup de cas. De plus, nous ne craignons pas de nous répéter, il n'est malheureusement pas d'usage de publier les cas qui rentrent complètement dans la règle. Si nous faisons l'application de cette manière de voir aux symptômes qui nous occupent, nous constaterons que, pendant les premières années qui ont suivi la publication de la thèse de M. Prevost, les faits confirmatifs ont abondé, les exceptions étant fort rares. Mais bientôt, et surtout depuis 1875, on a cessé de s'occuper des cas réguliers et les exceptions seules, qui peu à peu s'étaient groupées, ont préoccupé les auteurs.

Déjà pendant cette même période, une très-remarquable observation de M. le docteur Féréol (*Société médicale des hôpitaux*, séances des 28 mars et 24 octobre 1873) était venue rappeler un intéressant mémoire de M. Foville fils (*Société médicale de Paris*, 1858) et apporter un nouvel élément au problème en faisant entrer en jeu le noyau d'origine des nerfs.

On voit combien la question se complique, et, pour éviter des redites, nous séparerons les différents points.

La déviation conjuguée des yeux à la suite des lésions encéphaliques peut, nous l'avons déjà dit dans notre précédent article, se montrer dans deux circonstances: 1° à la suite de lésions des hémisphères cérébraux; 2° quand le mésocéphale est le siége des altérations. Or le problème n'est pas le même dans les deux circonstances, et de plus le symptôme lui-même ne se comporte pas de la même manière.

Quand la déviation conjuguée des yeux survient à la suite de lésions des hémisphères cérébraux, le malade est tourné du côté de sa lésion, dit Prevost; à cela Landouzy et Grasset répondent que cette règle subit de nombreuses exceptions et que ces dernières peuvent s'expliquer par un élément nouveau dont Prevost n'a pas assez tenu compte, la *manière d'être de la lésion*. Quand la déviation conjuguée est produite par un trouble du mésocéphale, elle peut présenter des variétés produites par son siége et son mode de production d'abord, puis par les modifications ultérieures du tissu nerveux; telles sont les questions à l'ordre du jour et dans le détail desquelles nous prions les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* de bien vouloir nous suivre.

Les hémisphères cérébraux sont essentiellement constitués par des éléments nerveux de deux espèces: 1° des cellules nerveuses groupées suivant des lois constantes et formant, tant à la surface que dans la profondeur, des départements dont chacun (c'est au moins ce qui semblerait résulter des recherches expérimentales et cliniques d'Hitzig, de Ferrier, de MM. Carville et Duret, de M. Charcot et de ses élèves) préside à une fonction ou à un ensemble de fonctions; 2° des tubes nerveux dont le rôle se borne à mettre en rapport les différents groupes de cellules entre eux, d'une part, puis avec les organes périphériques, par l'intermédiaire de la moelle épinière et des nerfs. De ce simple aperçu anatomique résulte immédiatement cette conclusion, que toute lésion des hémi-

sphères cérébraux doit nécessairement produire soit la suppression, soit l'exagération des fonctions d'un ou plusieurs groupes de cellules, suivant qu'il y a destruction ou excitation des éléments nerveux. C'est dans cette donnée générale qu'il faudrait, d'après MM. Landouzy et Grasset, chercher l'explication des différentes manières d'être de la déviation conjuguée des yeux ; suivant qu'il y aura excitation ou paralysie, nous aurons la confirmation de la loi de Prevost ou sa négation.

M. Landouzy, le premier, a émis cette hypothèse dans les termes suivants : « La rotation des yeux qui se fera du côté des membres paralysés pourra prendre une valeur diagnostique aussi grande que celle attachée par MM. Vulpian et Prevost à la déviation regardant la lésion ; dans ce cas particulier ce symptôme indiquera non-seulement une lésion corticale de l'hémisphère opposé, mais encore une lésion d'ordre paralytique, une lésion ayant abouti à la suppression du centre rotateur. » Ainsi, pour M. Landouzy, la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête se feront dans un sens différent, pour une lésion occupant le même siége, intéressant les mêmes éléments anatomiques dans les mêmes régions et dans la même étendue, suivant la manière dont ces éléments anatomiques auront été impressionnés. Si les éléments anatomiques ont été détruits, s'il y a paralysie, la rotation de la tête se fera « du côté des membres paralysés, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion », c'est-à-dire contrairement à la loi de Prevost. Si, au contraire, les éléments sont le siége d'une suractivité, s'il y a excitation, « la tête et les yeux se tournent du côté opposé aux membres convulsés, le malade regarde sa lésion », la loi de Prevost devient ici l'expression de la vérité.

A première vue, cette interprétation est séduisante. M. Landouzy, pour ce qui est de la nature intime du phénomène, admet l'opinion de MM. Prevost et Vulpian ; pour lui comme pour ces auteurs la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux ne sont autre chose que le premier temps du mouvement de rotation qu'on observe quand on pratique une lésion expérimentale sur un animal (il est bien entendu que pour le moment il ne s'agit que des lésions des hémisphères cérébraux). Or dans ces conditions le mouvement de manége se fait vers la lésion ou, mieux, vers le centre rotateur duquel ce mouvement part. Que se passe-t-il alors suivant M. Landouzy ? S'il y a paralysie, le centre rotateur, le groupe d'éléments nerveux qui préside à la rotation, a perdu ses fonctions, et le groupe cellulaire symétrique dans l'autre hémisphère, ne se trouvant plus équilibré, provoque un mouvement de rotation ; ce mouvement, étant commandé par l'hémisphère sain, doit se faire vers cet hémisphère et par conséquent la rotation de la tête, qui en est la manifestation perceptible chez l'homme, se fait dans le même sens vers les membres paralysés. Tel est le résumé de la théorie de M. Landouzy : ajoutons qu'en observateur prudent, qui sait combien l'explication théorique la plus probable peut se trouver en désaccord avec les faits, M. Landouzy fait des réserves formelles pour les faits contradictoires qui pourraient être observés.

Nous aurons bientôt à revenir sur l'excitation du centre rotateur et sur la part qui peut être faite à cette excitation ; nous croyons que M. Landouzy lui donne une trop grande importance ; mais, avant d'entrer dans cette discussion, il importe de voir quelle est l'opinion de M. Grasset.

Quatre cas observés par lui fournissent à M. Grasset l'occasion des recherches qu'il a entreprises ; or, déjà dans ses observations personnelles il avait remarqué une divergence avec les faits relatés par M. Landouzy. De ces observations, deux sont celles de sujets qui présentèrent après l'attaque apoplectique des convulsions unilatérales, preuve évidente d'excitation, d'après la manière de voir de M. Landouzy ; dans le premier cas les convulsions avaient lieu à gauche, et cependant la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête avaient lieu vers la gauche ; de plus, quand les convulsions eurent cessé, la rotation de la tête et la déviation des yeux se firent vers la droite. Dans le cas d'un enfant atteint de convulsions unilatérales, la déviation se fit également vers les membres convulsés. Dans une troisième observation où il y avait paralysie, la déviation se fit vers l'hémisphère atteint. La quatrième observation de M. Grasset ne peut pas entrer en ligne de compte, car il y avait une lésion bilatérale.

M. Grasset admet, comme M. Landouzy, que la manière d'être de la lésion doit expliquer les différents cas, et que la rotation se fera vers la lésion ou en sens inverse, suivant qu'il y aura excitation ou paralysie. Ainsi il prend le même point de départ que M. Landouzy, mais il n'arrive pas aux mêmes conclusions : « Nous avons examiné de près, dit-il, les observations rapportées par M. Landouzy lui-même à l'appui de son opinion, et nous avons constaté que, pour l'immense majorité, elles disaient précisément le contraire de ce qu'il leur faisait dire et qu'elles étaient confirmatives de nos propositions et non des siennes. »

Il ne suffisait pas à M. Grasset d'affirmer une opinion basée sur quatre observations, dont une même est obscure, pour renverser ou au moins battre sérieusement en brèche une théorie appuyée sur des faits nombreux dans le mémoire de Landouzy : il l'a compris. Dès lors, réunissant dans un tableau les observations de son contradicteur et un grand nombre d'autres, il cherche à confirmer sa manière de voir qu'il formule ainsi :

« Dans une lésion d'un hémisphère cérébral, quand il y a déviation conjuguée des yeux et rotation de la tête, le malade regarde ses membres convulsés s'il y a excitation, et regarde sa lésion s'il y a paralysie. »

Sur les 117 cas dont M. Grasset donne le résumé, 13 ne peuvent être retenus, pour une cause ou pour une autre, étrangère au symptôme *déviation conjuguée des yeux*, il en reste donc 104 et, sur ces 104 cas, 99, dit-il, sont confirmatifs de sa théorie et 5 seulement s'accordent avec les opinions de M. Landouzy. Du reste, il ne nous est plus permis de dire les opinions de M. Landouzy, car cet auteur, dans une note qu'il a communiquée à M. Grasset, avoue lui-même que l'opinion qu'il a défendue dans sa thèse est erronée ; nous reviendrons tout à l'heure sur cette note, mais, avant tout, qu'il nous soit permis de dire deux mots des courts résumés que donne M. Grasset. Que dit-il ? Que dans les cas où il y a paralysie le malade regarde sa lésion ; or, prenons quelques-uns de ses cas, et plus spécialement ceux tirés de la thèse de M. Landouzy, et nous verrons qu'effectivement les premières conclusions de cet auteur paraissent être en contradiction avec les symptômes observés.

D'après M. Landouzy, quand il y a excitation du centre rotateur, la rotation de la tête se fait alors vers l'hémisphère lésé ; par conséquent la tête est tournée du côté opposé aux membres convulsés. A l'appui de cette manière de voir qui est celle qu'il défend dans sa thèse, il cite son observation LXI (thèse inaugurale, 1876, p. 179, et in *Med. Times*, 1875, p. 660, Jackson), dans laquelle le malade, pendant la convulsion, tournait la tête à gauche, côté de la lésion, et, dans l'intervalle des crises, regardait les membres paralysés ; puis l'observation LXIII (*Ibid.*, p. 135, et Villard, *Soc. anat.*,

1870, p. 177), dans laquelle il y avait déviation à gauche, avec des convulsions à droite et une paralysie droite dans l'intervalle des crises convulsives; mais ici il n'est pas dit qu'il y ait changement du sens de rotation pendant les attaques. Nous ne multiplierons pas les exemples, car on voit déjà que M. Landouzy avait peut-être trop rapidement tiré des conclusions de ses observations. Mais M. Grasset ne nous paraît pas non plus exempt de ce reproche. Prenons encore l'observation LXI de Landouzy; qu'y avons-nous vu? une déviation de la tête, qui varie avec l'état des membres malades, et qui confirme l'opinion de M. Landouzy, première manière.

Comment M. Grasset expliquera-t-il ce fait : « N° 16 (tableau) (observation LXI, Landouzy). Convulsions à droite et yeux tournés à droite, tumeur dans la partie supérieure du lobe pariétal gauche. Les circonvolutions du lobe pariétal sont très-larges, aplaties à la surface et si ramollies à l'extérieur qu'elles ont l'air de vrais sacs de fluide. Les circonvolutions les plus proches de la tumeur y sont appuyées comme des plis, la scissure interpariétale est poussée vers le bas, et sa courbe est presque oblitérée; » et c'est tout! Or, que l'auteur nous permette de lui faire remarquer que pendant l'attaque convulsive (seul symptôme qu'*il* indique) le malade portait la tête à gauche, et qu'au contraire il ne la ramenait à droite (seule position qu'il indique) que quand à l'état convulsif avait succédé la paralysie. Prenons au contraire une observation personnelle de M. Grasset (obs. V, p. 5); il prend, avec raison, bien soin de faire remarquer que pendant l'attaque épileptiforme à gauche, la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête avaient lieu vers la gauche, tandis que quand à l'état convulsif eut succédé la paralysie avec résolution, M. Brousse, son interne, constata la déviation vers la droite.

On se garde bien de nous attribuer une pensée que nous n'avons pas; nous ne voulons nullement prétendre que ces omissions proviennent d'un défaut d'attention, nous croyons seulement que, comme bien des observateurs, MM. Grasset et Landouzy, entraînés par une donnée théorique, ont pu quelquefois retenir dans une observation la partie qui concordait avec leur manière de voir et laisser passer un point dont l'importance leur échappait au moment même, et qui cependant pouvait devenir plus tard la base d'objections sérieuses.

Avant de résumer cette première partie de notre sujet, voyons ce que soutient aujourd'hui M. Landouzy (Note remise à M. Grasset, Mémoire, p. 11). C'est toujours par une influence sur le centre rotateur qu'il explique la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête; quand l'équilibre des centres rotateurs est rompu, soit par une lésion amenant la paralysie, soit par une lésion produisant des convulsions, il peut arriver que le malade, ou bien regarde sa lésion, et alors il se détourne des membres convulsés ou paralysés; ou bien il regarde ces membres, et alors il se détourne de sa lésion. Or les lésions qui se manifestent par ces symptômes peuvent produire, soit une destruction des éléments nerveux, soit une excitation; il peut même arriver que ces deux manières d'être se succèdent (Landouzy, thèse inaugurale, obs. LXI, et Grasset, obs. V). Nous croyons, pour notre compte, que ce fait, bien plus fréquent qu'on ne le croit, serait souvent observé si l'on assistait au début de l'attaque apoplectique, période qui s'accompagne maintes fois d'une excitation parfois très-courte, avec quelques mouvements convulsifs). Alors on voit le malade regarder alternativement d'un côté ou de l'autre.

On conçoit que dans de telles conditions la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête pourront se faire tantôt sous l'influence du centre rotateur du côté malade, tantôt sous l'influence de celui du côté sain, tantôt être produites alternativement par l'action de l'un ou de l'autre. Que prétendait M. Landouzy dans sa thèse? que quand les membres sont paralysés, cela indique un état atonique de l'hémisphère du côté opposé, et que, par conséquent alors, la rotation, étant commandée par l'hémisphère sain, se faisait vers les membres paralysés; enfin que dans les cas convulsivants le centre rotateur était excité, d'où rotation vers ce centre.

M. Grasset, sans entrer dans ces détails, émet une loi contraire, au moins quant aux résultats obtenus; nous nous sommes longuement étendu sur ce sujet.

Depuis, M. Landouzy ayant reconnu son erreur donne une nouvelle conclusion : « La rotation de la tête, dit-il, et la déviation conjuguée des yeux prennent une très-grande *valeur sémiologique*. Ces symptômes prouvent qu'il y a suppression ou excitation fonctionnelle des fibres rotatrices étendues de l'écorce au bulbe. La déviation qui *fuit* les membres prouve que la lésion paralytique s'étend jusqu'aux centres rotateurs; la déviation qui *regarde* les membres prouve qu'une lésion d'excitation s'étend jusqu'aux centres rotateurs. Cette lésion peut s'observer dans des points divers du *tractus rotateur* bulbo-cérébral, depuis son origine corticale jusqu'à sa terminaison bulbaire. On conçoit dès lors pourquoi la rotation peut se voir tout aussi bien avec des lésions de l'écorce qu'avec des lésions du centre ovale; on comprend surtout pourquoi certaines lésions bulbo-protubérantielles entraînent une déviation conjuguée *se faisant du côté opposé à la lésion.* »

Le sens de la déviation dépend donc, pour M. Landouzy, de la manière dont le centre rotateur est affecté au moment où cette déviation se manifeste; elle peut, du reste, changer de sens si l'impression produite sur les éléments nerveux change de son côté de manière d'être.

D'autre part, nous avons l'opinion de M. Grasset qui veut que le malade regarde ses membres convulsés; enfin, l'ancienne opinion de Prevost, qui dit que, dans les cas de lésions des hémisphères, la tête et les yeux sont tournés du côté de la lésion, du côté opposé aux membres atteints.

Or, les nombreuses observations que nous avons parcourues nous permettent d'émettre une proposition, qui est en quelque sorte une question. En effet, on est plus embarrassé aujourd'hui qu'au lendemain de la thèse de M. Prevost, pour tirer une conclusion pratique du symptôme *déviation conjuguée des yeux et rotation de la tête*. Même en nous renfermant dans la donnée la plus simple et la plus générale du problème, comme nous l'avons fait jusqu'ici, c'est-à-dire la détermination du sens dans lequel cette déviation a lieu, et comme conséquence de la *localisation* cérébrale la plus simple on rencontre des difficultés: pris à l'état d'isolement, ces symptômes ne permettent pas une précision absolue, une *certitude*. Cependant on peut dire d'une manière générale que la loi de Prevost est presque toujours l'expression de la vérité quand il y a apoplexie véritable, c'est-à-dire destruction d'une grande étendue de la substance cérébrale. Si, en effet, dans ces conditions il se produit des convulsions et que le sens de la rotation change, il résulte aussi bien des observations de MM. Landouzy et Grasset que de celles de M. Prevost, que quand les symptômes reviennent à leur état normal, quand aux accidents passagers succède la paralysie, la tête et les globes oculaires reprennent la direction qu'avait, après

M. Vulpian, indiquée le savant professeur de l'université de Genève : ils se dirigent du côté de la lésion.

Mais, si les altérations cérébrales sont moins vastes, si une portion peu étendue soit des circonvolutions, soit des parties centrales des hémisphères, est touchée, ces symptômes peuvent alors ne plus rien présenter d'absolument fixe et ne plus suffire pour déterminer le côté lésé. Alors, en restant dans le domaine de la clinique véritable et en tenant compte des autres signes qui accompagnent la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux, on pourra toujours, même dans les cas où il y a alliance de lésions bilatérales et complexes, déterminer le côté lésé. Bien plus, dans ces conditions, l'existence, l'état permanent ou transitoire de ces symptômes, leur variabilité pourront nous donner davantage et nous aider à préciser l'étendue de l'altération, les points exacts sur lesquels celle-ci porte, en un mot à la *localiser*.

La pensée d'appliquer à la détermination fonctionnelle des divers départements cérébraux la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux devait suivre de près les premières recherches sur les localisations. On sait, en effet, qu'Hitzig et Ferrier, parmi les premiers centres moteurs qu'ils ont déterminés par l'excitation de la couche corticale, ont signalé ceux qui président aux mouvements des globes oculaires : bientôt, MM. Desnos (*Société méd. des hôpit.*, 1873, p. 90), Féréol (*Société méd. des hôpit.*, 1873, séances des 28 mars et 24 octobre 1873), Lepine (Thèse d'agrégation, 1875), Landouzy (*loc. cit.*), Grasset (*loc. cit.*), et Graux (Thèse inaug., Paris, 1878), ont cherché à déterminer le département cérébral dont la lésion produit la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête, ou, plus encore, l'un de ces deux symptômes. Un premier siége était facile à déterminer, c'était le voisinage du noyau d'origine de la sixième paire; mais, pour le moment, nous nous renfermerons dans l'étude des lésions cérébrales proprement dites, et nous laisserons de côté ce centre sur lequel nous reviendrons tout à l'heure à propos des altérations (tumeurs ou foyers) de la protubérance.

M. Landouzy vient ici se placer au premier rang, et c'est à lui que sont dues les notions encore bien incomplètes sur ce point de séméiologie cérébrale; après lui M. Grasset nous fournira quelques renseignements.

Que dit M. Landouzy? Que toute lésion qui porte sur un point quelconque des *tractus rotateurs*, depuis l'écorce grise jusqu'au bulbe, peut et doit s'accompagner de rotation de la tête et de déviation conjuguée des yeux. Peu nous importe, du reste, le sens de la déviation, que nous devrons établir par la nature de la lésion et non par la connaissance des éléments lésés. Voilà donc un centre déterminé : la lésion a envahi un point quelconque des tractus rotateurs. Pouvons-nous dire quel est ce point?

Jusqu'à présent les documents manquent, et aussi bien dans le mémoire de M. Grasset que dans celui de M. Landouzy on ne trouve que des hypothèses dénuées de toute sanction et auxquelles leurs auteurs n'attachent que peu d'importance. Ces hypothèses s'appuient sur les notions suivantes :

Dans les expériences de Ferrier, on trouve deux régions dont l'excitation provoque la rotation de la tête et des yeux du côté opposé à l'excitation; ces deux régions sont : « 1° le pied de la deuxième circonvolution frontale; 2° la circonvolution qui coiffe la scissure de Sylvius, les deux tiers postérieurs de la deuxième temporale et le pli courbe. » Voilà à quoi se bornent les données physiologiques. Que dit la clinique? Ferrier (*Sur les fonctions du cerveau*), Clozel de Boyer (thèse inaug., Paris, 1879) rapportent la seule observation qu'on possède : c'est un cas dans lequel il y avait lésion de la deuxième frontale; il semble donc confirmatif. Or, cette observation m'appartient, et si l'on se reporte aux détails, (*Bull. de la Soc. anat.*, 1871) on verra qu'il s'agissait d'un cas de méningo-encéphalite tuberculeuse et que les lésions, extrêmement diffuses, siégeaient sur bien des points et pénétraient par places à une assez grande profondeur. Le point théorique était touché, il est vrai, mais il y en avait bien d'autres, et en présence de ce fait unique je crois qu'il faut rester dans le doute absolu.

Nous avons vu que déjà Prevost disait que, quand la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux sont liées à une lésion de la protubérance, elles pouvaient, et c'est le cas qui se présente le plus souvent, se faire vers les membres atteints. Or, alors on peut faire intervenir une autre cause, c'est le voisinage du noyau d'origine du nerf moteur oculaire externe. Cependant, et c'était la première objection qui se présentait, comment, s'il ne s'agissait là que d'une paralysie d'un nerf moteur, quel qu'en soit du reste le sens, en rapport avec le noyau lésé, comment se faisait-il qu'il y eût, en quelque sorte, synergie dans la paralysie entre les deux globes oculaires? Pourquoi, si le nerf moteur oculaire externe d'un côté était, soit paralysé, soit excité, y avait-il en même temps paralysie ou excitation des nerfs adducteurs de l'œil du côté opposé? C'est à cette objection capitale que répondront successivement les travaux de M. Foville (*Société médicale de Paris*, 1858), de MM. Féréol et Graux (*loc. cit.*), les recherches anatomiques de M. Luys (*Bull. de l'Académie de médecine*) et d'autres anatomistes.

Déjà M. Foville faisait entrevoir que, à l'état normal, la synergie entre les muscles droit externe, d'un côté, et droit interne, du côté opposé, est commandée par des filets provenant d'un même nerf; son observation, comme celle de M. Féréol, arrive au même but. M. Féréol a été plus loin; il a démontré que, quand on supprime la vision dans l'œil dont le muscle droit externe est paralysé, la paralysie disparaît dans le muscle droit interne de l'autre œil : il s'agit donc d'une paralysie synergique. M. Graux est arrivé aux mêmes conclusions, qu'il a pu vérifier sur les animaux avec le concours de MM. Mathias Duval et Laborde. De plus, M. Luys a cherché à démontrer l'existence de fibres mettant en communication le noyau d'origine d'un nerf moteur externe qui se trouverait en rapport par des fibres commissurales avec le ou les noyaux d'origine de l'oculo-moteur commun. Les recherches anatomiques de Stilling (*Bau und Functionen der Medulla spinalis und oblongata*, etc. Braunschweig, 1859, p. 121, 122), Schrœder van der Kolk, Lockhart Clarke, et enfin celles de M. Duval, tendent à établir cette vérité. Nous pourrons donc admettre, avec MM. Féréol et Graux, que dans certains cas la déviation conjuguée des yeux est la conséquence d'une lésion du noyau d'origine du nerf de la sixième paire. Dans ces conditions, le sens de la déviation pourra varier suivant qu'il y a excitation ou paralysie de ce noyau. Cependant, le plus souvent, il y a une paralysie alternant avec celle des membres, et alors le droit interne ne présente qu'une paralysie partielle, limitée aux mouvements synergiques, et cessant quand on supprime la vision binoculaire : cette dernière particularité pourra permettre, dans quelques cas, de préciser le siége exact de la lésion.

Nous avons besoin de l'indulgence de nos lecteurs pour cette trop longue discussion; cependant, si nous avons pu y mettre un peu de clarté, nous croyons qu'on nous pardonnera,

car toutes les questions qui ont trait aux symptômes encéphaliques sont, dans l'état actuel, extrêmement obscures; on a voulu obtenir trop, et il faudra longtemps pour dégager les hypothèses pures des faits définitivement acquis.

Nous venons de le voir pour la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête, symptômes à peine entrevus il y a dix ans; on en est arrivé à vouloir leur faire dire quel est le point exact de l'encéphale dont la lésion les provoque. Puis, comme tous ne concordaient pas, on a imaginé des théories auxquelles il a fallu renoncer; les recherches nouvelles ont peu donné, de sorte qu'aujourd'hui, après la thèse de Landouzy, le mémoire de Grasset et tant d'observations isolées, on peut dire seulement, croyons-nous, avec quelque certitude :

La rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux, premier temps du mouvement de rotation, se font du côté de la lésion, quand celle-ci est assez vaste pour détruire le centre rotateur, et c'est le cas des véritables attaques apoplectiques. Si le centre rotateur, au contraire, est excité, soit passagèrement, soit d'une façon permanente, le symptôme est sous sa dépendance et la déviation se fait vers l'hémisphère sain.

N'est-ce pas la loi de Prevost modifiée dans son expression, mais toujours vraie?

H. Choupe.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contribution a l'histoire de la tuberculisation génitale et urinaire, par M. le docteur Henri Picard.

(Suite. — Voyez le numéro 27.)

La granulation tuberculeuse débute-t-elle dans l'épithélium qui tapisse l'intérieur du tube pour gagner secondairement les couches extérieures, ou bien le processus morbide suivrait-il une marche inverse? c'est ce qui, jusqu'à présent, n'a pas été résolu.

A côté de l'opinion de Velpeau et s'en rapprochant beaucoup, il en est une autre, soutenue plus récemment en Allemagne par Rindfleisch, en France par un maître dont l'enseignement est encore dans tout son éclat, M. Richet, et qui doit être d'autant plus sérieusement discutée que sa solution est plus importante au point de vue pratique.

D'après Rindfleisch, on ne rencontre jamais la granulation grise dans le testicule, on ne trouve dans son parenchyme que des noyaux caséeux. De son côté, M. Richet, dans sa clinique du 4 mars 1873, présente un testicule dont l'épididyme communiquait avec l'intérieur par deux fistules, et s'exprime ainsi : « Il y avait dans la tête de cet organe un pus verdâtre abondant assez bien lié; les parois étaient épaissies, irrégulières, anfractueuses. Aux environs d'une des fistules existait un pus concret, ressemblant à de la pulpe de marron d'Inde. Des foyers multiples existaient dans tout l'épididyme; dans le testicule il y avait aussi des points de suppuration qui faisaient saillie à la coupe. » Puis M. Richet ajoutait : « Si l'on interroge la grande majorité des chirurgiens sur la nature de cette affection, ils répondent unanimement que c'est du tubercule du testicule. Cependant il y a une distinction à faire, c'est plutôt une suppuration épididymaire; c'est une suppuration chronique analogue à celle qui existe souvent dans les ganglions du cou. »

Un des élèves de M. Richet, M. Mougin, dans une thèse inspirée par ce professeur, renchérit encore, si c'est possible, sur les idées de son maître; car, comme il le dit lui-même, son but est de démontrer que l'affection, connue par les auteurs sous le nom de tubercule du testicule, n'a ordinairement rien de commun avec la diathèse tuberculeuse. Elle est de même nature que l'orchite chronique. C'est une inflammation nécrobiotique ou une régression caséeuse dans des produits inflammatoires.

Dans une autre thèse soutenue encore par un élève du même professeur et la même année (1873), M. Nargaud, on lit la phrase suivante : « Qu'est-ce donc, en définitive, que cette affection qu'on attribue si souvent, à la légère, à la tuberculose? Nous croyons avec M. Richet que, dans le plus grand nombre des cas, c'est une inflammation suppurative du testicule, prenant sa source dans un état pathologique quelconque des voies urinaires et particulièrement du canal de l'urèthre. »

En un mot, pour M. Richet et pour ses élèves, l'affection qu'on désigne sous le nom de *tuberculisation du testicule* siége le plus souvent dans l'épididyme, et secondairement dans les autres voies spermatiques; les produits caséeux qui s'y forment peuvent faire donner à l'affection le nom d'*épididymite caséeuse*, à cause de leur fréquente analogie étiologique avec ceux de même nature de la pneumonie caséeuse. L'opinion de M. Richet est partagée, comme nous l'avons vu, par Rindfleisch, qui nie, l'œil sur le microscope, la présence de la granulation tuberculeuse dans le testicule. Cette opinion, je l'ai réfutée avec le microscope lui-même en démontrant la fausseté des idées de Velpeau. Il me reste à prouver maintenant que la matière caséeuse est tout aussi bien du tubercule que la granulation grise, que ces deux productions morbides sont de même nature, qu'elles tirent leur origine d'une seule et même affection, et que, différentes par la forme, elles ne sont pas moins identiques dans leur essence.

Je ne prétends pas nier que la granulation grise ne soit, comme le veulent les Allemands, du tubercule aussi bien formé et aussi consistant que possible, le type du tubercule, tandis que la matière caséeuse est du tubercule mort-né. Mais si l'on trouve de cette matière caséeuse dans les ganglions enflammés et dans certaines tumeurs cancéreuses et fibreuses, c'est qu'ils ont cessé d'évoluer, qu'ils ont perdu une partie de leur force vitale, qu'ils ont acquis une faiblesse qui les rapproche du tubercule, produit misérable, sans vigueur, nécrobiotique, comme on l'a si bien dit. Seulement, dans ces tumeurs, cette évolution est l'exception, dans le tubercule elle est la règle. Du reste, en 1873, la même année que la clinique de M. Richet et que les thèses citées plus haut, MM. Thaon et Grancher ont prouvé, dans leurs dissertations inaugurales, que la matière caséeuse n'est pas amorphe, mais aussi figurée et aussi celluleuse que la granulation grise elle-même, et qu'elle peut se former dans le tissu conjonctif périvasculaire et les membranes séreuses, ce que Virchow n'admettait pas. D'ailleurs, entre la granulation qui est nodulaire et l'inflammation qui est diffuse, il existe des intermédiaires; car, à côté de cette granulation, se trouvent presque toujours des cellules embryonnaires diffuses, semblables à celles du tubercule, et se terminant comme elle à la caséification; c'est ce qui constitue le tubercule infiltré. On trouve, du reste, toujours réunies la granulation grise et l'inflammation caséeuse; elles sont inséparables, et si l'on voit plus souvent cette dernière prédominer dans le testicule, c'est à la nature de l'organe qu'il faut l'attribuer, la matière caséeuse ayant une prédilection pour les glandes.

Comme on le voit, le tubercule existe dans le testicule sous toutes ses formes : granulation grise, fibrome atrophiant, matière caséeuse, laquelle, cela ne peut plus faire doute aujourd'hui, est bien de nature tuberculeuse.

Il s'agit maintenant, et c'est bien plus important au point de vue pratique, de savoir à quels signes extérieurs on reconnaîtra la tuberculisation de la glande séminale. Le tubercule du testicule se présente sous diverses formes : tantôt il reste localisé dans l'épididyme, tantôt il envahit tout à la fois l'épididyme et le parenchyme séminal. Dans le premier cas, la

marche de l'affection est aiguë ou chronique, c'est une *épididymite tuberculeuse;* dans le second cas, elle est toujours chronique et constitue l'*orchite tuberculeuse.*

Je n'ai pas à m'étendre longuement sur les symptômes de l'épididymite tuberculeuse aiguë, désignées avec juste raison par M. Duplay, à cause de sa marche rapide, sous le nom de *tuberculisation galopante du testicule;* nous en avons un exemple aussi complet que possible dans l'observation qui forme la base de ce travail. Elle se présente, telle que nous l'avons vue, avec tous les symptômes d'une épididymite blennorrhagique aiguë : une douleur intense se fait sentir dans les bourses, douleur qu'exaspère la pression et qui s'irradie plus ou moins loin sur le trajet du canal inguinal. Simultanément à la douleur, apparaît un gonflement de volume variable produit en partie par l'épididyme considérablement grossi, en partie par l'épanchement de liquide accumulé dans la cavité de la tunique vaginale. Comme la douleur, cette tuméfaction augmente pendant quelques jours et, si on palpe la tumeur, on s'aperçoit que le volume de l'épididyme l'emporte de beaucoup sur celui du testicule, mais que la surface en est uniforme et régulière; en sorte qu'aucun signe, à cette époque de la maladie, ne distingue cette forme d'épididymite tuberculeuse de l'épididymite blennorrhagique. Heureusement les phénomènes qui suivent ne sont pas longtemps sans éclairer le praticien. En effet, il ne tarde pas à sentir un point fluctuant qui s'ouvre spontanément ou artificiellement. Le pus dont la formation est fatale apparaîtrait, d'après les relevés de M. Reclus, entre le neuvième et le soixantième jour environ. En face de cette forme à marche rapide de la tuberculisation de l'épididyme, de cette épididymite galopante, il en existe une autre qui en constitue le véritable contraste, c'est l'épididymite tuberculeuse chronique, l'épididymite à forme lente. En voici un cas qui montrera mieux que toutes les descriptions l'aspect de la maladie.

Obs. II. — En 1877 est venu me consulter un homme de cinquante-deux ans, employé dans une administration, qui m'était adressé par le docteur Fano. De taille moyenne, un peu frêle, ayant ce teint d'un blanc mat que Bazin a donné comme l'un des attributs de la scrofule, cet individu n'avait cependant pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille, lui-même n'avait jamais été sérieusement malade, n'avait ni craché du sang, ni sueurs nocturnes, ni amaigrissement. Dans chacun de ses testicules, il portait une tumeur dure et bosselée; l'une et l'autre, parfaitement limitées à la queue de l'épididyme, ne se prolongeaient pas sur cet organe. Celle de droite, de la grosseur d'une noisette de moyen volume, avait paru il y a douze ans; depuis longtemps elle avait ses dimensions actuelles; celle de gauche, un peu moins volumineuse, s'était montrée deux ans plus tard. Les testicules paraissaient normaux; il n'y avait pas trace d'épanchement dans la tunique vaginale. Le malade ne souffrait pas dans les bourses et paraissait très-étonné de l'examen dont ces organes étaient l'objet. Ce n'est pas, en effet, à l'occasion de ces tumeurs, mais pour des troubles du côté de la miction, qu'il consultait. Depuis quelque temps il a des envies fréquentes d'uriner, et la miction accomplie ne lui laisse pas la satisfaction habituelle, mais une certaine gêne et même une douleur dans le fond de l'urèthre et vers le bas-fond de la vessie, qui augmente par la marche. Du reste, il n'a jamais pissé du sang, il n'a jamais eu d'écoulement uréthral et son urine est d'apparence normale.

En présence de ces symptômes, me souvenant du malade dont j'ai raconté l'histoire au commencement de ce travail, je crus au début d'une tuberculisation urinaire consécutive à celle de l'épididyme, et que j'allais voir apparaître une poussée aiguë avec suppuration du testicule. Mais ayant touché la prostate et n'y ayant trouvé aucune indication spéciale, car sa face rectale était lisse et son volume n'avait pas augmenté, je pensai à une irritation du genre de celles qui précèdent souvent la naissance des granulations tuberculeuses, et je fis dans la partie profonde de l'urèthre des injections d'une solution de nitrate d'argent au cinquantième. Ces injections, répétées deux fois par semaine pendant un mois, soulagèrent le malade sans le guérir. Rien de nouveau n'apparut d'ailleurs vers les testicules, qui restèrent dans le même état. Cherchant encore, au moyen d'une sonde d'argent, s'il n'existait pas dans la vessie quelque disposition susceptible d'expliquer ces troubles de la miction, je m'aperçus que le malade ne vidait pas entièrement sa vessie. Dès que j'eus remédié à cet état, le malade se trouva beaucoup soulagé et tout à fait guéri, quand à l'usage de la sonde, dont je lui avais appris le maniement, il ajouta l'administration répétée chaque soir de petits lavements d'eau tiède additionnés de quinze gouttes de laudanum.

Comme on le voit, cette observation, et il y en a beaucoup d'analogues, est bien l'opposée de la précédente, puisqu'elle nous montre un homme de cinquante-deux ans portant, depuis douze ans dans l'épididyme droit, depuis dix ans dans le gauche, des productions tuberculeuses survenues sans cause appréciable et stationnaires depuis si longtemps sans dommage pour l'état général, ce qui s'observe, d'ailleurs, souvent dans l'âge mur, l'indolence de la tuberculisation génitale étant le privilège de ceux qui ont dépassé la limite moyenne de la vie.

Pourquoi maintenant ai-je insisté, à propos de ce malade, sur les troubles ressentis du côté des voies urinaires? C'est parce que les tubercules de l'épididyme, comme ceux du parenchyme testiculaire, étant presque fatalement destinés à suppurer, un des signes prémonitoires de la formation du pus se trouve dans l'état de la prostate, et que chez un malade, comme le précédent, dont cette glande vient à grossir et à se bosseler, on est presque en droit de dire que le moment de la fonte purulente est arrivé.

Je viens de dire que l'épididymite à marche lente était le privilége *presque* exclusif de l'âge mûr et de la vieillesse, parce qu'il admet quelques exceptions. En effet, pendant la rédaction de ce travail, M. le docteur Caradec fils (de Brest) me montra un enfant de quatre ans atteint de cette affection. Cet enfant, né d'une mère phthisique, est lui-même atteint de carreau. Son ventre est si volumineux qu'il gêne considérablement l'examen des bourses à la lumière. Il y a quelques jours, cet enfant a eu plusieurs fois la diarrhée, une sorte de débordement intestinal, nous dit son père. Depuis quelque temps l'attention des parents a été attirée du côté des testicules par une grosseur dont l'enfant ne se plaint pas, ni n'éprouve aucune gêne. D'après son père, il y a huit mois que l'on a commencé à sentir cette grosseur, dont le volume serait variable. A la vue, les bourses ne présentent rien dans leur couleur, leur forme ou leur volume, qui puisse faire soupçonner une altération quelconque. Au toucher, il n'en est plus de même, et si à gauche on éprouve du doute sur une augmentation de volume du testicule, à droite les lésions sont manifestes. En effet, l'épididyme offre dans ses replis, qui sont encore distincts, de nombreuses granulations; le cordon se sent nettement, et quand on le suit, en remontant vers le canal inguinal, on arrive sur un noyau dur et inégal, gros comme une petite noisette, et au-dessus duquel, mais séparé de lui, s'en trouve un autre d'un volume moitié moindre.

Voilà les exemples d'épididymite tuberculeuse rapide et lente que j'ai eu l'occasion d'observer. Je vais, pour terminer la série de mes observations, citer un cas dans lequel la glande tout entière, épididyme et testicule, fut envahie par la tuberculose, donnant lieu à une véritable orchite tuberculeuse.

Obs. III. — Le sujet, âgé de trente-cinq ans, était grand et vigoureux il y a quelques années. Depuis, il avait peu à peu perdu une partie de ses forces, et, quand je le vis, il était soigné par le docteur Fauvel pour une laryngite tuberculeuse. Il n'avait jamais eu la chaudepisse, et, dans tous les cas, son canal, parfaitement sec, avait sa coloration normale. Marié, il a deux enfants. Quelques jours avant de me consulter, il a vu son testicule droit grossir sans grande douleur, sans même en ressentir une grande gêne, car il travaille chez un sellier fournisseur de l'armée, et il n'a pas abandonné son ouvrage, quoique celui-ci se fasse debout.

A la vue, le scrotum est volumineux, rouge, bosselé; au toucher, l'épididyme est dur, considérablement augmenté de volume, inégal, emboîtant le testicule, qu'il est encore possible de sentir, quoique ces deux organes soient confondus dans une même masse.

J'ordonne à ce malade des frictions avec la pommade iodurée

et le repos, mais il me répond que n'étant pas trop gêné par sa tumeur il va continuer son travail pour nourrir sa famille. Cette tumeur, que j'eus l'occasion de revoir plusieurs fois, puisque le malade venait me consulter chaque semaine, augmenta jusqu'à acquérir le volume du poing. La peau ne fut jamais adhérente, et il y eut certainement accumulation du liquide dans la tunique vaginale. A ce moment, quoiqu'il pût encore marcher, le malade consentit à se reposer et l'orchite diminua. Cependant, quand je cessai de le voir, c'est-à-dire plus d'un mois après sa première visite, elle avait bien le volume de la moitié du poing, conservait sa dureté et ses inégalités et n'avait pas encore suppuré.

Après les détails dans lesquels je suis entré, en rapportant les observations précédentes, je n'ai que peu à m'étendre sur le *diagnostic.*

Pour ce qui est de la première observation, celle d'épididymite galopante, le doute ne semble guère possible : il y a eu suppuration, et une épididymite qui suppure est de nature tuberculeuse; les autres épididymites ne suppurent pas, dit M. Gosselin. La suppuration est assurément une présomption grave, mais pas aussi absolue que le veut M. Gosselin, car quelques exceptions, très-rares à la vérité, mais indéniables, contredisent son assertion. M. Reclus cite dans sa thèse deux exemples, et on pourrait en trouver d'autres, qui prouvent le contraire. Seulement, quand une épididymite simple suppure, le pus se tarit promptement, il ne persiste pas de fistule; c'est un véritable abcès chaud se refermant aussi vite qu'il s'est formé; tandis que, quand il y a tubercule, la suppuration est indéfinie.

Pour la seconde forme, c'est-à-dire pour l'épididymite tuberculeuse à marche lente, la discussion du diagnostic est plus utile. Car à quels signes reconnaître une épididymite tuberculeuse sur le malade de ma seconde observation; et que pourraient bien être les deux tumeurs constatées chez ce malade, si ce n'est du tubercule? Assurément, pas du cancer, car les productions de cette nature ne marchent pas avec cette extrême lenteur; elles atteignent, au contraire, souvent très-vite, un volume d'autant plus considérable qu'elles sont ordinairement constituées par du tissu encéphaloïde, le squirrhe étant rare dans le testicule; de plus, les ganglions abdominaux ne tardent pas à être envahis.

Ces tumeurs ne pourraient pas davantage être le résultat d'un coup, les traumatismes agissant principalement sur le testicule lui-même et déterminant plutôt, quand la suppuration ne suit pas immédiatement l'accident, une atrophie consécutive.

Il n'y a pas lieu non plus de distinguer ces tumeurs du testicule syphilitique, dans lequel le parenchyme glandulaire est désorganisé avant l'épididyme.

La seule difficulté consistait à décider si l'on avait affaire à une épididymite blennorrhagique ou tuberculeuse. Je dirai d'abord que mon malade n'avait pas d'écoulement. Mais, comme une vieille goutte militaire est parfois difficile à constater, et que les malades eux-mêmes l'ignorent souvent; comme, d'autre part, la tuberculose génitale coïncide fréquemment avec une blennorrhée n'ayant rien de contagieux et causée seulement par la congestion du canal, il est nécessaire de trouver, dans la tumeur elle-même, des signes susceptibles de la faire reconnaître. Eh bien! au point de vue clinique, on peut dire que des tumeurs aussi nettement limitées ne sont pas le résultat de vieilles uréthrites. Dans ces dernières, l'épididyme ne passe pas subitement du point volumineux et malade à la partie saine, mais petit à petit et graduellement. La tumeur est rénitente, élastique, comme fibreuse dans l'épididymite simple; elle est mate dans l'épididymite tuberculeuse. Dans cette dernière, la surface est bosselée, inégale, tandis que dans la première l'épididyme, augmenté de volume, offre au toucher des sinuosités plus sensibles, parce que ces dernières ont augmenté de volume, mais que leur situation relative n'est pas modifiée. Enfin, voici un dernier signe parfaitement exact donné par M. Reclus : « La queue de l'épididyme, en se réfléchissant de bas en haut pour remonter le long du bord interne du testicule, décrit une anse dont les contours peuvent être suivis nettement dans les cas d'épididymite chronique; on sent avec la plus grande facilité la dépression que circonscrit cette anse. Or rien de semblable ne s'observe soit à l'état sain, car les deux chefs de l'anse sont accolés l'un à l'autre, mous et dépressibles, soit dans la tuberculose, car les noyaux caséeux englobent au milieu de leur masse compacte les flexuosités de la queue de l'épididyme. »

Je n'ai rien à dire de l'enfant qui fait le sujet de ma troisième observation, si ce n'est que les granulations, à leur début, n'avaient pas encore soudé ensemble les replis de l'épididyme.

Quant à la troisième, celle où la tuberculisation génitale était simultanée à la laryngite tuberculeuse, je n'ai pas non plus à en établir le diagnostic, la coïncidence de ces deux affections le rend évident.

Si la *cause* du tubercule du testicule nous échappe très-souvent, il n'en est pas moins vrai qu'on peut, dans des cas assez nombreux, saisir l'influence qui le fait naître. L'hérédité exerce évidemment sur lui, comme dans toute tuberculisation, une influence prépondérante, car on rencontre fréquemment des enfants atteints de tubercules génito-urinaires, nés de parents phthisiques; c'était le cas de celui dont j'ai rapporté l'observation. Cependant, en général, on fait jouer ici, comme pour la tuberculisation pulmonaire, un trop grand rôle à l'hérédité, et on ne tient pas assez compte de l'hygiène des individus qui engendre chez eux une affection à laquelle rien ne les prédisposait. C'est ce qui a lieu pour les soldats, si fréquemment atteints de tubercules du testicule.

A côté de l'hérédité et de l'hygiène, il faut placer, comme cause du tubercule du testicule, les inflammations de l'urèthre qui jouent vis-à-vis de la glande séminale le même rôle que l'inflammation des bronches vis-à-vis de la tuberculose pulmonaire. Combien n'auraient jamais eu un testicule tuberculeux sans une première chaudepisse! Combien plus encore s'ils n'avaient pas laissé s'implanter dans le fond du canal une blennorrhée indolente !

Il ne faut pas rejeter non plus, comme on a trop de tendance à le faire, de l'étiologie de cette maladie, les traumatismes, les froissements auxquels sa situation même expose la glande séminale. Ainsi, chez mon premier malade, je ne doute pas que des granulations tuberculeuses n'existassent dans l'épididyme à son insu, et que le froissement du pantalon, pendant la marche, n'ait été la cause déterminante de l'inflammation et de la suppuration.

Aussi ne puis-je admettre l'opinion d'un médecin militaire distingué, M. Salleron, qui prétend que l'habillement n'est pour rien dans l'orchite tuberculeuse si fréquente du soldat. Pour moi, au contraire, le pantalon qu'on donne à nos militaires et dont la grossière couture d'entre-jambes frotte si rudement, pendant la marche et les exercices, sur le scrotum, n'est pas sans exercer une influence favorable à cette affection.

Ce que nous avons à dire du *pronostic* ressort en partie des lignes précédentes. L'influence de l'hygiène sur la naissance du tubercule démontre, en effet, que ce n'est pas un produit à généralisation fatale et nécessaire, comme on le croit généralement, et qu'il peut parfaitement évoluer sur place, sans qu'aucun autre organe soit atteint. Aussi cette loi de Louis, qui veut qu'il y ait du tubercule dans les poumons quand il y en a dans un organe quelconque, se trouve-t-elle renversée. Bien plus, le tubercule génital, qui se dépose de préférence dans l'épididyme, peut accomplir son évolution complète dans cette partie de la glande; c'est un fait incontestable. Non-seulement le tubercule suppuré peut s'épuiser tout entier dans le testicule, mais encore s'y transformer en une masse crétacée qui s'enkyste et devient un corps inerte et inoffensif.

Est-ce à dire que le tubercule du testicule ne soit pas une

affection grave? Evidemment il ne faut pas interpréter ainsi ce que nous venons de dire. Le tubercule du testicule est grave par cette raison très-simple que c'est du tubercule, produit, comme je l'ai démontré, toujours et partout identique à lui-même et d'autant plus inflammatoire, comme dit M. Pidoux, qu'il est moins vasculaire, plus chétif et plus pauvre.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

La vaccine à l'Académie de médecine.

Dans sa séance du 25 juin 1879, la Société de thérapeutique s'est livrée à une critique très-acerbe sur la manière dont le service de la vaccine est fait à l'Académie.

A la suite d'une communication faite par M. Créquy sur les avantages de la vaccination pratiquée avec du vaccin pris aux quatrième, cinquième et sixième jours, M. Blondeau a exprimé le regret que l'Académie emploie le vaccin du huitième jour. « Déjà, dit-il, Parizet préconisait l'emploi du vaccin du sixième jour et soutenait avec raison que celui du huitième jour était beaucoup moins actif. »

M. Bucquoy, renchérissant sur les critiques de ses collègues, regrette que le vaccin de l'Académie présente si peu de garanties. Il lui est arrivé plusieurs fois de voir des enfants vaccinés à l'Académie ne présenter aucune trace de vaccine; il y a, dit-il, dans ce service quelque cause d'imperfection. M. Bucquoy insiste sur ce fait à cause du danger qui en résulte : ainsi des individus s'étant fait vacciner sans succès se croient par cela même à l'abri de tout danger. « Il y a donc lieu d'insister, ajoute-t-il, pour que les vaccinations soient sérieusement faites, et qu'on entoure le service de toutes les précautions désirables; c'est ce qui laisse à désirer dans le service de l'Académie, où l'on est si peu sûr du résultat. »

Avant de répondre à la partie scientifique de ces observations, je prendrai la liberté, en ma qualité de directeur adjoint de la vaccine, et en l'absence du titulaire, de relever ce que ces critiques ont d'injuste et de mal fondé. Que signifient ces mots : « Il faut que les revaccinations soient sérieusement faites; il faut qu'on entoure le service de toutes les précautions désirables. »

Est-ce que les vaccinations et les revaccinations ne sont pas sérieusement faites? Est-ce que le service n'est pas entouré de toutes les précautions désirables? Tous mes prédécesseurs, M. Bousquet, M. Depaul, M. Blot, ne se sont-ils donc pas toujours astreints, comme leur successeur, à pratiquer les vaccinations et les revaccinations eux-mêmes? N'avons-nous pas soin de choisir avec le plus grand soin nos vaccinifères, non-seulement parmi les enfants les plus sains et les plus robustes, mais encore parmi les enfants âgés de trois à six mois?

Je pratique, en ce qui me concerne, l'opération avec la lancette, qui me paraît plus sûre que l'aiguille, parce qu'elle déchire les tissus au lieu de les déplacer, et de plus je m'astreins à faire quatre piqûres à chaque bras.

M. Bucquoy se plaint d'avoir vu plusieurs fois des enfants vaccinés à l'Académie ne présenter aucune trace de vaccine, et il se récrie sur les dangers qui en résultent.

Je demanderai à M. Bucquoy si pareille chose ne lui est jamais arrivée; si alors même qu'il pratiquait les vaccinations et les revaccinations de la manière la plus sérieuse, alors même qu'il s'entourait, avec beaucoup plus de soin que les vaccinateurs académiques, de toutes les précautions désirables, si, dis-je, il n'a pas eu comme nous un certain nombre d'insuccès. M. Créquy lui-même, qui ne se sert pour ses inoculations que du vaccin pris aux quatrième, cinquième et sixième jours, aurait eu sur 66 vaccinations 21 insuccès, c'est-à-dire environ un tiers, et sur 143 revaccinations 70 insuccès, c'est-à-dire moitié.

Il n'y a donc pas lieu, pour quelques insuccès de la vaccination académique, insuccès dont M. Bucquoy se garde bien de faire connaître le nombre, il n'y a pas lieu d'incriminer le service de l'Académie, ce service, nous dit-on, *où l'on est si peu sûr du résultat!*

Quant à l'efficacité du vaccin pris aux quatrième et cinquième jours, comme le voudraient quelques membres de la Société de thérapeutique, je ne la contesterai pas, je l'admettrai même pour écarter en ce moment toute discussion sur ce point, bien qu'une centaine de vaccinations ne suffisent pas pour l'établir; mais il faut être pratique et je déclare que la vaccination avec du vaccin pris aux quatrième, cinquième et sixième jours serait incompatible avec les exigences du service.

1° En effet, il est des époques, comme la saison d'hiver, où il devient très-difficile d'obtenir deux fois par semaine un chiffre suffisant de vaccinifères. Ce n'est que par l'appât d'une prime suffisante, par des artifices de plus d'un genre, que le titulaire du service, M. Blot, réussissait à entretenir en hiver un courant continuel, une succession non interrompue de vaccinifères aux jours réglementaires. Comment y parviendrez-vous désormais, s'il faut faire séance tous les jours, comme cela deviendrait indispensable, si vous êtes décidés à n'employer que le vaccin du quatrième au sixième jour? Je sais bien que vous aurez la génisse; mais la génisse a soulevé beaucoup de répugnances parmi les médecins, et j'en pourrais citer qui ne veulent pas entendre parler de cette variété de vaccin.

2° Les pustules du huitième jour ne fournissent pas toujours une quantité suffisante de vaccin, soit par leur manque de développement, soit parce qu'elles sont sèches de leur nature. Que sera-ce quand il vous faudra, comme dans ces derniers temps, pratiquer en une seule séance plus de deux cents vaccinations avec des pustules toutes étroites, et ne fournissant qu'une imperceptible quantité de vaccin? Et notez bien que ce n'est là que la moitié du service. Il faut à l'Académie, outre les inoculations, faire la récolte du vaccin pour fournir à toutes les demandes (de 100 à 150 plaques par séance, et de 30 à 40 tubes quelquefois). Et personne n'ignore l'énorme quantité de vaccin qu'absorbent les tubes. Or, quand il s'agit d'envoyer le vaccin à de grandes distances, en Algérie, par exemple, et dans les colonies, il n'y a guère que les tubes qui offrent des garanties d'efficacité sérieuses.

Le service de la vaccine académique peut, à l'heure qu'il est, n'être pas exempt d'imperfections, malgré toutes les améliorations que s'est efforcé d'y introduire le titulaire actuel. Mais je suis convaincu qu'une organisation différente et établie sur la base que nous proposent les critiques de notre institution ne vaudrait pas mieux et exposerait à un aussi grand nombre d'insuccès. Je comprends que MM. Créquy, Blondeau, Bucquoy, qui ne vaccinent habituellement qu'un sujet à la fois et qui n'ont nul besoin de remplir leurs tubes et de charger leurs plaques, se contentent de quelques pustules aux cinquième et sixième jours; mais si le service de l'Académie se faisait avec de telles pustules, nous verrions les insuccès se multiplier d'une manière sérieuse, parce que les lancettes ne seraient le plus habituellement que très-insuffisamment chargées.

Je livre ces courtes réflexions à l'appréciation de tous les hommes pratiques.

E. HERVIEUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

EMPLOI DE L'ERGOTINE. M. *Bonjean* adresse à l'Académie, pour le concours des prix de médecine et chirurgie, un mémoire manuscrit et une brochure sur l'emploi de l'ergotine. (Renvoi au concours des prix de médecine et chirurgie.)

SUR UNE SUBSTANCE NOUVELLE DE L'ÉPIDERME ET SUR LE PROCESSUS DE KÉRATINISATION DU REVÊTEMENT ÉPIDERMIQUE. Note de M. *L. Ranvier*. — Des coupes verticales de la peau de l'homme, faites après congélation, dessiccation ou durcissement par l'alcool, colorées par une solution de picrocarminate à 1 pour 1000, montrent nettement la structure du derme et de l'épiderme. L'épiderme y apparaît avec ses deux couches principales : le corps muqueux de Malpighi faiblement coloré en rouge, et la couche cornée colorée en jaune strié de rouge. Entre la couche cornée et le corps muqueux s'étagent deux couches accessoires : du côté de la couche cornée, le *stratum lucidum ;* du côté du corps muqueux, le *stratum granulosum.*

Le *stratum granulosum* est formé par une, deux ou un plus grand nombre de rangées de cellules légèrement aplaties, granuleuses et colorées en rouge vif par le carmin, tandis que les autres éléments de la peau sont à peine teintés. A l'aide d'un fort grossissement on peut déjà reconnaître que dans ces cellules la coloration porte surtout sur les granulations qu'elles renferment. Ce fait se voit mieux encore dans le tégument de certains animaux. Dans l'intérieur de ces cellules il existe, sous forme de gouttes, une substance particulière qui se colore fortement en rouge par le carmin.

Le *stratum lucidum,* dans les préparations de la peau de l'homme obtenues par la méthode indiquée, est d'abord coloré en jaune à peu près uniforme; mais bientôt, le réactif colorant continuant son action, on voit s'y produire, au voisinage du *stratum granulosum* et à la surface de la coupe (la supérieure ou l'inférieure), des gouttes qui se colorent en rouge, comme celles qui sont dans les cellules du *stratum granulosum.* Ces gouttes sont libres.

Cette substance, comme huileuse, l'auteur lui donne le nom d'*éléidine.* L'éléidine se forme dans le *stratum granulosum,* se répand dans le *stratum lucidum* et disparaît dans la couche cornée ; elle joue donc un rôle important dans les processus de kératinisation de l'épiderme.

SUR LA STRUCTURE DES LIGAMENTS LARGES. Note de M. *Alph. Guérin.* — Des recherches répétées un grand nombre de fois dans les pavillons de l'école pratique de médecine ont prouvé à l'auteur que le ligament large est fermé de toutes parts par des aponévroses; de telle sorte qu'on peut dire qu'il constitue une cavité aponévrotique, présentant à peu près la même résistance en avant, en arrière et en bas. Nulle part, le tissu cellulaire n'est en moindre quantité qu'en ce point, et il y présente une densité peu favorable à l'inflammation phlegmoneuse. C'est bien une cavité fibreuse, close par des feuillets aponévrotiques, recouverts en avant et en arrière par le péritoine.

On admettait que le ligament large est ouvert en bas, dans l'intervalle de ses parois antérieure et postérieure; mais il n'en est rien, et dans ce point il existe une aponévrose qui est la continuation du *fascia propria* qui est accolé au péritoine au niveau du pubis. Au moment où le feuillet péritonéal se réfléchit de bas en haut pour se mouler sur le ligament large, le *fascia propria* se divise en deux feuillets, dont l'un vient former la paroi antérieure du ligament large, et dont l'autre se continue horizontalement et forme la base résistante du ligament. Quand, avec un peu d'attention, on décolle le *fascia propria* des tissus sous-jacents, on reconnaît qu'il est tiré en haut au niveau du bord inférieur du ligament large, qui présente en ce point une concavité.

Ainsi, le ligament est constitué de toutes parts par des feuillets aponévrotiques qui s'opposent à ce qu'un liquide injecté dans l'intervalle de ces feuillets se répande dans le tissu cellulaire voisin. Quand cette notion anatomique sera admise par tout le monde, on examinera de plus près l'origine des phlegmons du bassin, et l'on arrivera à reconnaître que c'est à l'*adéno-phlegmon juxta-pubien* qu'il faut réserver les symptômes attribués jusqu'ici au phlegmon du ligament large.

SUR L'ÉTAT DES CELLULES GLANDULAIRES DE LA SOUS-MAXILLAIRE APRÈS L'EXCITATION PROLONGÉE DE LA CORDE DU TYMPAN. Note de MM. *Arloing* et *Renaut.* — Depuis que M. Heidenhain a émis l'opinion que les glandes sous-maxillaires, en fonctionnant, détruisaient leurs cellules mucipares, que régénéreraient ensuite, pendant le repos, les cellules granuleuses des calottes de Gianuzzi, M. Ranvier a fait voir que, sur la sous-maxillaire du chien épuisée par l'excitation de la corde du tympan, les cellules muqueuses sont vides, granuleuses, à noyau gonflé et redevenu central, mais nullement détruites. Le protoplasma et le noyau subsistent et peuvent régénérer le mucus de la cellule pendant le repos de la glande.

Outre, disent les auteurs, que M. Heidenhain, un grand nombre de physiologistes ont persisté, malgré ces observations si judicieuses, dans leur opinion première, il est un point très-intéressant qui, à notre connaissance, n'a pas encore été élucidé. Dans la glande épuisée par l'excitation de la corde du tympan, les cellules mucipares redeviennent granuleuses; se sont-elles changées en cellules identiques avec celles de la calotte marginale, ou ont-elles conservé leurs caractères distinctifs?

Ces expériences très-délicates, faites sur l'âne, ont donné aux auteurs les résultats suivants :

L'aspect de la glande *non excitée* ne différait pas de celui présenté par une glande au repos. Les calottes étaient formées de cellules à protoplasma granuleux teint en rose, l'épithélium mucipare était teint en bleu pâle et ses noyaux plats, refoulés à la base, étaient vivement colorés en violet.

Dans la glande *épuisée*, toutes les cellules d'un même alvéole étaient devenues granuleuses, avec un noyau rond et central; mais on reconnaissait nettement, sur tous, les cellules mucipares à leur couleur bleue et les cellules des calottes à leur couleur rose. La démarcation était aussi nette que sur une glande au repos. Les signes qui, avec l'état granuleux des cellules muqueuses, marquaient le plus évidemment l'activité de la glande, étaient une énorme accumulation de globules blancs dans le tissu conjonctif interlobulaire, et le rapetissement des cellules muqueuses, celles de la calotte étant au contraire gonflées. Ainsi *les cellules muqueuses de la sous-maxillaire ne se détruisent pas en fonctionnant.* En outre *ces cellules, en redevenant granuleuses, ne prennent pas les caractères histochimiques des cellules de la calotte, mais gardent les leurs propres.* Enfin *les cellules granuleuses, analogues à celles des glandes à ferment, ont une individualité propre et ne sont pas les formes embryonnaires des cellules mucipares.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le doctour *Proust* comme membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. Tardieu, décédé.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. *Ferray*, pharmacien de 1re classe, à Evreux, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (*Accepté.*) — 2° Une lettre de M. le docteur *Mauriac* (de Bordeaux), accompagnant l'envoi de la traduction d'une brochure intitulée : *La propylamine, la triméthylamine et leurs sels, étudiés aux points de vue pharmaceutique et thérapeutique*, par le docteur *Costa Alvarenga* (de Lisbonne).— 3° Une note de M. *Muston*, pasteur protestant à Bourdeaux (Drôme), relative au traitement des déviations de la colonne vertébrale chez les jeunes filles par la marche sur un plan incliné latéralement. (Présentée par M. *Broca*.)

M. *Noël Gueneau de Mussy* présente, au nom de M. le docteur *Nivet*, professeur

à l'École secondaire de médecine de Clermont-Ferrand, une série de brochures à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

M. le docteur *Vidal*, médecin de l'hôpital Saint-Louis, demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 10 juillet 1875. Ce pli cacheté, ouvert séance tenante par M. *le Secrétaire perpétuel*, est relatif au traitement du prolapsus du rectum par des injections d'ergotine.

M. *Devilliers* présente, au nom de M. le docteur *Verrier*, un exemplaire de la troisième édition de son *Manuel pratique de l'art des accouchements*.

M. *Dechambre* présente, au nom de M. le docteur *Cortieu*, une brochure intitulée : *Étude médicale sur la retraite des Dix-Mille*.

Statistique médicale municipale. — On se souvient que M. le préfet de la Seine a consulté l'Académie sur l'utilité d'établir une statistique municipale et sur les moyens d'obtenir la coopération des médecins traitants. La question avait été examinée dans une séance précédente par M. Lagneau, qui avait lu un rapport au nom de la commission nommée par l'Académie.

M. *Bourdon* prend aujourd'hui la parole sur cette importante question. L'orateur fait observer que l'on est généralement d'accord sur le principe, mais que la question la plus délicate et la plus difficile est de savoir comment il est possible d'obtenir la coopération des médecins traitants, et de sauvegarder en même temps le secret professionnel.

Dans le rapport de M. Lagneau, deux systèmes sont en présence : celui de M. le préfet de la Seine et celui de la commission.

Dans le premier système, M. le préfet adresserait à tous les médecins de Paris une circulaire dans laquelle, s'appuyant sur l'approbation de l'Académie, il ferait valoir les avantages que présenterait, au point de vue de la science, leur coopération à l'œuvre de la statistique nosologique, et ferait appel à leur concours et à leur bonne volonté. Ensuite, chacun de ces praticiens recevrait un carnet à souche comprenant des Bulletins sur lesquels on le prierait d'inscrire le nom du décédé et la maladie qui a causé la mort. Ce Bulletin, plié et cacheté, porterait, imprimée d'avance, l'adresse de M. le préfet de la Seine, et serait jeté à la poste, sans être affranchi, la préfecture jouissant de la franchise postale.

Pour garder le secret auquel il est tenu, le médecin pourrait, lorsqu'il croirait devoir le faire, supprimer dans le Bulletin le nom de la maladie, et le remplacer par un simple numéro qui correspondrait à l'une des causes de mort inscrites dans la nomenclature.

La commission, dans les deuxième et troisième conclusions de son rapport, propose un autre système qui lui paraît devoir offrir encore plus de garantie pour le secret professionnel.

Dans chaque mairie, un employé tient un registre à souche sur lequel sont transcrits les certificats rédigés par les médecins de l'état civil. Une feuille portant les mêmes indications et le même numéro d'ordre que la souche de ce livre est détachée et portée par un employé de la mairie au domicile du médecin traitant. Celui-ci est invité à y inscrire l'indication de la maladie qui a déterminé la mort de son client. Lorsqu'il le juge nécessaire, il peut supprimer, et cela très-facilement, les nom et prénoms du décédé. Cette feuille, mise sous pli cacheté, est rapportée par l'employé à la mairie, et dirigée, de là, sur le bureau de la statistique médicale.

M. Bourdon trouve à ce dernier système plusieurs difficultés. Il est, dit-il, plus compliqué dans son mécanisme, il demande plus de temps pour sa mise en œuvre, il est beaucoup plus dispendieux, et, point capital, il ne sauvegarde pas mieux le secret professionnel que le système de la préfecture. En effet, il laisse nécessairement subsister, comme dans le projet préfectoral, la confrontation, au bureau de statistique, de la lettre du médecin traitant avec la feuille de décès du médecin vérificateur, c'est-à-dire le rapprochement inévitable du nom de la maladie et du nom du décédé, ce qui pourrait, à la rigueur, permettre des indiscrétions, aussi bien dans un système que dans l'autre. Mais M. Bourdon pense que l'on pourrait être complétement rassuré lorsque le travail de confrontation sera confié, comme tout le monde le demande, à des médecins tenus par la loi de garder le secret professionnel.

M. Bourdon, en conséquence, est d'avis que l'Académie approuve le système proposé par M. le préfet de la Seine, comme étant le plus simple, le plus rapide, le moins dispendieux, et comme sauvegardant, autant que possible, le secret que sont en droit de réclamer le médecin et la famille des décédés.

M. *Broca* pense qu'on doit surtout chercher à obtenir la collaboration des médecins traitants. Pour cela il faudrait qu'un employé de la mairie se rendît au domicile de chaque médecin avec le bulletin à remplir; autrement, il faut s'attendre à des négligences. Quant à la question de dépense, elle ne peut être transformée en objection; la plupart de nos confrères satisferaient à cette demande.

On a parlé du secret professionnel, mais il n'y a pas à s'inquiéter de cette question, puisque le dépouillement de la statistique doit être fait par des médecins et que d'ailleurs le nom du décédé pourra être supprimé.

M. *Hardy* pense qu'il serait difficile qu'un employé de la mairie se rendît au domicile de chaque médecin. Ce système serait d'une exécution difficile, car le médecin qui a traité un malade demeure souvent à une grande distance de la mairie où le malade est mort. Il pense qu'il serait plus simple que le maire adresse une lettre d'avis au médecin, de remplir le bulletin de statistique et de renvoyer par la poste.

M. *Depaul* fait remarquer que toutes les statistiques sont nécessairement défectueuses, même celles des hôpitaux, qui se présentent cependant dans de bonnes conditions. Il pense également que les médecins traitants se refuseront souvent, dans l'intérêt des familles, à faire connaître les causes réelles du décès, quelque précaution qu'on prenne contre la divulgation de la maladie.

M. *Bergeron* dit que personne n'ignore que toutes les statistiques sont nécessairement défectueuses et qu'il faut simplement s'appliquer à les avoir aussi perfectionnées que possible. Il se rallie à la proposition de M. Hardy.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 25 JUIN 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Utérus bilobé, cause de présentation du tronc. — Traitement de l'étranglement interne par la gastrotomie. — Eczéma des moignons d'amputation. — Luxation incomplète et passagère du cartilage semi-lunaire externe. — Tuberculose primitive de l'œil.

M. *Polaillon* fait un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. *Rey* (de Gaillac).

Chez une femme en travail M. Rey constata une présentation du tronc, le dos de l'enfant tourné en avant; la femme était bien conformée. Version podalique. En faisant l'expression utérine pour hâter la délivrance, M. Rey constata que l'utérus était bilobé; cette déformation fut appréciable pendant tout le temps que l'utérus dépassa la symphyse pubienne. La malade s'étant bien rétablie, il manqua l'examen anatomique de la matrice; mais la malformation intérieure est probable. Deux fois, en des cas analogues, l'autopsie a confirmé cette opinion.

— M. *Terrier* fait une communication sur le traitement de l'étranglement interne par la gastrotomie. Il a déjà lu à la Société de chirurgie une observation dans laquelle il avait ouvert le ventre pour lever un étranglement; le malade avait guéri.

Aujourd'hui, il s'agit d'une jeune infirmière de la Salpêtrière, accouchée pour la troisième fois à la fin de novembre 1878. Depuis, elle eut souvent des douleurs dans le ventre. Le 28 janvier dernier, elle fit une chute et entra à l'infirmerie.

Par le toucher vaginal, M. Terrier trouva le col utérin

mou, entr'ouvert, l'utérus volumineux; empâtement dans le cul-de-sac latéral gauche. La malade se reposa quinze jours et reprit son travail.

Le 17 février, dans la soirée, survint une douleur abdominale très-vive, avec frissons et vomissements. La malade était ordinairement constipée depuis son accouchement.

Le 18, la face est altérée, les yeux sont excavés; le pouls, petit, est à 130; la température, 37 degrés. Douleurs abdominales très-vives, principalement sur la partie latérale droite de la région ombilicale; ces douleurs sont spontanées au moment des coliques et provoquées par l'exploration du ventre. Pas de gaz, pas de selles; pas d'empâtement appréciable. On donne de la glace. Injection sous-cutanée de morphine; sangsues; diète absolue. La malade se trouve un peu mieux dans la soirée.

Le 19, vomissements; température, 37°,4, mêmes signes que la veille. Le maximum de la douleur est toujours au même point. Rien du côté des organes génitaux qui puisse donner l'idée d'une pelvi-péritonite.

Opération de la gastrotomie le 20 février, après une mauvaise nuit : les douleurs de ventre étaient atroces, les vomissements incessants. La malade est chloroformée. La méthode de Lister est appliquée dans tous ses détails. M. Terrier fait une incision de 7 centimètres au-dessous de l'ombilic; le péritoine est ouvert : il s'écoule un liquide séro-sanguinolent; le péritoine est couvert d'arborisations vasculaires; il y a un commencement de péritonite.

Les anses de l'intestin grêle sont accolées par des adhérences molles et sont distendues. M. Terrier cherche avec les doigts le point où porte l'étranglement. Arrivé vers le bassin, il trouve une bride résistante, ayant le volume du petit doigt; au-dessous se trouve une anse intestinale aplatie. La bride paraît aller du ligament large à la base du sacrum. M. Terrier a vu cette bride et l'anse aplatie qui passait au-dessous. Il la rompit et n'eut pas de vaisseaux à lier. Il y avait aussi des adhérences anormales de l'intestin à la paroi postérieure de l'abdomen. L'opération dura de quarante à cinquante minutes. Sutures profondes et sutures superficielles avec fils d'argent. Quand l'opérée se réveilla, elle ne souffrait plus; les coliques et les vomissements cessèrent, pour ne plus revenir. Le soir, le pouls était à 125 et la température à 40 degrés. La nuit fut bonne.

Le 21, la malade rendit des gaz par l'anus et eut une selle diarrhéique. Les sutures profondes sont enlevées le 27; la malade était guérie.

M. *Després*. Il y a longtemps que l'idée d'ouvrir le ventre pour guérir une péritonite est entrée dans l'esprit des chirurgiens; on lave l'intestin et l'on fait la suture. M. Terrier a-t-il lavé l'intestin? a-t-il eu affaire à un étranglement complet?

M. *Lucas-Championnière* a assisté à l'opération. Pendant la recherche de l'étranglement, il a maintenu une grande partie de l'intestin hors du ventre au moyen de compresses phéniquées. La guérison, malgré le commencement de la péritonite, est un fait banal dans l'histoire des ovariotomies.

M. *Duplay*. Ce fait plaide en faveur de la gastrotomie pour la cure de l'étranglement interne. M. Duplay a pratiqué trois fois cette opération et sans succès.

La difficulté réside dans la recherche de la cause de l'étranglement. M. Duplay a opéré une première fois à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Peter. L'abdomen ouvert, malgré toutes les recherches, on ne trouva pas la cause de l'étranglement. L'autopsie révéla la présence d'une bride au niveau de la terminaison de l'intestin grêle. Il est important de diriger d'abord les recherches vers la valvule de Bauhin; voir si le gros intestin est distendu ou non par les gaz; descendre ensuite ou remonter, selon l'état de l'intestin.

Deuxième opération, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Benjamin Anger, absent pour le moment. La malade était arrivée à une période avancée de l'étranglement interne; le gros intestin était distendu; à l'union du côlon transverse et du côlon descendant existait une bride qui étranglait l'intestin. La bride fut sectionnée, mais les parois ulcérés de l'intestin se rompirent; la malade mourut.

Enfin, la troisième opération fut faite en ville. Le malade, atteint d'un rétrécissement cancéreux de l'S iliaque, mourut.

M. *Berger*. M. Terrier a laissé persister les adhérences de l'intestin à la paroi abdominale postérieure; or, peut-on bien s'assurer de l'état de l'intestin sans rompre ces adhérences? et, en outre, n'est-ce pas exposer le malade à de nouveaux accidents? N'y a-t-il pas avantage à rendre sa mobilité à l'intestin? Cela est difficile, mais non impossible.

M. *Tillaux*. La chirurgie subit une véritable transformation au point de vue des maladies de l'abdomen. M. Nélaton a formulé l'opération de l'entérotomie pour remédier à l'étranglement interne. M. Tillaux a défendu cette opération dans son livre, mais aujourd'hui il est converti à la gastrotomie. Si Nélaton avait assisté aux opérations que nous faisons actuellement, il accepterait la gastrotomie. L'entérotomie n'est pas rationnelle : elle ne s'attaque qu'aux symptômes; la gastrotomie s'attaque à la cause. En présence des résultats obtenus, nous devons accepter cette dernière opération.

M. *Houel* donne la statistique des entérotomies faites par Nélaton; il a guéri 4 malades sur 6 opérés.

— M. *Duplay* a observé dernièrement, sur deux amputés, un accident assez désagréable. Un homme de cinquante ans subit l'amputation de l'avant-bras pour un phlegmon de la main; guérison. Bientôt un eczéma envahit le moignon et s'étend jusqu'au coude; cela dura six mois.

Un autre individu subit l'amputation de la jambe pour une fracture mal consolidée et rendant la marche impossible; guérison. Un eczéma parut sur le moignon et dura six mois. Avant l'opération, un eczéma s'était déjà montré sur la jambe. Ces deux faits doivent être rapportés aux éruptions qui se développent sous l'influence des troubles trophiques, à une névrite des nerfs du moignon. Pendant six mois ces opérés ne purent supporter aucun appareil.

— M. *Lannelongue* présente une petite fille âgée de onze ans, chez laquelle on n'avait rien remarqué de particulier dans la marche jusqu'à l'année dernière. L'an dernier, en marchant, elle sent un craquement dans le genou. A partir de ce moment, elle a toujours ressenti un craquement chaque fois qu'elle fléchit la jambe. Depuis un mois, elle souffre pendant la marche.

Quand on fléchit le genou de 20 degrés, on entend un bruit particulier; au delà, rien. Le bruit reparaît si l'on reporte la jambe dans l'extension. Sur le côté externe de ce genou gauche on sent comme l'impulsion d'une lame élastique qui vient frapper le doigt; cette impulsion est transversale, comme si le fibro-cartilage était en cause. On ne peut pas invoquer une cause traumatique. M. Lannelongue a reproduit sur le cadavre la luxation du fibro-cartilage et l'état que l'on constate chez cette enfant. Le condyle externe du fémur passe dans chaque flexion en arrière du fibro-cartilage semi-lunaire externe; il y a luxation incomplète et passagère. M. Lannelongue propose de placer le membre dans un appareil inamovible, dans l'extension, pendant trois à six mois. On établira ainsi des rapports plus exacts entre les surfaces articulaires.

M. *Duplay* ne pense pas que le cartilage semi-lunaire soit assez mobile pour expliquer l'état du genou. Chez la malade de M. Lannelongue, il y a une laxité de toute l'articulation, et c'est peut-être toute la surface articulaire du tibia qui passe en avant du fémur. Il y a un certain degré de *genu valgum* chez cette enfant.

— M. *Parinaud* présente une malade atteinte de tuberculose primitive de l'œil. C'est le deuxième cas qu'il observe. Il y a cinq mois, sans douleur, il se fit un affaiblissement

progressif de la vision du côté de l'œil gauche. Il existe un écoulement purulent de l'oreille gauche. Le père est mort tuberculeux. Pas de trace de syphilis. On voit sur l'iris plusieurs tumeurs de volume inégal. L'une d'elles a la grosseur d'une tête d'épingle; elle est jaunâtre, inégale. On voit, en outre, une véritable granulation grise sur le bord adhérent de l'iris. Hypopion indolent dans la chambre antérieure : c'est de la matière tuberculeuse tombée dans cette chambre. On ne voit pas le fond de l'œil. Rien aux poumons ni au ventre.

M. Parinaud a vu un autre cas semblable. Il y avait aussi un hypopion indolent et des tubercules sur l'iris.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Excitabilité de la base de l'encéphale et influences inhibitoires : M. Brown-Séquard. — Passage des sels de cuivre du sang maternel dans le sang fœtal : MM. Gréhant et Philipeaux. — Élimination de l'oxyde de carbone : M. Gréhant. — Sueurs locales (atropine et pilocarpine) : M. Straus. — Minimum de l'image rétinienne perceptible : M. Maurel.

M. *Brown-Séquard*. La partie antérieure de la moitié droite du cerveau a été enlevée chez un chien; chez un cochon d'Inde une section de la moitié droite de l'encéphale a été pratiquée au-devant du tubercule *nates :* ces deux expériences ont donné le résultat suivant : Cinq à six mois après l'opération, les parties excitables de la base de l'encéphale [corps strié, pédoncules, moelle allongée] ont été soumises à l'action de courants galvaniques, appliqués du côté même de la lésion : aucun mouvement ne s'est produit du côté correspondant, l'animal n'a pas manifesté de douleur.

M. *Carville* demande si l'examen histologique des parties des centres nerveux situées au-dessous des points sectionnés n'a pas révélé des lésions de nature à expliquer l'absence d'excitabilité constatée au bout de plusieurs mois. Cet examen n'a pas encore été fait, mais le sera.

Passant à des faits d'un autre ordre, M. *Brown-Séquard* rappelle l'influence d'arrêt exercée sur la moitié opposée de la base de l'encéphale par la section d'un nerf sciatique (voy. *Gaz. hebdom.*, 27 juin 1879). Sur un animal qui vient de subir cette expérience, la section du second sciatique laisse intacte l'excitabilité de la seconde moitié de la base de l'encéphale. Ce fait, en apparence contradictoire, devait être en quelque sorte prévu. Quels que soient les trajets suivant lesquels s'exercent les influences inhibitoires manifestées par la section des sciatiques, on peut admettre qu'ils suivent dans la moelle le côté d'où ils partent et s'entre-croisent seulement dans l'encéphale. Au moment de la section du deuxième nerf, l'influence inhibitoire devra donc suivre une ligne qui traversera une région privée d'excitabilité par le fait même de la section du premier. Elle ne pourra dépasser cette zone inexcitable, et la moitié de la base encéphalique sur laquelle elle eût agi conserve toutes ses propriétés normales. Ces influences d'arrêt se rattachent à des faits connus en pathologie dès le temps de Galien. Tout le monde sait qu'on fait avorter une attaque d'épilepsie en faisant une forte ligature sur le membre à l'extrémité duquel commence l'*aura*. On peut arriver au même résultat en pinçant, en brûlant les doigts du même côté ou du côté opposé. Que fait-on alors, sinon exciter les nerfs périphériques et mettre en jeu leur influence inhibitoire qui se manifeste aussitôt par la suspension de l'attaque?

— M. *Gréhant* rend compte, au nom de M. *Philipeaux*, d'une expérience dans laquelle les aliments d'une lapine en gestation ont été chaque jour additionnés d'acétate de cuivre. Les petits dont le poids total était de 500 grammes contenaient ensemble $0^{gr},005$ de cuivre.

M. *Galippe* rappelle qu'il a publié dans sa thèse une expérience tout à fait semblable.

— M. *Gréhant* a cherché à déterminer quelle quantité d'oxyde de carbone (CO) un animal empoisonné par ce gaz peut éliminer. Il s'est servi pour ses expériences d'un chien du poids de 9 kilogrammes environ, obligé de respirer un mélange contenant 100 centimètres cubes de CO pour dix litres d'oxygène. Les inhalations toxiques étaient suspendues dès que la moitié des globules étaient altérés, au bout de dix minutes environ. Les cinquante premiers litres de gaz expiré à partir de ce moment contiennent 5 centimètres cubes de CO; les cinquante suivants 4 1/2. Des analyses successives faites aux diverses phases de l'élimination montrent que jamais la quantité de CO ne s'élève au-dessus de ce qu'elle a été dès le début par rapport à la quantité d'air expiré, soit 1/10000ᵉ. Cette élimination est donc très-lente; elle dure de deux à trois heures dans les conditions d'empoisonnement ci-dessus indiquées. Si, en pareille circonstance, on fait respirer à l'animal un mélange contenant 1/10000ᵉ CO, c'est-à-dire la proportion maximum de gaz nuisible qu'il peut rejeter, l'élimination s'arrête, et l'air expiré ne contient pas plus de CO que l'air inspiré. Ce fait entraîne la conséquence pratique suivante : un individu asphyxié par les vapeurs du charbon doit être transporté hors de la pièce où l'accident s'est produit; sinon, on aurait beau créer des courants d'air, l'atmosphère de la chambre contiendra longtemps assez de CO pour empêcher l'élimination du gaz absorbé, et la mort résultera peut-être du défaut d'élimination.

— M. *Straus* expose une série de faits relatifs à la physiologie des sueurs locales. L'injection hypodermique de $0^{gr},01$ de nitrate ou de chlorhydrate de pilocarpine détermine l'apparition de sueurs au niveau du point où la piqûre a été faite, avant l'apparition des sueurs générales et de la salivation. Si le médicament est donné à doses plus faibles ($0^{gr},002$ ou $0^{gr},003$), l'action locale se produit seule et l'effet général fait défaut. Chez un animal en sueur, l'injection hypodermique de sulfate neutre d'atropine provoque de même la cessation locale des sueurs avant d'en déterminer la suspension générale. Chez l'homme, des doses extrêmement faibles d'atropine, un millième de milligramme, suffisent à donner lieu à cette action desséchante locale : la glande sudoripare paraît plus sensible à cet agent que l'iris lui-même. Si, après avoir arrêté des sueurs par l'atropine, on recommence à injecter de la pilocarpine, les sueurs locales se produisent seules; mais si la dose d'atropine a été portée chez l'homme à $0^{gr},006$, chez le chat à $0^{gr},003$, la pilocarpine injectée comme dans les autres expériences à la dose de $0^{gr},01$ ne détermine même plus l'apparition des sueurs locales. La réfrigération due à la pulvérisation de l'éther sur un point limité de la peau a des effets analogues à ceux de la belladone. La pilocarpine injectée au milieu de la plaque anesthésiée fait suer tout le sujet sauf dans les points refroidis par la pulvérisation, alors même que ceux-ci ont recouvré leur couleur, leur consistance et leur température normales.

— M. *Maurel*, ayant dû mesurer l'acuité visuelle d'un grand nombre de sujets destinés aux divers services de la marine, croit pouvoir rectifier une assertion généralement admise en ophthalmoscopie. On pense, en effet, que la plus petite image perceptible doit mesurer sur la rétine d'un œil emmétrope 5 millièmes de millimètre. Mais la grande majorité des individus examinés ayant pu lire facilement à une distance de $12^m,70$ des lettres de 12 millimètres de haut, M. Maurel arrive par le calcul à conclure que le minimum de l'image perceptible doit être abaissé à 4 millièmes de millimètre et demi.

X. ARNOZAN.

REVUE DES JOURNAUX

Du pansement des plaies articulaires avec la poudre d'aloès, par le docteur E. Millet.

Il s'agit d'une plaie par arrachement de l'index gauche et de l'ouverture de l'articulation de la phalangine avec la phalange. Les deux phalanges désarticulées pendaient comme un corps inerte, n'étant plus retenues à la phalange restante que par un lambeau de peau d'un centimètre environ de largeur, à la partie interne, et par le tendon du fléchisseur profond.

Notre confrère de l'armée française a employé un mode de pansement fort simple emprunté à l'art vétérinaire, et qui a parfaitement réussi. Chez le cheval, les plaies articulaires, même avec écoulement abondant de synovie, guérissent d'une façon remarquable par l'application d'aloès en poudre. Pourquoi n'obtiendrions-nous pas, chez l'homme, un résultat analogue, surtout lorsqu'il s'agit d'une petite articulation? Dans cet espoir, après avoir remis en place les deux phalanges arrachées, M. Millet plaça le doigt mutilé sur une attelle très-petite (de 10 centimètres de long, sur 2 de large, de façon à ne pas gêner les mouvements de l'articulation métacarpo-phalangienne), garnie d'un coussinet d'ouate, puis la plaie circulaire fut abondamment saupoudrée d'aloès finement pulvérisé, et une bande étroite appliquée par-dessus, sans compresse, sans charpie, maintint le tout en place.

Le blessé fut envoyé à l'hôpital, faute de place à l'infirmerie, et le chirurgien traitant voulut bien, sur ma demande, continuer ce système de traitement. Ce pansement si simple fut renouvelé deux fois seulement en quinze jours; il n'y eut ni fièvre ni inflammation locale, pas de douleur, à peine un peu de gonflement, d'engorgement du doigt blessé, et pour ainsi dire pas de suppuration; la cicatrisation se fit comme pour une plaie simple, et ce doigt, débarrassé depuis quelque temps déjà de son appareil, a repris une partie de sa mobilité; il ne sera nullement ankylosé et avec le temps et un exercice journalier il ne restera probablement aucune trace de l'accident.

Après avoir émis plusieurs considérations au sujet de l'emploi de l'aloès dans le traitement des maladies chirurgicales, M. Millet termine par les conclusions suivantes, qui méritent de fixer notre attention.

L'aloès doit donc, d'après l'auteur, reprendre parmi les médicaments topiques le rang qu'il avait autrefois; il satisfait en effet à une double indication : il agit comme cicatrisant en même temps qu'il constitue un véritable pansement par occlusion; la poudre d'aloès s'agglutine effectivement par la seule chaleur de la main et tapisse la plaie d'une couche imperméable qui s'oppose au contact de l'air; peut-être est-ce cette raison qui a calmé presque instantanément la vive douleur accusée par le blessé. Ce mode de pansement a en outre l'avantage d'être extrêmement simple, on ne le renouvelle qu'à de longs intervalles. Il a donné dans ce cas un succès complet; c'est insuffisant sans doute pour permettre d'affirmer les avantages de ce moyen de traitement, mais, comme un essai est facile à tenter, on peut toujours le conseiller aux chirurgiens qui se trouveraient en présence d'accidents analogues à celui que nous avons rapporté plus haut. (*Archives médicales belges*, mars 1879.)

Mémoire sur les kystes du vagin, par le docteur G. Eustache.

L'auteur résume dans les propositions suivantes ce qui a trait à l'histoire anatomique et clinique des productions kystiques du vagin.

1° Les kystes du vagin ne sont pas d'origine glandulaire, puisque les glandes du vagin n'existent pas. Ils sont de nature irritative et se développent aux dépens des alvéoles de la tunique fibreuse ou du tissu conjonctif sous-jacent. Ce ne sont pas des kystes par rétention, mais de véritables tumeurs hygromateuses.

2° Ils sont produits par les diverses causes afférentes qui portent sur le vagin; la véritable cause déterminante est presque toujours un accouchement antérieur.

3° Leur diagnostic est facile quand on se livre à un examen attentif de tous les symptômes locaux. Les confusions que l'on a pu commettre seront évitées désormais par la pratique méthodique de l'examen au spéculum, du toucher vaginal et du toucher rectal.

4° L'intervention chirurgicale est la règle. L'incision cruciale de la tumeur, suivie d'une forte cautérisation au nitrate d'argent, sera toujours employée.

5° Quand le kyste est pédiculisé et flottant dans le vagin, on en pratiquera l'extirpation totale par une incision ovalaire à l'extrémité libre du pédicule et on réunira les bords de cette incision par des points de suture métallique. (*Archives de tocologie*, décembre 1878.)

Emploi du régime lacté dans la cystite chronique et après la lithotritie.

Le docteur Teevan rapporte un cas de cystite chronique qu'il a traitée par le régime lacté exclusif. Le canal alimentaire ayant été convenablement préparé avant de commencer le traitement, le malade prit d'abord une pinte de lait toutes les deux heures; sous l'influence de ce régime, l'urine devint comme un amas de muco-pus, et des morceaux de lait caillé furent vomis. Un peu plus tard les vomissements devinrent plus fréquents; mais l'urine devint entièrement claire et le malade quitta l'hôpital, guéri de sa cystite, au bout d'une quinzaine de jours de traitement.

Dans ses commentaires sur ce fait, M. Teevan dit que, outre la guérison probable par le régime lacté seul de la cystite chronique, affection excessivement ennuyeuse et rebelle, ce traitement a encore une autre application, c'est-à-dire le soulagement de l'irritation qui accompagne ou suit l'opération de la lithotritie. L'influence d'un régime exclusivement lacté sur l'appareil et la sécrétion urinaires est bien démontrée dans l'incontinence d'urine des enfants, affection que l'on guérit souvent en retranchant simplement la viande de leur alimentation que l'on borne alors au lait seul si c'est possible, ou au lait et au poisson si le premier de ces aliments n'est pas suffisant. (*The Lancet*, 7 décembre 1878).

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies des femmes, par le docteur Gaillard Thomas, professeur d'obstétrique et de gynécologie au Collège des médecins de New-York, traduit et annoté par le docteur Auguste Lutaud. 1 vol. in-8 de 760 pages. Paris, 1879, Lauwereyns. Prix : 16 francs.

Les études gynécologiques avaient pris en France un développement considérable au commencement de ce siècle, grâce à l'invention du spéculum et surtout aux beaux travaux de Récamier et de Lisfranc. L'impulsion étant donnée, les chirurgiens anglais, sous l'habile direction de Churchill, de Bennett, de Lee et de Clarke, produisirent un grand nombre d'ouvrages remarquables dont la plupart ont été traduits et appréciés en France.

Vers le milieu du siècle, l'Amérique, qui était pour ainsi

dire restée en dehors du mouvement scientifique gynécologique, se révéla par la publication de travaux qui surprirent le monde scientifique. C'était Mac Dowel et Peaslee qui proposaient une méthode opératoire pour la guérison radicale des kystes de l'ovaire, considérée jusqu'alors comme au-dessus des ressources de l'art; c'était Sims et Bozeman qui obtenaient dans le traitement des fistules vésico-vaginales des résultats inespérés. L'hôpital des femmes de New-York devenait un grand centre d'études gynécologiques et attirait justement l'attention des médecins européens.

Un premier ouvrage, publié en France par Sims il y a plus de dix ans, nous avait déjà initiés aux principales méthodes opératoires employées par les chirurgiens américains dans la pratique gynécologique; mais le livre de Sims était une œuvre personnelle pleine d'aperçus nouveaux et originaux, mais qui n'avait aucune des qualités didactiques qui conviennent à l'enseignement.

L'ouvrage dont M. Lutaud vient de nous donner la traduction se présente avec des caractères tout différents. C'est un traité complet, aux divisions méthodiques et aux allures classiques, qui réunit sous un volume relativement restreint toutes les maladies de l'appareil génito-urinaire de la femme. L'auteur s'est efforcé d'éviter les digressions inutiles et les théories controversées qui ne doivent pas figurer dans un livre pratique destiné surtout à l'enseignement. Il a su également se garder des exagérations et des hardiesses qu'on rencontre si fréquemment dans les traités qui nous viennent d'outre-mer. Ce sont là des qualités assez précieuses pour être particulièrement signalées.

Quel est cet ouvrage et dans quel esprit a-t-il été conçu? La plupart des traités de ce genre publiés en France pendant ces dernières années, ceux de Aran, de Nonat et d'autres encore plus récents, ont eu pour base cette idée générale que les affections de l'appareil génito-urinaire de la femme ont pour cause un état constitutionnel, une diathèse, et que le traitement de ces affections doit être plus général que local. C'était une sorte de réaction contre les idées de Récamier et de Lisfranc qui avaient peut-être un peu abusé du spéculum et qui avaient ramené presque toute la pathologie utérine sur le col utérin. L'auteur d'un ouvrage tout récent, analysé l'année dernière dans la *Gazette hebdomadaire*, disait qu'il n'existe que des *affections utérines* et non des *maladies utérines* caractérisées par leurs symptômes propres et que le traitement doit attaquer directement.

Le livre dont nous donnons aujourd'hui l'analyse est conçu dans un esprit tout différent. S'inspirant des récentes conquêtes de la chirurgie contemporaine, sans négliger toutefois les questions pathogéniques et diathésiques, l'auteur a voulu faire une œuvre éclectique Tout en accordant à la pathologie générale la place et l'importance nécessaires, il s'est particulièrement attaché à donner une description des maladies de l'utérus et du traitement local qui leur convient. C'est ainsi que les chapitres consacrés aux affections externes de l'appareil génital, aux déplacements utérins, aux néoplasmes, etc., sont très-développés, et que la pathologie chirurgicale occupe dans ce livre une place plus considérable que la pathologie médicale.

Il ne nous paraît pas nécessaire de donner une analyse détaillée d'un livre dont les divisions sont classiques et diffèrent peu de celles généralement adoptées dans les ouvrages destinés à l'enseignement. Nous appellerons seulement l'attention sur les points les plus saillants.

Après avoir donné un aperçu historique très-complet et très-intéressant, l'auteur consacre un important chapitre à l'étiologie des maladies utérines. C'est là un chapitre de pathologie générale fort bien étudié et contenant une appréciation très-judicieuse des causes multiples qui engendrent la plupart des affections utérines : manque d'air et d'exercice, développement excessif du système nerveux, vices du costume, imprudences pendant la menstruation, imprudences après l'accouchement, etc. Tels sont les points qui ont été développés par M. G. Thomas avec un soin particulier. Il suffira de lire ce chapitre pour se convaincre que, si l'auteur a donné une place importante à la chirurgie, il n'a pas négligé les questions relatives à la pathologie médicale.

Nous appelons également l'attention sur un chapitre consacré à l'étude des moyens de diagnostic physique appliqués à la gynécologie. Il importe, en effet, que l'élève et le praticien se familiarisent avec le toucher, la palpation, l'emploi des diverses variétés de spéculums et d'hystéromètres. L'arsenal gynécologique, si compliqué et si varié, est décrit avec soin, et tous les instruments explorateurs de quelque importance sont représentés par des figures très-bien faites.

Nous passons sous silence les passages relatifs aux maladies de la vulve et du périnée, et nous arrivons à un chapitre très-important, dans lequel l'auteur décrit les procédés opératoires applicables au traitement des fistules vésico-vaginales. Les perfectionnements récemment introduits par les chirurgiens américains dans cette branche importante de la gynécologie ont été mis à profit par l'auteur, qui a acquis lui-même une grande expérience dans le traitement des fistules urinaires.

Les déplacements de l'utérus et leur traitement par les pessaires ont été étudiés avec un soin particulier. Nous engageons vivement les quelques cliniciens qui ont conservé une prévention contre l'emploi des pessaires à lire ce chapitre; ils y acquerront la certitude que ces instruments peuvent rendre de réels services lorsqu'ils sont appliqués avec discernement.

Les affections inflammatoires de l'utérus et de ses annexes, le phlegmon péri-utérin, l'hématocèle, les néoplasmes et les maladies organiques, la stérilité, la dysménorrhée, ont été l'objet d'une description claire et méthodique.

Terminons la partie analytique de ce compte rendu en signalant la dernière partie de l'ouvrage, consacrée à l'étude des maladies ovariennes, aux kystes de l'ovaire et à l'ovariotomie. M. Gaillard Thomas a acquis depuis longtemps une grande notoriété comme ovariotomiste, et les développements qu'il donne dans son livre, sur la pathologie et le traitement des kystes de l'ovaire, seront très-appréciés des chirurgiens.

Il nous reste maintenant à dire quelques mots à l'adresse du laborieux confrère à qui nous devons la traduction de cet important ouvrage. Tout en s'attachant à nous présenter le livre de G. Thomas avec toute son originalité, M. Lutaud a tenu à nous faire connaître les travaux postérieurs à la dernière édition américaine et quelques points de détail qui avaient pu échapper à l'auteur. C'est ainsi qu'il a donné une description du procédé opératoire proposé par M. Leblond pour l'amputation du col, qu'il a écrit une très-intéressante notice sur la fécondation artificielle et qu'il a ajouté un nombre considérable de figures et de notes, qui complètent l'ouvrage sans en altérer en rien le sens et l'originalité.

En somme, le nouveau *Traité de gynécologie* est empreint de l'esprit scientifique moderne; il est strictement mis au courant des découvertes récentes et il se présente sous une forme classique. Toutes ces qualités nous permettent d'assurer qu'il aura en France le même accueil qu'en Angleterre et en Amérique et qu'il sera d'une grande utilité, non-seulement à ceux de nos confrères qui s'adonnent spécialement à l'étude de la gynécologie, mais surtout aux médecins et aux élèves qui ont besoin d'un exposé clair et précis pour se guider dans la pratique.

Index bibliographique.

Traité d'hématologie dynamique pour servir de fondement a un système de pathologie vitaliste, par M. J.-A. Bassajet. 2 vol. in-8, 1878. — Montpellier, C. Coulet, et Paris, Delahaye.

Ceci est évidemment l'œuvre d'un esprit distingué, formé aux généralisations scientifiques, conséquent dans ses vues, habile à la dialectique, et bien servi par ces formes de langage un peu élastiques, un peu métaphysiques, qui conviennent aux dogmatistes. C'est aussi une œuvre consciencieuse; car, embarqué dans l'exposition d'un système qui n'est celui ni des médecins de l'antiquité, ni des médecins modernes (fussent-ils de Montpellier), il distribue ses critiques aux premiers comme aux seconds avec une égale indépendance. Hippocrate et Galien, par exemple, en ont leur bonne part; et même, à l'égard d'Hippocrate, on pourrait reprocher à M. Bassajet trop de sévérité en ce qu'il met sur le compte du père de la médecine des passages qui ne sont pas de lui, tels que ceux qui sont tirés du *Traité de la nature de l'homme*, de celui *des lieux dans l'homme* et de celui *des affections*. Mais cela importe peu à la valeur de la doctrine que l'auteur a entrepris de défendre.

Cette doctrine, quelle est-elle?

Comme il n'y a dans l'organisme (abstraction faite des gaz qui s'y forment ou y entrent du dehors) que des solides ou des liquides, il est toujours possible de ramener les théories médicales à une dichotomie : le solidisme et l'humorisme. L'appareil nerveux, qui exerce son action sur la totalité du corps, est la base naturelle du solidisme; le sang, qui, contrairement à l'opinion des anciens, ne contient pas les diverses humeurs, mais seulement les matériaux propres à leur formation, le sang est la base naturelle de l'humorisme. Subordonnez les nerfs d'un côté, et le sang de l'autre, au gouvernement d'une force distincte, régissant tout l'organisme, la *force vitale*, et vous aurez la raison de tous les troubles de la santé comme de tous les actes physiologiques. Telle est la doctrine. M. Bassajet ne s'occupe que du second côté du sujet. Le sang est vivant comme une fibre quelconque, comme la fibre nerveuse en particulier; il reçoit, comme celle-ci, « l'impression directe de la force vitale et y répond à sa manière », et c'est l'effet de cette impression, c'est son rôle dans la formation et dans le jeu régulier des organes, c'est son rôle aussi dans les dérèglements des actions vitales, dont l'auteur poursuit l'étude successivement sous le rapport critique, au point de vue théorique comme au point de vue pratique, sur le terrain de la fièvre, de la phlegmasie et des diathèses.

Nous voudrions bien accompagner l'auteur dans cette longue excursion; mais, on le voit par ce qui précède, ce serait à la fois un traité de philosophie sur les forces de la nature et un traité de physiologie générale à entreprendre. Rappeler que l'auteur se moque un peu des combustions comme explication de la chaleur animale suffit à montrer combien nous serions loin de nous entendre avec lui sur certaines questions fondamentales de physiologie et de pathologie. Nous lui soumettrons seulement deux remarques. Un des témoignages principaux qu'il donne de la vie propre du sang, de son rôle initial dans la production des phénomènes normaux et anormaux de l'organisme est que « dans la genèse de l'être vivant, le sang est, sans contredit, le premier de ses éléments à apparaître ». — « Le sang, ajoute l'auteur, *est le premier produit de la vie*, et, à ce titre, il doit être, si cela peut se dire, *plus près d'elle* et dans une dépendance plus immédiate; et non-seulement il est, par suite, *plus à portée de ressentir les impressions*, mais son état fluide et la mobilité qu'il lui donne le rendent encore plus apte *à les exprimer et à les communiquer aux autres éléments*. » A cette assertion, où l'on peut saisir un exemple de cette laxité d'expressions que nous signalions tout à l'heure, il n'y a qu'à répondre : que si, à la vérité, on rencontre dans le cœur du fœtus des globules sanguins avant de pouvoir y constater l'*élément* musculaire, la formation du cœur n'en précède pas moins celle des globules, comme les battements du cœur précèdent sa communication avec les vaisseaux, et que dès lors le développement de la matière organique, chez le fœtus, ne peut être mis sous la dépendance exclusive des globules sanguins. Nous ferons remarquer que, d'après les recherches récentes de Ranvier, ce ne serait pas le sang proprement dit, mais bien la lymphe, qui fournirait aux tissus les éléments de leur nutrition. M. Bassajet ne serait peut-être pas embarrassé de ce changement; il transporterait à la lymphe les attributs du sang, et le fond de son système n'en serait pas modifié. Mais il est bon, au moins, qu'il soit averti de cette éventualité.

Nous le répéterons en finissant, des ouvrages comme celui que nous annonçons ne doivent pas être traités à la légère par ceux même qui n'en acceptent pas les principes. En mettant en suspicion un peu *in globo* les conquêtes de la médecine moderne, il porte à réfléchir ceux qui s'accoutument trop à regarder toutes ces conquêtes comme bien légitimes et définitives. Le critique d'ailleurs y rencontre souvent, et c'est le cas ici, des aperçus critiques et des vues pratiques dont tout le monde, même à l'école de Paris, pourrait faire son profit. En un mot, nous conseillons la lecture du livre de M. Bassajet à ceux de son camp et à ceux du camp opposé, ou, suivant une expression connue, « à ses amis et à ses ennemis ».

Embryologie ou Traité complet des développements de l'homme et des animaux supérieurs, par M. Kölliker, traduction française. 1re livraison. — Chez Reinwald.

Nous annonçons avec empressement cette traduction d'un ouvrage important, qui a été confiée à M. Aimé Schneider, professeur à la Faculté des sciences de Poitiers, bien connu des savants français et étrangers par ses travaux publiés dans les *Archives de zoologie expérimentale et générale*. Cette traduction sera faite sous les auspices de M. de Lacaze-Duthiers, membre de l'Institut, qui y joindra d'ailleurs une préface.

Pour la commodité des souscripteurs, le *Traité d'embryologie* de M. A. Kölliker sera publié en 10 cahiers mensuels de 6 feuilles environ, format grand in-8°. On annonce 606 gravures sur bois intercalées dans le texte.

La propylamine et la triméthylamine et leurs sels étudiés au point de vue pharmacologique et thérapeutique, par le docteur P.-F. Da Costa Alvarenga, traduit par le docteur Mauriac (de Bordeaux). In-8 de 128 pages. — Paris, 1879, O. Doin; Bordeaux, 1879, Perret et fils.

Il semble que depuis quelques années l'attention soit particulièrement dirigée vers le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et chacun sait les recherches qui ont été faites avec la propylamine; depuis, ce médicament fut abandonné, cependant il mériterait peut-être d'être encore étudié; c'est pourquoi nous sommes heureux de faire connaître aux lecteurs le travail du docteur Da Costa Alvarenga, très-correctement traduit par M. le docteur Mauriac (de Bordeaux). Le mémoire de M. Alvarenga est complet au point de vue de la thérapeutique et de la théorie des médicaments propylamiques. Il commence par un chapitre intéressant sur l'historique de la question; puis il aborde la question chimique, sur laquelle nous n'insisterons pas davantage. Avec le chapitre second commence véritablement l'histoire médicale de la triméthylamine; son action physiologique sur l'homme et les animaux est traitée avec tout le soin véritable par le professeur Alvarenga; il passe successivement en revue les effets qui se produisent sur les divers appareils. L'auteur passe ensuite à l'étude thérapeutique de ces substances, et le mode d'emploi lui fournit l'occasion de donner les divers moyens qui ont été proposés, même avec les formules mises en usage par les différents auteurs. Dans quelles affections convient-il d'employer les médicaments propylamiques? Nous citerons les principales maladies à la cure desquelles le professeur Alvarenga a conseillé de les appliquer : 1° le rhumatisme articulaire aigu simple; 2° le rhumatisme compliqué. Celles des complications qui en permettent l'usage sont : les affections broncho-pulmonaires, les névralgies; les affections chroniques du cœur et les altérations du sang contre-indiquent, en général, l'usage de la triméthylamine. Ces médicaments peuvent rendre des services, moins grands, il est vrai, dans le rhumatisme blennorrhagique, les douleurs ostéocopes, les aphthes, les manifestations cutanées, les hydropisies, l'érysipèle, les fièvres intermittentes, les affections aiguës du cœur. Ils sont, au contraire, très-utiles dans la bronchite, la pneumonie, la pleurésie. Enfin l'auteur termine son travail en publiant les observations cliniques très-bien prises sur lesquelles il base ses conclusions.

VARIÉTÉS

EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR DES MÉDECINS ÉTRANGERS.

Sur l'initiative de M. Craninx, cette question, qui a fait du bruit en France il y a peu de temps, vient d'être soumise à l'Académie de médecine de Belgique. Les propositions adoptées à l'unanimité par l'Académie, conformément aux conclusions d'une commission dont M. Warlomont était le rapporteur, sont les suivantes :

1° Demander à M. le ministre de l'instruction publique d'ajourner l'instruction des demandes de dispenses de médecins étrangers, jusqu'à ce que, conformément à l'article 12 de l'arrêté royal du 17 octobre 1876 (qui autorise le gouvernement à accorder des dispenses aux médecins étrangers), le gouvernement ait déterminé les formalités à remplir dans ce cas. 2° Lui exprimer le vœu que l'article 42 de ladite loi soit modifié comme suit :

« Le gouvernement peut accorder des dispenses aux Belges et aux étrangers, munis d'un diplôme de licencié, de docteur ou de pharmacien, sur un avis conforme du jury d'examen. En ce qui concerne l'art de guérir, cette dispense ne peut, en aucun cas, être accordée au praticien qui ne justifierait pas de son aptitude à exercer à la fois comme médecin, comme chirurgien et comme accoucheur, devant le jury du troisième doctorat. Les dispensés devront résider en Belgique et obtenir, tous les trois ans, le renouvellement de leur dispense. La dernière disposition s'appliquera aux médecins qui ont été dispensés sous le régime de la loi du 20 mai 1876. »

INSPECTION MÉDICALE DES ECOLES. — Dimanche dernier, les médecins de Paris étaient convoqués dans les mairies pour élire les candidats parmi lesquels le préfet de la Seine choisira les inspecteurs des Écoles et des salles d'asile. Nous croyons savoir que, dans plusieurs mairies, un petit nombre de médecins a répondu à cet appel, et qu'en conséquence aucune liste n'a pu y être dressée.

PRIX GOBLEY. — Le prix biennal Gobley, de la valeur de 2000 francs, sera décerné, cette année, à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet se rattachant aux sciences pharmacologiques. Les pharmaciens français et les élèves ayant au moins quatre inscriptions seront seuls admis à prendre part au concours. Les mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Ecole avant le 10 août, à l'état de manuscrit, et n'avoir pas encore été publiés.

ORGANISATION DES HOSPICES CANTONAUX. — Le ministre de l'intérieur vient de soumettre à l'examen du conseil d'Etat un projet de loi destiné à régler l'organisation des hospices cantonaux, et généralement de tous les établissements d'assistance desservant un groupe de communes. Dans l'état actuel de la législation, ces établissements ne peuvent avoir par eux-mêmes d'existence légale; désormais ils constitueraient des établissements publics, comme les hospices communaux, et seraient administrés par un conseil composé des maires des communes intéressées, du conseiller général et des conseillers d'arrondissement. Les conseils généraux seraient également autorisés à fonder et à administrer des institutions cantonales ou régionales d'assistance. Ce projet pourra sans doute être déposé au Sénat avant la clôture de la session.

CORPS DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 1er juillet 1879, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Wéber, médecin principal de 2e classe à l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Sarazin, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Philippeville; Mathis, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Toulouse.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté). M. de Bourilhon, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Nemours. — (Choix). M. Lenoir, médecin-major de 2e classe à l'hôpital de Sidi-bel-Abbès (division d'Oran). — (Ancienneté). M. Bleicher, médecin-major de 2e classe, hors cadre. — (Choix). M. Vanmerris, médecin-major de 2e classe à l'hôpital de Dunkerque. — (Ancienneté). M. Bonnardot, médecin-major de 2e classe au 1er régiment de dragons.

NOMINATION. — M. le docteur de Beauvais, médecin en chef de Mazas, ancien chef de clinique de la Faculté, vient d'être nommé officier d'Académie.

HÔPITAL FRANÇAIS DE LONDRES. — L'inauguration du nouvel hôpital français a eu lieu le 7 juillet, en présence du prince de Galles et de son frère, le duc d'Édimbourg.

Leurs Altesses ont été reçues sur le seuil du nouvel hôpital par M. le comte de Montebello, ministre plénipotentiaire de France, assisté du marquis de Fethunières, du commandant Gervais, des docteurs Vintras et Colomiatis, et de M. Rimmel, secrétaire de l'œuvre de bienfaisance française.

Le docteur Vintras, médecin en chef de l'hôpital, a exposé la situation générale de l'œuvre, faisant remarquer les progrès qu'elle a accomplis. Cinq nouvelles salles ont été ouvertes et 43 000 malades ont été soignés dans l'hôpital français depuis sa fondation. Le prince de Galles a pris un vif intérêt à tous les détails qui lui ont été donnés en réponse à ses bienveillantes questions.

ANTHROPOLOGIE. — L'exposition anthropologique de Moscou vient de s'ouvrir. Un premier congrès en langue russe a été tenu à cette occasion. Au mois d'août aura lieu le congrès international, auquel l'Université de Moscou a invité un grand nombre de savants étrangers.

LINNÉ. — Une somme de 80 000 couronnes suédoises a été inscrite dans le budget de 1880 pour l'achat de la propriété d'Hammarby, près d'Upsal. Cette propriété appartenait à Linné, qui y a écrit plusieurs de ses ouvrages sur l'histoire naturelle. On la convertira en un musée qui sera placé sous la surveillance du recteur de l'Université d'Upsal.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 26 juin au 3 juillet 1879, on a constaté 893 décès, savoir:

Fièvre typhoïde, 15. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 2. Variole, 19. — Croup, 15. — Angine couenneuse, 17. — Bronchite, 42. — Pneumonie, 53. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 30. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 9. — Erysipèle, 1. — Autres affections aiguës, 220. — Affections chroniques, 362 (dont 128 dus à la phthisie pulmonaire.) — Affections chirurgicales, 51. — Causes accidentelles, 33.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Toilette d'une Romaine au temps d'Auguste et Conseils à une Parisienne sur les cosmétiques. 3e édition, augmentée d'un *Traité des éruptions de la face et du cuir chevelu*, et d'un *Mémoire* en collaboration avec M. le docteur Mance, *Sur le Traitement du bouton chancreux par la poudre du frère Cosme*, par le docteur Constantin James. 1 vol. in-18. Paris, Garnier frères. 3 fr. 50

De l'évolution historique du sens des couleurs. Réfutation des théories de Gladstone et de Magnus, par le docteur H. Dor, de Lyon, professeur honoraire de l'Université de Berne. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 1 fr. 50

Étude sur l'hygiène oculaire au lycée de Lyon, par le docteur H. Dor, de Lyon. Brochure grand in-8. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1875 (2e semestre) et 1876, par le docteur Péan. 1 fort vol. gr. in-8, avec 106 figures dans le texte. Tome II. Paris, Germer Baillière et Cie. 20 fr.
Le tome Ier, années 1874 et 1875 (1er semestre), se vend séparément. 28 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 17 juillet 1879

ACADÉMIE DE MÉDECINE : SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE.

Des éclaircies dans l'enceinte réservée aux dames; un très-petit nombre de savants étrangers à l'Académie; beaucoup de banquettes vides : voilà la physionomie de la salle. D'ordinaire les dames accourent pour entendre parmi les noms des lauréats ceux qui leur sont chers, et deux ou trois prix seulement ont été décernés; — ou pour voir revivre un instant devant elles un des leurs, l'illustration de la famille, que va évoquer un éloge public; et le panégyrique d'usage faisait cette fois défaut! Pourquoi? Quel empêchement est survenu à M. le secrétaire perpétuel, et songe-t-il assez que son habileté en ce genre difficile, son talent si sympathique et sa diction si attachante, se tournent ici en griefs contre lui? La mort, elle, est consciencieuse : elle fournit la matière avec une générosité cruelle; deux ou trois figures, si on le voulait, pourraient apparaître chaque année en ce jour de commémoration funèbre. On dit que ceux dont on néglige les tombes viennent vous tourmenter la nuit. Peut-être M. le secrétaire perpétuel dort-il paisiblement; mais il ne faut pas jouer avec ces choses-là!

La séance a été ouverte par la lecture du rapport sur les prix. Nous adresserons à M. Bergeron le reproche qu'on fait aux violettes : celui d'avoir de grandes qualités et de les cacher. M. Bergeron, après avoir exposé les difficultés toutes spéciales de sa tâche, difficultés que nous avons nous-même fait ressortir l'an dernier, a montré aussitôt, et même en les exposant, qu'il était fort au-dessus d'elles; mais ceux-là seuls ont pu s'en assurer qui ont l'ouïe fine ou qui ont du goût pour cette représentation de l'orateur antique, dans laquelle le bras droit est retenu par les plis de la toge pour mettre obstacle à la séduction du geste. Heureusement, pour notre part, et à force d'écouter, nous avons assez entendu ce rapport pour être en mesure de lui décerner les éloges qu'on doit à la distinction du style, à la délicatesse des pensées, à l'onction du sentiment et à la justesse des appréciations. Oui, tout cela est dans le rapport, et ressortira aux yeux de quiconque le lira. Ce n'est pas la manière du précédent secrétaire annuel. Les discours de M. H. Roger relevaient leurs qualités de fond par des pointes brillantes habilement distribuées, qui allaient de temps à autre piquer l'attention et l'empêcher de s'assoupir : celui de M. Bergeron est uni de surface; mais il plaira aux connaisseurs par la finesse et la solidité du travail. Au reste, l'Académie ne s'y est pas trompée, et l'a témoigné à plusieurs reprises par de vifs applaudissements.

On apprend par ce rapport que la plupart des prix proposés par l'Académie sont restés sans compétition, et que le bureau attribue ce fait à la renommée de sévérité que se sont attirée les commissions. Au-dessus de cette cause, peut-être y en a-t-il une autre plus générale et plus puissante, que nous appellerions volontiers les mœurs scientifiques du présent. Dans ce grand courant, si précipité, des études médicales, tous les travailleurs d'élite, les seuls à peu près qui pourraient résoudre telle ou telle question posée par l'Académie, sont engagés sur des pentes particulières au bout desquelles est un but défini, marqué (très-légitimement d'ailleurs) par l'ambition personnelle. Voilà le *prix* qui les tente et dont rien ne peut distraire leur activité : ni l'honneur d'un laurier académique, ni les quelques centaines de francs y attachés. Aussi serait-il fort à souhaiter qu'on pût réduire à un très-petit nombre, et seulement en cas d'opportunité spéciale, les questions déterminées, pour attacher les récompenses aux travaux nés de l'initiative privée. Alors la perspective deviendrait pour les travailleurs doublement encourageante, et l'Académie, de son côté, trouverait toujours, si elle y tient, à dépenser son argent.

Le défaut de panégyrique n'a pas été sans compensation. M. A. Chéreau, membre de l'Académie et bibliothécaire de la Faculté de médecine, a lu, sous le titre d'*Histoire d'un livre*, un mémoire fort instructif sur le *De christianismi restitutione*, de Michel Servet. C'est dans ce livre que se trouve le passage célèbre qui a fait attribuer à la victime de Calvin la découverte de la petite circulation ou circulation cardio-pulmonaire. L'orateur met sous les yeux de l'Académie toutes les pièces du procès, cite des textes, établit des rapprochements, médit un peu de Vésale, et arrive à cette conclusion, contraire à celle de Flourens, que la découverte dont on a fait honneur à Servet appartient tout entière à son contemporain Realdo Columbo, professeur à l'Université de Padoue.

Nous n'avons pas d'opinion sur un point d'histoire que nous n'avons pas vérifié; mais c'est justice de reconnaître que l'argumentation de M. Chéreau a paru convaincante. Et nous devons ajouter qu'il a su, en empruntant quelque chose à la vie religieuse et à la triste fin de Servet, retenir pendant près d'une heure l'attention de l'auditoire sur un sujet tout agrémenté de latin et d'anatomie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INFECTION ET L'IMMUNITÉ VACCINALES, par le docteur Maurice RAYNAUD, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière. — Mémoire lu à l'Académie de médecine dans les séances des 13 et 20 août 1878.

Dans deux notes communiquées en 1877 à l'Académie des sciences, j'ai fait connaître les premiers résultats d'expériences entreprises dans le but d'étudier le mode de transmission et de propagation de l'infection vaccinale, et de

l'immunité ultérieure qui en est la conséquence. J'ai depuis lors poursuivi ces recherches, tout en m'efforçant de les contrôler par une expérimentation plus étendue. Mes expériences dépassent aujourd'hui le chiffre de soixante, et quoique je sois très-loin de les considérer comme suffisamment nombreuses pour me permettre sur tous les points des conclusions définitives, le moment me semble pourtant venu d'exposer dans leur ensemble les résultats auxquels je suis jusqu'ici arrivé. C'est ce que je vais faire le plus succinctement possible.

Je désire d'abord bien préciser le but que je me suis proposé.

Le point de départ de mes recherches avait été la question très-spéciale et très-circonscrite de l'*inoculabilité du sang vaccinal*. En d'autres termes, le sang d'un individu vacciné était-il ou non capable de transmettre la vaccine? Dans le cas où l'expérience aurait répondu affirmativement, combien de temps après l'inoculation se manifesterait cette propriété contagieuse du sang, et combien de temps durerait-elle? A l'époque où je fis mes premières expériences, cette question très-simple n'avait pas, que je sache, encore été soulevée. On en conçoit pourtant tout l'intérêt pratique et théorique.

Pratiquement, on voit de suite de quelle immense importance serait une solution affirmative. Si, en effet, le sang du vaccinifère était capable de transmettre la vaccine, ce serait une ressource incalculable en temps d'épidémie de variole, puisque quelques gouttes ou quelques grammes de sang suffiraient pour vacciner des populations entières.

Mais c'est, je l'avoue, surtout par son côté théorique, c'est par son intérêt scientifique, que m'attirait cette question. La vaccine, quelque idée que l'on se fasse de son origine, peut être considérée comme le type des maladies virulentes. Elle en présente tous les caractères principaux, réunis et comme résumés en un court espace de temps: la transmission par inoculation, l'incubation, la régularité d'une éruption soumise, dans la succession de ses périodes, à des lois absolument fixes, et enfin l'immunité acquise pour l'avenir; en une douzaine de jours, tout ce cycle est accompli.

Or, pour plusieurs, nous pourrions dire pour la plupart des maladies virulentes les mieux étudiées, la transmissibilité par le sang est aujourd'hui admise.

Pour la syphilis, le fait n'est que trop certain; chacun connaît les célèbres expériences de Waller, de l'anonyme du Palatinat, de Pellizari. Parmi les maladies pour lesquelles des expériences ou des observations analogues semblent encore avoir établi la contagiosité du sang, on peut citer la variole, la scarlatine, la rougeole, la peste, le charbon, le sang de rate, la clavelée, la morve, la pneumonie contagieuse des bêtes à cornes.

Je suis loin de prétendre que tous ces faits présentent les mêmes garanties d'authenticité; personnellement je suis même porté à croire que, pour un certain nombre d'entre eux, une révision sévère serait indispensable. Nous n'en sommes pas moins en présence d'une masse considérable de documents dignes de la plus sérieuse attention. Et il faut bien le dire: le fait de la contagiosité du sang, dans les cas où il est bien établi, est de nature à donner à l'esprit une certaine satisfaction. En voyant le virus circuler, en quelque sorte, dans l'économie entière avec le liquide nourricier qui lui sert de véhicule, on est naturellement disposé à s'expliquer ainsi le caractère essentiellement général de ces maladies.

Sous ce rapport donc, la vaccine faisait-elle exception aux autres maladies virulentes? On reconnaîtra tout au moins qu'il y avait lieu de le chercher. C'est ce que j'ai fait: j'indiquerai bientôt les conclusions négatives auxquelles ont abouti mes recherches, sauf quelques réserves sur lesquelles j'aurai soin d'insister.

Une fois engagé dans cette voie, j'étais naturellement amené à me poser cette question, qui a préoccupé bien d'autres esprits avant le mien depuis la découverte de la vaccine, et qui est, sans contredit, l'une des plus ardues que puisse envisager la pathologie générale: entre le bouton de vaccin et la modification profonde et durable imprimée à l'ensemble de l'organisme, quel est le lien, quel est l'intermédiaire? Cette question, si digne de piquer au vif la curiosité scientifique, ne serait-elle pas susceptible d'une solution expérimentale?

Voici, en effet, une pustule insignifiante en apparence, et qui n'a guère plus d'importance locale que n'en aurait un bouton d'acné. Cependant le seul fait de son apparition éphémère sur un point du tégument a pour double effet de prévenir la variole et de rendre l'individu réfractaire pour l'avenir à une nouvelle atteinte de vaccine. Cela suppose, de toute nécessité, que l'économie entière a été atteinte, et il n'est pas besoin d'autre preuve pour établir l'existence d'une infection vaccinale. Mais il y a plus: pour que cette infection se produise avec tous ses effets, il n'est même pas nécessaire que le bouton local de vaccin accomplisse son évolution.

Je rappellerai ici une mémorable expérience de M. Chauveau. Cherchant à reproduire expérimentalement le *horse-pox* généralisé, cet éminent physiologiste partit de cette idée, que ce pouvait bien être l'éruption précoce du vaccin local qui s'opposait à une incubation suffisamment prolongée du virus, en créant dès le sixième ou le septième jour une immunité contre toute éruption ultérieure. Il imagina donc d'exciser sur un cheval, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, et avant toute apparition de bouton, le lambeau de peau qui avait reçu l'inoculation. L'événement justifia ses prévisions et, au bout de quinze ou vingt jours, il vit apparaître une éruption de horse-pox généralisé.

Il y avait, à mon avis, grand intérêt à reproduire cette expérience sur un animal de l'espèce bovine. Personne, en effet, n'est parvenu jusqu'ici à obtenir d'éruption généralisée chez la vache, qui s'y montre aussi réfractaire qu'elle est propice au développement du vaccin local. Il était donc important de savoir si l'on serait plus heureux en se plaçant dans les conditions si ingénieusement imaginées par le professeur de Lyon; dans le cas probable où l'éruption générale ne se produirait pas, il y avait lieu de rechercher si l'immunité vaccinale se produirait néanmoins.

J'ai fait cette expérience sur un veau. Vingt-six heures seulement après avoir vacciné cet animal par six piqûres, j'ai soigneusement excisé six rondelles de peau correspondant à chacun des points d'inoculation. Au moyen de sutures métalliques, ces petites plaies ont été réunies par première intention. Au bout de quinze jours, une douzaine de nouvelles inoculations ont été faites avec d'excellent vaccin. Une légère efflorescence de fausse vaccine s'est montrée presque immédiatement sur quelques-unes de ces inoculations secondaires; mais en moins de trois jours, tout avait définitivement et complètement avorté. L'animal tenu encore en observation pendant une nouvelle période de quinze jours, c'est-à-dire en tout pendant un mois, n'a présenté aucune espèce d'éruption. D'où il est permis de conclure: 1° que les animaux de l'espèce bovine sont très-probablement impropres au développement d'une éruption généralisée, puisque l'on échoue chez eux avec des moyens qui réussissent chez le cheval à déterminer le horse-pox; 2° que la pustule de vaccin n'est pas nécessaire pour qu'il y ait infection vaccinale, puisque l'immunité peut être bien et dûment acquise, même lorsque l'on supprime artificiellement l'évolution de la pustule. Je rappellerai à ce propos que M. A. Martin, il y a quelques années déjà, avait, chez une série d'enfants, détruit par le caustique de Vienne le point d'inoculation du vaccin, et cela avant toute apparition de bouton, et qu'il avait très-bien vu que cette destruction préalable n'empêchait nullement l'immunité de se produire.

Tels sont les faits. Dire, comme on le fait souvent, que par suite de l'inoculation du virus vaccin il se fait une sorte d'imprégnation de l'économie, c'est exprimer l'infection vaccinale par un autre mot; ce n'est pas l'expliquer. La physiologie

pathologique ne peut se contenter de cette formule. On est invinciblement amené à se demander toujours quel est l'intermédiaire qui établit la communication entre le point inoculé et l'ensemble de l'organisme. Ce n'est que dans le cas où cet intermédiaire, expérimentalement cherché, ferait absolument défaut, que l'on serait autorisé à invoquer ce mystérieux *consensus* hippocratique de la partie et du tout qui, pour être l'une des vérités les mieux assises et les plus anciennement reconnues de la médecine, n'en reste pas moins, en soi, l'un des problèmes les plus obscurs qui puissent s'offrir aux méditations du pathologiste.

Dans cet ordre d'idées, il m'a paru indispensable de procéder avec méthode. Étant donné, d'une part, un point de la superficie cutanée, servant de réceptacle au virus et, comme on dit, de porte d'entrée, d'autre part, l'économie qui ressent immédiatement cette influence et en est modifiée d'une façon permanente, on ne conçoit que trois voies par lesquelles puisse s'effectuer la communication ; ce sont les trois grands systèmes généraux, universellement répandus dans tout le corps, savoir : les vaisseaux sanguins, les vaisseaux lymphatiques, et enfin le système nerveux.

J'ai entrepris de faire porter l'expérimentation successivement sur chacun de ces systèmes. Ce n'a pas été sans de grandes difficultés d'exécution, et des difficultés peut-être plus grandes encore d'interprétation des faits observés. Mais le sujet me paraissait en valoir la peine, d'autant qu'en pareille matière les résultats négatifs, lorsqu'ils sont bien constatés, n'ont pas une valeur moindre que les résultats positifs.

I. — *Expériences sur le système nerveux.*

Quoique ces expériences soient parmi les dernières en date, je demande la permission, afin de déblayer le terrain, de commencer par les rapporter.

L'idée même qui me les a inspirées paraîtra peut-être singulière au premier abord. Je me persuade pourtant qu'elles n'étaient point absolument inutiles, et cela pour plusieurs raisons.

1° Je voulais, autant que possible, ainsi que je l'ai dit, ne négliger aucun des éléments de la question.

2° Dans l'ignorance où nous sommes du mode d'action des virus sur l'économie, il n'y a rien d'absurde, *à priori*, à supposer que cette action puisse se résoudre en une sorte d'impression spécifique transmise au système nerveux central par les cordons centripètes. Étant donnée même, comme seule démontrée, la pénétration par absorption, il n'est point impossible que le virus, une fois absorbé, agisse en dernière analyse comme un modificateur profond de l'innervation nutritive.

3° Enfin, lorsqu'on songe à la part de plus en plus large que les recherches contemporaines font au système nerveux dans l'évolution de certaines affections cutanées, dont le *zona* est le type le plus connu, mais non le seul à beaucoup près, on conçoit qu'il ne soit pas sans intérêt d'étudier l'influence possible de l'innervation sur la marche et le développement de l'éruption vaccinale.

Le problème expérimental se posait donc ainsi : intercepter toute communication entre un point de la périphérie et les centres nerveux, puis rechercher si cette soustraction de l'influence nerveuse aurait pour résultat, soit de modifier le vaccin dans son évolution, soit d'empêcher l'immunité ultérieure.

Ces expériences ont été faites sur des veaux. Sur un même animal je coupais à la fois le tronc du nerf sciatique et le nerf crural dans l'aine, ou plus simplement, et afin d'éviter des délabrements considérables, le nerf sciatique et le nerf saphène interne. Cela fait, et m'étant assuré de la paralysie du sentiment et du mouvement, je pratiquais un certain nombre d'inoculations vaccinales sur le canon ainsi énervé.

Dans ces conditions, les pustules se sont régulièrement développées.

Voilà donc un premier point acquis : la suppression de l'influx nerveux n'empêche pas le développement de la vaccine. J'ajouterai, à ce propos, que M. Chambon m'a dit avoir souvent pratiqué avec succès la vaccination sur des membres hémiplégiques.

La deuxième question était de savoir si le système nerveux avait une part quelconque dans la modification intime de l'économie, d'où résulte l'immunité vaccinale. S'il en était ainsi, l'interruption complète des conducteurs nerveux avant la vaccination devrait avoir pour résultat de s'opposer à l'immunité, et par conséquent une nouvelle inoculation faite sur un autre point du corps devrait réussir. Voici ce que m'a donné l'expérience.

Sur un veau ayant subi la section préalable des nerfs du membre postérieur, puis vacciné avec succès au canon, une douzaine de réinoculations ont été faites, le septième jour, au niveau du thorax. Toutes ces réinoculations ont avorté, sauf deux, qui présentaient, six jours après, une petite élevure appréciable au toucher, et assez semblable à un bouton de vaccin commençant. La sérosité recueillie par le raclage de ce bouton était transparente, mais ne présentait pas de coagulum comme le fait celle du bon vaccin. Inoculée à un deuxième veau en six points, cette sérosité a encore donné lieu à deux boutons très-maigres dont la sérosité présentait les mêmes caractères, et qui à son tour, inoculée à un troisième veau, n'a donné cette fois qu'un résultat absolument négatif.

Au total, l'avortement, qui est la règle chez un animal déjà vacciné, n'a été ici qu'un peu retardé. La section préalable des nerfs me paraît n'y avoir été pour rien. Il est assez commun, comme l'avait signalé Bousquet, de voir une réinoculation pratiquée au quatrième ou au cinquième jour donner encore lieu à des boutons chétifs dont la virulence va s'épuisant rapidement. Je crois être tout simplement tombé sur un cas un peu exceptionnel, dans lequel la limite du cinquième jour, posée comme absolue par Bousquet, s'est trouvée légèrement dépassée, et où le même fait a pu encore se produire au septième jour.

Je considère, en définitive, le résultat comme négatif, et je me crois autorisé à conclure que l'interception du courant nerveux n'exerce pas d'influence appréciable sur le développement du vaccin, et ne change rien à l'immunité ultérieure ; que, par conséquent, *le système nerveux n'est pas l'intermédiaire que nous cherchons.*

II. — *Expériences sur le sang.*

L'idée de chercher dans le sang l'agent de transmission et, si l'on peut ainsi parler, le véhicule de la virulence, est assurément la plus naturelle, et celle qui se présente la première à l'esprit. Aussi est-ce par là que j'avais commencé. N'y avait-il pas lieu de considérer le sujet vacciné comme atteint, au moins pendant la période éruptive, d'une maladie générale comparable à la variole, dont la vaccine occupe si heureusement la place, maladie ayant son point de départ au lieu d'inoculation, et ayant communiqué à la masse sanguine des propriétés virulentes? C'était à l'expérience de répondre.

On voudra bien remarquer qu'il ne s'agit pas ici, comme dans les expériences bien connues de M. Chauveau, d'introduire artificiellement du virus vaccin dans les voies circulatoires. Bien au contraire, dans toutes les expériences qui vont suivre, la méthode que j'ai constamment suivie a été d'éviter soigneusement de faire intervenir le virus vaccin en nature.

Mes expériences sur le sang des vaccinifères se divisent en deux séries.

A. Celles de la première série ont été faites avec de très-petites quantités de sang. Par une piqûre faite avec une aiguille à l'avant-bras ou à l'extrémité du doigt d'un enfant vaccinifère, je recueillais une goutte de sang que j'inoculais avec soin sous l'épiderme d'un autre enfant non vacciné, au moyen d'une

lancette, suivant le manuel opératoire usité pour les vaccinations ordinaires.

Comme il était permis de supposer que la date d'inoculation du virus chez le vaccinifère ne serait pas sans influence sur le résultat à obtenir sur le sujet inoculé par le sang, j'ai pris soin de m'arranger de manière que cette seconde opération fût séparée de la première par un intervalle de plus en plus grand. Le sang d'inoculation a, de la sorte, été emprunté à des enfants vaccinés depuis un, deux, trois et quatre jours, et ainsi de suite jusqu'à six semaines, en espaçant un peu plus, à mesure que je m'éloignais du point de départ. En procédant ainsi, j'étais bien sûr de ne pas laisser échapper le moment propice à l'inoculation du sang, si ce moment existait.

Le résultat de ces expériences a été constamment négatif. Jamais aucune trace de bouton vaccinal ne s'est montrée aux points d'inoculation du sang. Je n'ai pas davantage réussi en recueillant le sang par une piqûre faite tout près du bord d'une pustule. Dans tous les cas où j'ai pu faire la contre-épreuve, c'est-à-dire pratiquer une seconde vaccination *avec le virus*, chez des sujets ayant subi au préalable l'inoculation du sang, cette vaccination de contrôle a réussi, ce qui confirmait la stérilité de la première.

Ainsi donc, ni vaccination produite sur place par le sang, ni immunité ultérieure acquise par ce moyen, voilà ce qui ressort clairement de ces expériences.

B. Je me suis alors demandé si la dose de sang inoculé par le procédé que je viens de mentionner n'était pas insuffisante, et si le résultat ne pourrait pas changer lorsque l'on agirait avec des quantités de sang plus considérables, et j'ai été ainsi amené à pratiquer sur des génisses ou des chevaux des transfusions de sang vaccinal (j'appelle ainsi par abréviation le sang emprunté à la veine jugulaire d'un animal vacciné depuis sept à huit jours, et en pleine éruption).

Quoique j'aie multiplié et varié de diverses façons les expériences de cette seconde série, je n'ai pu arriver à dissiper toutes les obscurités que j'ai rencontrées sur mon chemin.

Ainsi, dans ma note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 5 mars 1877, j'annonçais que chez une génisse ayant reçu par transfusion 250 grammes de sang j'avais vu, quinze jours après, soixante inoculations cutanées de virus vaccin rester absolument stériles, quoique, dans l'intervalle, aucune éruption, aucune modification extérieure quelconque ne se fût montrée.

J'en concluais que la transfusion du sang vaccinal pouvait, à forte dose, communiquer à l'animal récepteur, non pas une éruption, mais simplement l'*immunité* contre une vaccination ultérieure, phénomène étrange qui se formulait dans mon esprit sous le nom de *vaccine sans vaccin*.

Je dois, au surplus, ajouter dès à présent que là se bornerait, en tout cas, le phénomène en question. Car, ayant pris du sang de cet animal ainsi artificiellement rendu réfractaire, et l'ayant transfusé à une autre génisse, non-seulement je n'ai déterminé chez celle-ci quoi que ce soit de visible, mais je ne lui ai transmis de la sorte aucune immunité ; cette dernière génisse, en effet, a pu être ultérieurement vaccinée avec succès. Il en résulte que, dans l'hypothèse où je viens de me placer, l'immunité communiquée par la transfusion ne dépasserait pas la première génération.

Par une coïncidence assez remarquable, cette doctrine d'une vaccination en quelque sorte virtuelle, ne s'accusant que par une immunité pure et simple, était, presque au même moment où je l'énonçais, la conclusion que M. Chauveau tirait d'autres expériences et soutenait avec un grand talent dans sa thèse inaugurale.

Dans ce même travail, il indiquait un point important selon lui : c'est que l'introduction du virus vaccin dans le tissu cellulaire sous-cutané déterminait une *tumeur* pouvant être considérée jusqu'à un certain point comme l'équivalent du bouton vaccinal. Or, pour pratiquer la transfusion, j'avais commencé par découvrir la jugulaire de l'animal récepteur au moyen d'une incision. J'avais noté ensuite une petite induration que j'avais attribuée à un thrombus. J'ai dû me demander si l'un de mes aides, au moment de l'opération, n'aurait pas eu au bout des doigts quelques parcelles de vaccin, qu'il aurait inoculées à son insu dans le tissu cellulaire; dans ce cas, l'immunité qui m'avait tant frappé n'eût plus rien eu de surprenant.

Chez un autre animal opéré par le même procédé, j'observai, sept jours après la transfusion, une tumeur inflammatoire, cinq à six fois plus volumineuse que la précédente. Autour de cette tumeur grosse comme une petite pomme, et à 2 ou 3 centimètres des bords de la plaie, se trouvaient quatre pustules vaccinales bien nettes. Était-ce une preuve de plus à invoquer en faveur de la virulence du sang? N'était-ce pas plutôt le résultat d'un accident opératoire?

Pour éviter cette cause d'erreur dans les expériences suivantes, au lieu de faire une incision à la peau, je me suis attaché à pratiquer la transfusion au moyen d'un trocart que j'enfonçais par un coup sec dans la veine jugulaire à travers la peau.

Trois veaux ont été opérés de la sorte. Chez tous les trois, aucune tumeur ne s'est développée au niveau de la piqûre, qui ne laissait même aucune trace au bout de deux ou trois jours.

Chez l'un de ces animaux, une vaccination d'épreuve, pratiquée au bout de quinze jours, a été stérile. J'allais en conclure naturellement à une immunité acquise du fait de la transfusion du sang vaccinal, lorsque, en examinant attentivement ma bête, je découvris sur une des paupières une toute petite cicatrice arrondie et recouverte d'une légère croûte, assez semblable en un mot à une cicatrice de vaccin. L'animal aurait-il été vacciné accidentellement, soit en se frottant contre les parois d'une étable où avaient été attachés avant lui d'autres animaux vaccinés, soit de toute autre façon? Cette cicatrice était-elle réellement une cicatrice de vaccin? Je suis obligé de rester dans le doute.

Par contre, je puis citer deux autres veaux qui ont subi une transfusion faite au moyen du trocart, et qui ont ensuite été vaccinés, l'un au septième, l'autre au huitième jour. Chez tous deux le vaccin a pris, ce qui prouve péremptoirement qu'ils n'avaient pas l'immunité. Le seul point à noter, c'est un léger retard : les boutons n'ont commencé à lever que vers le cinquième jour, au lieu de poindre dès le troisième, comme cela a lieu généralement chez un animal vierge de vaccin.

Même résultat dans une transfusion de cheval à cheval; voici en quelles circonstances. Dans le but de développer un *horse-pox*, j'avais injecté dans un vaisseau lymphatique d'un cheval le contenu de deux tubes de vaccin. Le but ne fut pas atteint, en ce sens qu'il ne se développa aucune éruption ni générale, ni locale. Mais ce cheval n'en fut pas moins réfractaire à une vaccination ultérieure. C'est là un bel exemple de vaccine virtuelle. Or, avant que ne fût faite cette vaccination de contrôle, et douze jours après qu'avait été pratiquée l'injection du vaccin dans les lymphatiques, je recueillis 400 grammes du sang de ce cheval. A ce moment-là, on peut affirmer qu'il pouvait être considéré comme dûment vacciné, ainsi que l'événement l'a prouvé. Ces 400 grammes de sang furent injectés dans la veine jugulaire d'un autre cheval. Le résultat fut nul; car ce deuxième cheval put ensuite être vacciné avec succès.

Pour résumer tout ce que je viens de dire sur ce point, on voit : 1° que dans tous les cas où il y a eu immunité acquise à la suite de transfusions de sang vaccinal, on peut élever des doutes pour des motifs divers; 2° que, d'autre part, je possède un certain nombre de cas très-nets dans lesquels il est positif que la transfusion de sang vaccinal n'a pas produit l'immunité.

On serait tenté de conclure, d'après cela, que le sang est étranger à la transmission de la vaccine. C'est, en effet, ce

que je considère aujourd'hui comme probable. Toutefois, pour ne pas dépasser les données de l'expérimentation, je crois qu'il faut se contenter de dire que des quantités très-notables de sang (250 à 500 grammes) peuvent être transfusées d'un animal vaccinifère à un animal non vacciné, sans qu'il se produise ni éruption spécifique, ni immunité; mais qu'il n'est pas impossible qu'exceptionnellement, soit dans des conditions de virulence extrême, soit avec une très-grande quantité de sang, la transfusion produise d'emblée l'immunité chez l'animal récepteur.

En tout cas, il devient infiniment peu probable, d'après ce que je viens de dire, que le sang puisse être considéré comme un véhicule direct recevant le virus pour le porter ensuite dans l'ensemble de l'économie.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Sur la déviation conjuguée.

Montpellier, 13 juillet 1879.

Je remercie cordialement la *Gazette hebdomadaire* de l'article si intéressant qu'elle a bien voulu consacrer à la discussion de mon travail sur la *Déviation conjuguée*, et je suis particulièrement reconnaissant à M. Chouppe de l'extrême bienveillance qu'il a mise dans la critique. Mais je vous demande la permission de relever une des assertions de cet article, qui me paraît avoir une certaine importance.

Il s'agit de l'observation LXI de Landouzy (16 de mon mémoire), empruntée à Jackson. Je la donne comme confirmative de ma loi, tandis que M. Chouppe la trouve d'accord avec les idées de M. Landouzy (première manière). Nous avions noté dans notre résumé : « *Convulsions à droite et yeux tournés à droite.* » Et M. Chouppe répond à cela (p. 439) : « *Que l'auteur nous permette de lui faire remarquer que pendant l'attaque convulsive (seul symptôme qu'il indique) le malade portait la tête à gauche, et qu'au contraire il ne la ramenait à droite (seule position qu'il indique) que quand à l'état convulsif avait succédé la paralysie.* »

Je viens de relire l'observation LXI de M. Landouzy (p. 179 de sa thèse) et je ne puis que maintenir mon premier résumé contre l'assertion de M. Chouppe. Voici, en effet, textuellement rapportés, les deux seuls passages où, dans cette observation, on parle de déviation de la tête et des yeux.

« Au bout de trois semaines, le malade eut une attaque qui débuta par une douleur dans l'épaule ; elle allait et venait, descendait vers le genou, puis remontait à la face. Point de douleur dans le bras, mais impossibilité absolue de s'en servir. *La tête*, au dire de sa femme, était tournée *à droite* et *la bouche tirée également à droite. Le bras droit était plié*, la *jambe droite tantôt pliée, tantôt tendue. Après la convulsion des membres*, le malade perdit connaissance... »

Ce passage tout entier et spécialement les mots que nous avons soulignés ne prouvent-ils pas qu'il y avait état convulsif? Puisque la bouche était tirée à droite, on ne peut pas dire qu'il y eût paralysie du facial à droite; or, comme règle pratique, nous avons rapproché la déviation conjuguée de la déviation de la face. Ce premier passage est donc en conformité parfaite avec notre opinion et en opposition avec celle de M. Landouzy (première manière) renouvelée par M. Chouppe.

Voici maintenant le second passage de la même observation :

Après avoir parlé d'une série d'attaques, qui étaient toutes convulsives, l'auteur les décrit : « Toutes, dit-il, avaient débuté par des mouvements saccadés de la main droite, la secousse agitait le bras en montant, puis le corps en descendant dans la jambe droite. Le côté droit du visage était atteint, mais non le gauche; et les *yeux étaient tournés vers la droite* (il n'y avait jamais rien à gauche). »

Ce second passage est encore plus clair et me paraît prouver péremptoirement que la déviation *à droite* se faisait *non dans l'état paralytique* (comme le dit M. Chouppe), mais *dans l'état convulsif* (comme je l'ai dit moi-même).

J'ai vainement cherché dans toute l'observation la phrase où M. Chouppe a vu que le malade tournât les yeux *à gauche* pendant les convulsions.

Je tenais à faire cette rectification, parce que c'est le seul fait sur lequel M. Chouppe s'appuie pour m'accuser « de me laisser entraîner par une vue théorique, de retenir quelquefois dans une observation la partie qui concorde avec ma manière de voir et de laisser passer un point dont l'importance m'échappe au moment même, et qui cependant pourrait devenir plus tard la base d'objections sérieuses ».

On voit que je n'ai pas choisi dans l'observation LXI ce qui me plaisait pour négliger le reste, et que par suite il ne peut pas y avoir là d'objection sérieuse.

Du reste, je remercie encore une fois M. Chouppe qui, malgré ses critiques, a adopté, comme conclusion finale de son article, une proposition tout à fait conforme à celle qui termine mon mémoire.

Reste à savoir si, comme le veut M. Chouppe, la loi ainsi formulée revient à la loi de Prevost, qui reste toujours vraie, dit-il, quoique modifiée dans son expression; pour moi, je ne le crois pas, et il me semble que les *expressions* sont assez complétement *modifiées* pour que la *loi* paraisse *nouvelle;* mais c'est là une question secondaire que chacun peut apprécier à sa manière.

J. Grasset.

RÉPONSE.

Nous répondrons brièvement à M. Grasset; le savant médecin de Montpellier nous fait deux reproches :

1° Nous l'accusons, dit-il, d'avoir mal et incomplètement résumé l'observation de Jackson, et il nous invite à lui citer la phrase sur laquelle nous basons notre assertion. M. Grasset avait lu l'observation de nouveau et n'y avait rien trouvé qui justifiât notre manière de voir, nous n'avions donc pas à la relire; et cependant nous étions assuré de n'avoir rien avancé que de rigoureusement exact; nous avons donc dû recourir à la thèse de M. Landouzy, et nous avons trouvé, non pas dans l'observation *résumée* qu'il publie aux pièces justificatives (observ. LXI, p. 179), mais dans le corps même de sa thèse, la phrase que voici : « A ce point de vue (il parle de l'excitation du centre rotateur), l'observation LXI nous paraît particulièrement instructive : *Au moment* où le malade est pris d'une attaque d'épilepsie hémiplégique droite, *il porte la tête à* GAUCHE, puis il la *ramène à* DROITE du côté des membres, qui de *convulsés* qu'ils étaient deviennent *paralysés.* » (Landouzy, p. 82.) Or, c'est dans sa discussion, alors que toute son attention est dirigée sur l'observation dont il a probablement le texte anglais sous les yeux, qu'il écrit cette phrase. Nous avons cru devoir lui accorder une valeur au moins égale à celle du *résumé* de l'observation de Jackson, qu'il publie plus loin. Car, quoi qu'en dise M. Grasset, nous ne trouvons nulle part, dans ce résumé, que la tête n'a pas été tournée à gauche; ce point n'est pas indiqué, et nous étions porté à penser que M. Landouzy, qui le dit si positivement, l'avait lu dans le texte anglais. En effet, le : « *Il n'y avait jamais rien à gauche* » que cite M. Grasset nous paraît, après une lecture très-attentive de l'observation, se rapporter aux convulsions ou à la paralysie et non à la rotation de la tête. Voilà les faits et les textes. M. Grasset a-t-il lu le texte de Jackson? Pour nous, nous ne l'avons pas lu; si M. Grasset le connaît, nous lui serions reconnaissant de nous renseigner. Si le malade n'a pas eu la tête tournée à gauche, nous avouons ne pas comprendre comment M. Landouzy a pu écrire la phrase citée plus haut.

Il va sans dire que nous n'avons jamais songé à accuser M. Grasset d'avoir *choisi* ce qui lui plaisait; il n'est pas de ceux qui peuvent être exposés à de telles imputations; nous éprouvons un véritable plaisir à le dire.

2° M. Grasset aborde incidemment le fond même de la question, et nous accuse, ayant émis une conclusion qui se rapproche de la sienne, d'avoir affirmé que cette conclusion était en somme la loi de Prevost, ou mieux celle de M. le professeur Vulpian. Sur ce point, nous n'entreprendrons pas de répondre aujourd'hui; mais nous espérons que M. Grasset ne croit pas avoir dit le dernier mot sur ce sujet, et que bientôt il publiera de nouvelles recherches qui nous permettront, soit de l'applaudir cette fois sans réserve, soit de discuter à nouveau un point de séméiologie cérébrale que nous lui promettons de ne pas perdre de vue.

H. Chouppe.

15 juillet 1879.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

IDENTITÉ DU « BACILLUS AMYLOBACTER » ET DU « VIBRION BUTYRIQUE » DE M. PASTEUR. Note de M. *Ph. Van Tieghem*. — Le 3 février dernier, l'auteur annonçait que l'Amylobacter, non-seulement dissout et fait fermenter la cellulose, mais fait fermenter aussi l'amidon soluble, la dextrine, la glycose et le sucre de canne après l'avoir interverti, en donnant, quelle que soit la substance fermentescible, toujours les mêmes produits. M. Prazmowski de Leipzig vient de constater que l'acide dont M. Van Tieghem indiquait la formation constante est de l'acide butyrique, et, sans autres preuves, sans même remarquer le dégagement d'hydrogène qui a toujours lieu dans ces conditions, il en conclut l'identité du *Bacillus Amylobacter* avec le *vibrion butyrique* de M. Pasteur. Le fait, d'ailleurs est exact. L'auteur était arrivé à ce résultat dans le courant de février, et, après l'avoir appuyé de preuves décisives, il le communiquait, dès les premiers jours de mars, à M. Pasteur, en même temps qu'il en faisait la démonstration à l'un de ses élèves, M. Bonnier, alors agrégé préparateur à l'école Normale.

M. Van Tieghem entre à ce sujet dans des détails qui ne peuvent trouver place ici.

NOUVEAU POLYGRAPHE, APPAREIL INSCRIPTEUR APPLICABLE AUX RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES. Note de M. *Marey*. — Sous le nom de *polygraphe*, l'auteur a décrit plusieurs appareils enregistreurs.

Celui qu'il présente aujourd'hui se compose d'un cylindre tournant sur lequel trois tambours à levier peuvent écrire à la fois. Pour réduire autant que possible les dimensions de l'appareil, il a placé à l'intérieur du cylindre le rouage moteur qui le fait tourner. Les trois tambours à levier qui écrivent à la fois sur le cylindre glissent ensemble dans une coulisse pour écrire sur une nouvelle région du papier chaque fois qu'un tracé a été obtenu. Dans ce déplacement, les trois leviers conservent leurs rapports de superposition.

Une modification a été introduite dans la construction des tambours. Au lieu d'être liée au pourtour d'une capsule de métal, ce qui lui donnait parfois une tension exagérée, la membrane élastique est serrée entre deux plaques annulaires de métal, dont l'une est formée par les bords mêmes de la capsule à air. En outre, la membrane est soudée au moyen de glu marine, ce qui rend la clôture absolument hermétique. On peut à volonté changer le nombre des tambours, suivant les besoins de l'expérience. La glissière qui les porte est susceptible d'un mouvement de bascule qui produit ou fait cesser à volonté le contact des styles écrivants avec le papier sur lequel ils tracent. La boîte qui contient l'appareil peut être portée à la main au moyen d'une poignée; elle renferme, dans un compartiment spécial, les différents explorateurs, les tubes de transmission avec leurs soupapes, une abondante réserve de papier, une pile et des appareils d'induction pour les excitations musculaires, une bougie pour noircir le papier qui recevra les tracés, enfin une gouttière formant cuvette dans laquelle les tracés seront fixés avec du vernis.

L'explorateur du pouls ou *sphygmographe à transmission*, étant employé seul, fournit des tracés d'une grande longueur: un ou plusieurs tours du cylindre. Cette longueur est avantageuse pour rechercher les irrégularités du pouls quand elles se produisent à longs intervalles et pour savoir si ces irrégularités ont des retours périodiques.

L'auteur a fait subir au sphygmographe à transmission des modifications qui en augmentent la fidélité. En outre, pour transmettre au levier incripteur les mouvements de cet instrument, il se sert de tubes de caoutchouc rendus inextensibles, ce qui est indispensable en certains cas...

La courbe du pouls est modifiée pendant et après un effort, ainsi que l'auteur l'a signalé depuis longtemps. Mais le sphygmographe ordinaire, à inscription de courte durée, était loin de fournir des tracés aussi intéressants que ceux qu'on obtient avec l'instrument à transmission sur le cylindre du polygraphe.

Enfin le pouls peut être inscrit en même temps que la pulsation du cœur. Une figure montre un spécimen de cette double inscription, qui prend un intérêt tout particulier dans le diagnostic des affections organiques du cœur et des vaisseaux. On lit en effet sur ce double tracé la manière dont le cœur envoie le sang et celle dont les artères le reçoivent.

SUR L'ORIGINE DES FIBRES NERVEUSES EXCITO-SUDORALES DE LA FACE. Note de MM. *Vulpian* et *Raymond*.

Est-il admissible, comme cela semblait résulter des expériences de Dupuy et de Cl. Bernard, que la paralysie des fibres nerveuses sympathiques destinées aux glandes sudoripares ait pour conséquence une suractivité du travail sécrétoire de ces glandes lorsqu'il s'agit de la peau de la face et du cou du cheval, une suspension de ce travail lorsqu'il s'agit de la peau des pieds du chat; que l'excitation électrique de ces fibres nerveuses détermine une cessation de la sueur sur la face et le cou du cheval, une sudation abondante sur les pulpes du chat?

Nous avons pensé qu'une telle contradiction ne pouvait pas exister, et nous avons cru devoir répéter les expériences de Dupuy (d'Alfort) et de Cl. Bernard, afin d'examinor si nous n'arriverions pas à retrouver pour l'action du système nerveux sur les glandes sudoripares de la face et du cou du cheval les mêmes faits que pour les glandes sudoripares des pieds chez le chat.

a. Dans une première expérience, faite comme les autres avec l'aide de M. Bochefontaine, le nerf vago-sympathique a été mis à découvert du côté gauche sur un vieux cheval blanc, à peau fine. Ce nerf a été coupé entre deux ligatures à peu près à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du cou. Au bout de quelques minutes, on constate que l'oreille gauche est beaucoup plus chaude que la droite et que les parties de la face qui sont glabres sont moins pâles et plus chaudes qu'auparavant. Il y a une congestion très-manifeste des vaisseaux de la conjonctive oculaire, de la conjonctive palpébrale, de la membrane clignotaute du côté gauche; il en est de même de l'intérieur de la narine du même côté. La pupille est devenue plus étroite. En même temps, toute la moitié gauche de la tête se couvre de sueur. On soumet à l'action d'un courant induit, saccadé, assez intense, le bout supérieur du nerf vago-sympathique. Toutes les parties qui s'étaient congestionnées pâlissent; la pupille de ce côté se dilate. La sueur ne paraît pas tendre à diminuer. La faradisation de ce bout supérieur du nerf est douloureuse; en outre, elle provoque de la toux.

On cesse la faradisation, puis on la recommence après quelques instants. Cette fois, on essuie avec soin les parties de la face où la sudation est le plus facile à observer. On constate de nouveau une violente agitation de l'animal, de la toux, de la pâleur des membranes muqueuses oculaire, nasale, labiale, du côté gauche. Il ne se reproduit qu'une très-faible quantité de sueur pendant la faradisation. L'effet a même paru douteux. La sueur reparaît au contraire assez rapidement après qu'on a cessé la faradisation. On observe encore les mêmes effets en répétant plusieurs fois la même excitation du nerf.

b. Nous avons essayé sur un autre cheval, vieux et épuisé, d'agir sur le ganglion cervical supérieur du sympathique et sur le cordon nerveux, assez long chez cet animal, qui va gagner le trou déchiré postérieur. Le cordon cervical du côté gauche a d'abord été lié immédiatement au-dessous de ce ganglion, et l'on a vu se produire les mêmes phénomènes de congestion, d'échauffement et de sueur qu'on avait observés dans la première expérience. Après avoir bien essuyé la peau de la joue en arrière et au-dessus de la commissure des lèvres, on a excité directement le ganglion cervical supérieur au moyen d'un courant faradique, saccadé, d'une moyenne intensité. Pendant la durée de l'excitation, la sueur se reproduit sur les parties de la joue qui ont été essuyées. Il y a eu de la douleur; l'animal n'a pas toussé. La faradisation est répétée plusieurs fois dans les mêmes conditions, et une fois seulement elle a paru retarder un peu l'apparition de la sueur. Il faut dire d'ailleurs que, chez cet animal, l'action vaso-constrictive déterminée dans la membrane muqueuse oculaire et les autres parties du côté gauche de la tête par la faradisation est relativement faible. On a ensuite placé une ligature, au-dessus du ganglion, sur le cordon qui en part pour se rendre au trou déchiré postérieur, puis on a faradisé ce cordon. L'animal a paru éprouver une vive douleur, si l'on en juge par l'énergie avec laquelle il s'est débattu. Les résultats, au point de vue de l'action sur les vaisseaux et sur les glandes sudoripares, ont été les mêmes que lorsqu'on élec-

trisait le ganglion cervical supérieur... (Suit une troisième expérience faite sur un cheval).

Ces expériences ne permettent pas, il est vrai, de résoudre d'une façon complète la difficulté que nous avons signalée; mais elles montrent la voie qui peut conduire à une solution entièrement satisfaisante.

Nous avons vu que la section du cordon cervical sympathique est suivie, comme l'avait indiqué Cl. Bernard, d'une production assez abondante de sueur sur les diverses régions de la tête et de la face; mais nous n'avons pas constaté que la faradisation du bout supérieur du cordon eût pour conséquence constante une suspension du travail fonctionnel des glandes sudoripares dans ces mêmes régions. L'excitation électrique de ce cordon nerveux ne produit cet effet qu'à la condition de déterminer un resserrement considérable des vaisseaux cutanés. Il nous paraît donc probable que le cordon cervical du sympathique ne contient que peu de fibres excito-sudorales, s'il en contient, et que les variations d'état physiologique de ce cordon n'agissent sur les glandes sudoripares que d'une façon plus ou moins indirecte, c'est-à-dire par les modifications de la circulation capillaire et de l'activité des éléments anatomiques, qui sont les conséquences de ces variations.

Action des sels de strychnine. — M. *E. Heckel* adresse, pour le concours du prix de physiologie, un mémoire intitulé : *Considérations générales sur la répartition des alcaloïdes dans les végétaux et étude physiologique de l'action des sels de strychnine sur les mollusques gastéropodes.* (Renvoi au concours du prix de physiologie).

Percussion et auscultation. — M. *Woillez* adresse à l'Académie, par l'entremise de M. Bouillaud, une note portant pour titre : *Note sommaire des faits scientifiques nouveaux contenus dans mon Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation.* (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie).

Choléra, peste, fièvre jaune. — M. *Pons* adresse une note intitulée : *La fièvre jaune, le choléra et la peste.* (Renvoi au concours Bréant).

Physiologie des sueurs locales; action et antagonisme locaux des injections hypodermiques de pilocarpine et d'atropine. Note de M. *I. Straus.*

1° Si l'on pratique, chez l'homme, une injection hypodermique de 1 à 2 centigrammes de nitrate de pilocarpine (dose physiologique) en solution dans 1 gramme d'eau, on observe les phénomènes suivants. Au bout de deux à cinq minutes, la peau recouvrant l'ampoule formée par le liquide injecté rougit, puis se couvre de gouttelettes très-fines de sueur. Ces gouttelettes apparaissent d'abord, non pas au lieu même de la piqûre, mais à la circonférence de l'ampoule, sous forme d'une collerette; peu à peu la sueur s'étend concentriquement vers le centre de l'ampoule, qu'elle finit par envahir totalement.

Cette sueur *locale* se produit deux à trois minutes avant la salivation, cinq à huit minutes avant la sueur générale.

2° En réduisant la dose, tout peut se borner à une action sudorifique locale : en injectant une ou deux gouttes d'eau tenant en dissolution de 1 à 4 milligrammes de nitrate de pilocarpine, on provoque une sueur purement locale, *sans le moindre phénomène général.* On peut ainsi, *à volonté, faire suer telle ou telle région du corps* et dessiner des lignes humides sur le reste de la peau demeurée sèche.

3° A l'aide d'injections sous-cutanées d'atropine, on peut réaliser l'expérience inverse. Si, chez un sujet en pleine sueur sous l'influence de la pilocarpine, on injecte sous la peau de très-faibles doses de sulfate d'atropine, on voit, à ce niveau, la sueur diminuer presque immédiatement; au bout de quelques minutes, elle est totalement supprimée. On peut ainsi réserver à volonté des lignes sèches sur la peau humide.

La peau en sueur d'un chat ou d'un homme peut être considérée comme un réactif extrêmement délicat de l'atropine, car il suffit de l'injection d'un *millionigramme* de cette substance pour produire l'arrêt local de la sueur.

4° Si, à l'aide du pulvérisateur de Richardson, on produit une réfrigération intense d'une portion de peau, et qu'ensuite on injecte à ce niveau 1 à 2 centigrammes de nitrate de pilocarpine, l'effet sudorifique *local* fait défaut, malgré l'établissement de la sueur générale. Même quand la réfrigération locale s'est dissipée, la sueur locale n'apparaît pas, ou très-tardivement et très-faible.

Le froid prolongé paraît donc agir comme l'atropine, en paralysant les actions sécréto-sudorales, paralysie qui persiste alors même que le fait physique du refroidissement et l'anémie locale se sont dissipés. Cette donnée est intéressante au point de vue de la physiologie pathologique des refroidissements et des rétrocessions de la sueur.

5° Les expériences de M. Luchsinger, confirmées par celles de M. Vulpian, ont montré que, chez le chat, une injection de 1 à 3 milligrammes de sulfate d'atropine arrête la sueur provoquée par l'injection de 1 centigramme de pilocarpine, mais que, si l'on injecte ensuite sous la peau de la pulpe d'une des pattes 1 centigramme de pilocarpine, la sueur reparaît sur cette patte, mais nulle part ailleurs. Comme le fait remarquer M. Vulpian, il en faut conclure que l'injection de 1 à 3 milligrammes de sulfate d'atropine chez le chat suffit pour suspendre l'action sudorifique générale de la pilocarpine; mais cette dose est impuissante à neutraliser une dose massive de pilocarpine portée sur les glandes sudoripares d'une région circonscrite de la peau.

Chez l'homme, nous avons constaté le même fait. En injectant 2 milligrammes de sulfate d'atropine, puis, une demi-heure après, en une autre région de la peau, 2 centigrammes de pilocarpine, il n'y a ni salivation, ni sueur générale, mais *simplement une sueur locale*, très-persistante parfois, au voisinage du point où a eu lieu l'injection de pilocarpine.

J'ai cherché à déterminer approximativement la quantité de sulfate d'atropine dont l'injection rend même ces doses massives *localement* inefficaces. Chez un homme vigoureux, à la jambe, j'ai pu injecter graduellement, sans inconvénient, 6 milligrammes de sulfate d'atropine (1 milligramme toutes les dix minutes). J'ai injecté ensuite en une seule fois jusqu'à 4 centigrammes de nitrate de pilocarpine sur le devant du sternum ; malgré cette forte dose, il n'y eut non-seulement aucune sueur générale, mais même *aucune sueur locale.* Chez l'homme, l'injection de 6 milligrammes d'atropine rend donc impossible tout effet sudorifique, tant *local* que général, de la pilocarpine. Sur un jeune chat, j'ai obtenu le même résultat.

Académie de médecine.

Séance publique annuelle du 15 juillet 1879. — Présidence de M. Baillarger.

Rapport sur les prix. — M. *Bergeron*, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix.

M. *Chereau* donne lecture d'un mémoire très-intéressant intitulé : *Histoire d'un livre.* (Voy. au *Premier-Paris.*)

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1878.

Prix de l'Académie. — Question proposée : *De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie, et réciproquement.* — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Il n'y a pas eu de concurrent.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question proposée : *Anatomie pathologique des cartilages articulaires.* — Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Aucun concurrent ne s'est présenté.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Question proposée : *Du rôle du système nerveux dans les maladies aiguës.* — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question proposée : *Des modifications des sécrétions buccales pendant la grossesse, et des conséquences que ces modifications peuvent entraîner.* — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix fondé par M. le docteur Barbier. — Ce prix était de la valeur de 4000 francs. Sept ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix. Elle accorde à titre d'encouragement : 1° 2000 francs à M. le docteur Burq, pour continuer ses recherches sur l'action des métaux en thérapeutique, sans pour cela se porter garante de ses théories; 2° 1000 francs à M. le docteur Roussel pour son travail sur la transfusion du sang.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ERNEST GODARD. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la pathologie interne. Il était de la valeur de 1000 francs. Six ouvrages ou mémoires ont été adressés pour ce concours. L'Académie ne décerne pas le prix. Elle accorde, à titre de récompense : 1° 600 francs à M. le docteur Auguste PELLARIN (de Paris), auteur de l'ouvrage inscrit sous le n° 1, ayant pour titre : *Des fièvres bilieuses des pays chauds en général, et de la fièvre bilieuse hématurique en particulier;* 2° 400 francs à M. le docteur Léo TESTUT (de Bordeaux), pour son travail intitulé : *De la symétrie dans les affections de la peau*, inscrit sous le n° 2; 3° une mention honorable à M. le docteur ARMAINGAUD (de Bordeaux), pour ses travaux inscrits sous le n° 6.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE. — Question proposée : *Du traitement de la mélancolie.* — Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Aucun concurrent ne s'est présenté.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ORFILA. — L'Académie avait mis de nouveau la question suivante au concours : *De l'aconitine et de l'aconit.* — Ce prix était de la valeur de 6000 francs. Un seul mémoire a concouru. L'Académie décerne le prix à ses auteurs : M. le docteur LABORDE, chef du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine; M. DUQUESNEL, pharmacien à Paris.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR SAINT-LAGER. — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR RUFZ DE LAVISON. — Question posée par le fondateur : *Etablir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation.* — Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Il n'y a pas eu de compétiteur.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR FALRET. — Question : *Rechercher quels sont les meilleurs éléments de pronostic dans les différentes formes de maladies mentales.* — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Un seul mémoire a concouru. L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à M. le docteur LAGARDELLE, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DESPORTES. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Il était de la valeur de 2000 francs. Trois ouvrages ont été adressés pour concourir. L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde une somme de 1000 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur J. LAMBERT, médecin à Nice, auteur de l'ouvrage ayant pour titre : *Etude clinique et expérimentale sur l'action de l'air comprimé et raréfié dans les maladies des poumons et du cœur*, inscrit sous le n° 2.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS AUX AUTEURS DE TRAVAUX RELATIFS A L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix la question suivante : *De l'assistance des enfants abandonnés du premier âge, et en particulier de l'institution des tours.* — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Six mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde, à titre de récompenses : 1° 600 francs à M. GIBERT, médecin à Marseille; 2° 400 francs à M. MACÉ DE CHALLES (de Saint-Mandé); 3° une mention honorable, avec médaille d'argent, à M. LACROIX, inspecteur des enfants assistés, à Mortagne (Orne).

Elle accorde, en outre, à titre de récompense :

1° *Une médaille d'or à :* M. le docteur Sanguin (Eugène), de Saint-Chamas (Bouches-du-Rhône).

2° *Des médailles de bronze à :* MM. les docteurs Pamard, d'Avignon (Vaucluse); Wintrebert, de Lille (Nord); Bertherand, d'Alger (Algérie); Zinnis, d'Athènes (Grèce).

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1876 :

1° *Une médaille d'or à :* M. le docteur Niepce, médecin inspecteur des eaux d'Allevard (Isère).

2° *Un rappel de médaille d'or à :* M. le docteur Reeb, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Bourbonne (Haute-Marne).

3° *Des médailles d'argent à :* MM. Barillé, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Rennes (Ille-et-Vilaine); Boissier, médecin inspecteur aux eaux de la Malou; Boudant, médecin inspecteur adjoint aux eaux du Mont-Dore; Bouillard, pharmacien-major de 1re classe; Cazalis (Henri), médecin inspecteur des eaux de Challes (Savoie); Dubuc (Michel), médecin inspecteur des eaux d'Audinac (Ariége); Frédet, médecin consultant à Royat (Puy-de-Dôme); Lassus, médecin inspecteur des eaux de Brides (Savoie); Nogaret, médecin inspecteur à Salies-de-Béarn; Perelli, médecin inspecteur de Pietra-Paulo (Corse); Planche, médecin inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault); Sales-Girons, médecin inspecteur à Pierrefonds.

4° *Rappel de médailles d'argent avec mentions honorables à :* MM. les docteurs Auphan, Ax (Ariége); Basset, Royat (Puy-de-Dôme); Caulet, Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées); Doin, Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne); Dumoulin, Salins (Jura); Foubert, Villiers-sur-Mer (Calvados); Grimaud, Barèges (Hautes-Pyrénées); Gubian, Lamotte-les-Bains (Isère); Tillot, Luxeuil (Haute-Saône); Vidal, Aix-en-Savoie.

5° *Médaille de bronze à :* M. le docteur Vaysse, Rennes (Aude).

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder pour le service des épidémies en 1877 :

1° *Une médaille d'or à :* M. le docteur Alison, à Baccarat.

2° *Des médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bec, à Mezel (Basses-Alpes); Veill; Bompaire; Druhen aîné, à Besançon; Métadier; Balanda, à Pomerols (Hérault); Farge, à Angers (Maine-et-Loire); Homo, à Château-Gontier; Aron; Claudot.

3° *Rappel de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Barbrau, à Rochefort; Daniel, à Brest; Daga; Manouvriez, à Valenciennes (Nord); Bocamy, à Perpignan; Remilly, à Versailles; Lenoel, à Amiens; Laeaze, à Montauban; Coste.

4° *Des médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bernard-Luquet; Vaysse (Louis), à Quilan (Aude); Spitalier, à Grasse (Alpes-Maritimes); Vedel, à Lunel (Hérault); de Valicourt; Maurice (Alphonse), à Vannes (Morbihan); Lemaistre, à Limoges (Haute-Vienne); Audet; Braye, à Tarascon (Bouches-du-Rhône); Camus.

5° *Des mentions honorables à :* MM. les docteurs Fournier, à Soissons; Sainton, à Bar-sur-Seine; Bernard, à Grenoble; Guillemaut, à Louhans (Saône-et-Loire); Mottard, à Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie); Cavaillon, à Carpentras (Vaucluse); Pasquet-Labroue; Géraud; Félix, à Bruxelles.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1877. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder : 1° *Un prix de* 1500 *francs partagé entre :* M. Henri Bernard, docteur en médecine, à Grenoble (Isère); Mme Desplanques, sage-femme à Tourcoing (Nord); Mme Subra, veuve Bories, sage-femme à Alger.

2° *Accorder des médailles d'or à :* MM. les docteurs Benoît (Léopold), à Apt (Vaucluse); Catel, médecin en chef de l'hôpital de Saint-Dizier (Haute-Marne); La Saigne, à Tournon (Ardèche); Perret, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

3° *Cent médailles d'argent* aux vaccinateurs dont les noms suivent, qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie :

Mme Alvergne, MM. Artance, Augé, Mmes Bachelier, Bardet-Chanudet, MM. Bariod, Barudel, Mlle Bauduin, MM. Bazin, Belloque, Benoît, Bergerat, Bernard, Mme Bézard, MM. Billières, Billot, Mmes veuve Boisson (née Granger), Boivin, Bonnetaud (née Rozier), Boulade, M. Boullet fils, Mme veuve Boutet, MM. Brangier, Carre, Mme Caumeil, MM. Chambon, Chardon, Ciaudot, Clément, Mmes Clément, Cormier, Mlle Cot (Mélanie), Mme Damemme, MM. De Chambure, De Lagarde, Mme Deyrale, M. Doumic, Mme Dufour, MM. Duhail (Paul), Dumolard, Fabre, Mmes Fabre, Farene, MM. Frouin, Gémin, Genoud, Mmes Gerbaine, Gribauval, Mlle Guernet, MM. Guirard, Harriague, Mmes Hautoy, veuve Hély (née Cretté), Hermann (Irma), MM. Hortet, Jaubert, Jeanbernat, Mme Labaisse, M. Labat, Mlle Labrosse, M. Lacombe, Mme Lallement, M. Lamfranchi, Mmes Lassère, Latour, Mlle Leclère, M. Legée, Mme Léger, MM. Lelièvre, Mallet, Maret, Mme Martin (Julie), MM. Massina (Henri), Maurin, Metzquer, Messier, Mmes Meunier, Millot (née Guillemin), MM. Neis, Parisot (Louis), Perrin, Phalippou, Pichat, Picou, Plonquet, Mme Pougnault,

MM. Pouy, Provensal, Mlle Rousseau, Mmes Roussel, Roux, M. Sauné, Mmes Simon, Stannion, M. Subert, Mmes Torné, veuve Tuvache, Mlle Verdon, Mmes Verjens, Vernier.

Nous donnerons dans notre prochain numéro l'indication des prix proposés pour l'année 1880.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — De la luxation des cartilages semi-lunaires du genou. — Anatomie des synoviales tendineuses du pied. — Restauration du canal de l'urèthre, détruit dans sa portion périnéale à la suite d'infiltration urineuse. — Présentation d'un malade. — Corps étranger du rectum.

La correspondance comprend une observation de kyste de l'ovaire compliqué d'étranglement interne : ovariotomie; on lève l'étranglement; guérison; par M. *Julliard* (de Genève).

— M. *Le Fort* désire faire quelques remarques à propos de la communication de M. Lannelongue sur la luxation des cartilages semi-lunaires du genou. Cet accident a été décrit par A. Cooper, Hey, Malgaigne, etc. Il y a longtemps, à l'École pratique, étant accroupi, M. Le Fort sentit quelque chose se déplacer dans le genou droit; quand il se releva, il ressentit une nouvelle secousse pour arriver à l'extension. Pendant longtemps cela fut ainsi toutes les fois qu'il y avait flexion de la jambe droite. Pas de liquide dans l'articulation du genou.

Dans le service de M. Le Fort, un malade se baissant pour ramasser quelque chose sentit un craquement dans le genou et eut de la peine à redresser la jambe. Le déplacement du cartilage s'était fait à la partie antérieure du genou; la douleur existait seulement en ce point, dans l'interstice articulaire. Il s'agit, dans ces cas, d'un déplacement du cartilage semi-lunaire et non d'un corps étranger articulaire.

M. *Després* a vu deux malades qui éprouvèrent une douleur vive dans le genou à la suite d'un craquement articulaire; il diagnostiqua un pincement de la synoviale; la guérison fut rapide. Toutefois, M. Després accepterait l'idée d'une luxation d'un cartilage semi-lunaire.

M. *Verneuil* a vu un malade amaigri chez lequel on constatait, dans la flexion de la jambe, une petite saillie correspondant au cartilage semi-lunaire externe. Dans l'extension, la saillie disparaissait; on pouvait produire de la crépitation en ce point. Le pincement de la synoviale est peu admissible; M. Verneuil croirait plutôt à une synovite localisée. Le traitement consiste dans l'immobilisation du membre étendu et dans les révulsifs. Les malades observés par M. Verneuil étaient rhumatisants.

— M. *Larger* lit un mémoire sur l'anatomie des synoviales tendineuses du pied. Ce mémoire fait partie de recherches anatomo-pathologiques sur les amputations du pied.

— M. *Notta* (de Lisieux) lit deux observations de restauration du canal de l'urèthre détruit dans sa portion périnéale à la suite d'infiltration urineuse.

Le premier malade, âgé de soixante ans, avait contracté à dix-huit ans une blennorrhagie qu'il garda toute la vie. Il urinait par l'urèthre et par les fistules périnéales. Le périnée était induré. Le malade étant sous l'influence du chloroforme, on incise en avant de l'anus les tissus indurés. Ne pouvant trouver le bout postérieur de l'urèthre, M. Notta plongea le bistouri au-dessus de l'arcade pubienne et put introduire une bougie par le col de la vessie. La plaie du périnée se ferma peu à peu, sauf une petite fistule qui laissait échapper quelques gouttes d'urine. Le malade ayant cessé de passer des bougies, cette fistule alla en augmentant l'année suivante.

Chez le deuxième malade, atteint aussi de fistules périnéales, l'urine ne passait plus par le canal depuis trois ans. Le périnée incisé, une sonde est introduite dans la vessie par le bout postérieur. Le bout antérieur fut traité par l'uréthrotomie interne; on établit une sonde à demeure. L'urine s'écoula presque en totalité par la verge.

M. *Després* a vu des urèthres rétrécis, mais jamais il n'a vu une oblitération complète de ce canal. Il n'a jamais rencontré un malade chez lequel il n'ait pu passer une bougie en baleine. Pour trouver le bout postérieur de l'urèthre, on fait uriner le malade au moment des recherches.

M. *Le Fort* a parfois cherché longtemps le bout postérieur de l'urèthre rompu et il ne l'a pas toujours trouvé. Quand il ne le trouve pas, il fait la ponction de la vessie; au bout de quelques jours, quand la plaie périnéale est détergée, il reprend les recherches en suivant la paroi supérieure du canal, ordinairement conservée.

M. *Lucas-Championnière*. On ne peut comparer les ruptures traumatiques de l'urèthre et les infiltrations périnéales dont parle M. Notta.

M. *Tillaux*. Quand toute l'urine sort par le périnée, le bout antérieur de l'urèthre s'oblitère; cela a été observé. Est-il nécessaire de rechercher tout de suite le bout postérieur du canal dans les ruptures traumatiques? Il vaut mieux attendre que les tissus se dégorgent. Quand il existe un hématome périnéal, suite de chute à califourchon, M. Tillaux fait une incision sur la ligne médiane; plus tard, le bout postérieur devient visible et le canal se rétablit parfois de lui-même sans qu'on mette de sonde.

— M. *Bouilly* présente un malade chez lequel il a réséqué le maxillaire supérieur. La réparation ne s'étant point faite, il a fallu appliquer un appareil prothétique.

— M. *Le Dentu* présente un couteau qu'il a retiré du rectum d'un individu de soixante ans. Ce corps étranger avait déterminé la formation d'une tumeur inflammatoire à la fesse droite. M. Le Dentu fit une incision et retira le couteau qui avait été introduit le manche en haut, dans un but peu avouable.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Tubercules de l'iris. La tuberculose primitive de l'œil peut-elle être le point de départ d'une généralisation du tubercule? — De la brachiotomie dans la présentation de l'épaule, quand la version est impossible. — Tumeur fibreuse du pharynx. — Bec-de-lièvre congénital et compliqué de la lèvre inférieure.

M. *Théophile Anger* lit un rapport sur une malade présentée par M. *Parinaud* dans une précédente séance : c'est un exemple de tuberculose primitive de l'œil, les tubercules s'étant développés dans l'iris. La petite fille, qui a douze ans, a un écoulement purulent intermittent de l'oreille gauche. Le père est mort phthisique il y a six mois; la mère se porte bien. Pas de syphilis.

Il y a cinq mois, la vision s'affaiblit graduellement du côté gauche, sans douleur, sans réaction inflammatoire. On voit sur l'iris plusieurs petites tumeurs mamelonnées, déformant la pupille, proéminant dans la chambre antérieure et arrivant presque au contact de la cornée. Les bourgeons qui sont à la surface des tumeurs sont recouverts d'une fine vascularisation. L'infiltration de la cornée est constituée par une tache blanche occupant les lamelles postérieures et se confondant en bas avec un dépôt tuberculeux tombé dans la partie inférieure de la chambre antérieure. On ne peut voir le fond de l'œil. Légère injection péri-kératique.

L'œil droit est sain. L'enfant est pâle; on ne constate rien du côté de la poitrine ou de l'abdomen. L'enfant a été réglée pour la première fois il y a trois semaines.

M. Parinaud a observé un autre malade qui avait des tubercules de l'iris; ce malade mourut quelques années plus

tard de méningite suraiguë. Le diagnostic *tubercules de l'iris* ne peut être contesté; on ne trouve rien qui ressemble à la syphilis, ni dans l'état local, ni dans l'état général.

L'an dernier, M. Théophile Anger présenta à la Société de chirurgie un exemple de tuberculose de l'œil; il disait, à ce propos, que l'énucléation de l'œil malade pourrait arrêter ou retarder la généralisation du tubercule. L'œil est absolument perdu pour la vision; l'opération délivrera le sujet d'un organe inutile et susceptible de devenir le point de départ d'une tuberculisation généralisée. Chez la malade de M. Anger l'affection resta locale pendant quatre mois; elle se répandit ensuite dans les poumons et dans l'abdomen. On trouve des faits analogues dans les auteurs.

Le tubercule a un caractère aussi infectieux que le sarcome et le cancer; il est d'abord localisé et part ensuite de ce foyer local pour se généraliser. Cette opinion a été émise par Laënnec et défendue par Virchow, qui dit que la tuberculose se comporte comme une tumeur maligne. Pour toutes ces raisons, M. Anger dit qu'il faut énucléer l'œil malade le plus tôt possible.

M. *Verneuil*. La proposition énoncée par M. Anger est tellement grosse, elle peut exercer sur la pratique chirurgicale une telle influence, qu'on ne peut la laisser passer sans l'étudier. Si Virchow a dit que le noyau tuberculeux est le point de départ de la généralisation tuberculeuse, on peut également défendre la contre-partie. Des sujets ont des tubercules qui se crétifient, qui au moins restent stationnaires; si l'on pratique une opération sur ces individus, on donne un coup de fouet au tubercule et la généralisation arrive. Si vous opérez des sujets atteints de tubercules chirurgicaux, ils meurent bientôt de tuberculisation pulmonaire, cérébrale ou abdominale; si, au contraire, vous vous bornez aux soins hygiéniques, aux bains de mer, les manifestations locales peuvent guérir. Les opérations ont-elles le pouvoir d'arrêter la généralisation tuberculeuse ou de l'empêcher? ou bien donnent-elles un coup de fouet au tubercule? Voilà comment doit être posée la question. Quant à M. Verneuil, il s'inscrit contre l'assertion de M. Anger.

M. *Després* a cherché à établir que la tuberculose dans un point quelconque du corps se termine fatalement par la tuberculisation pulmonaire. On ne peut assimiler le tubercule aux affections malignes. La tuberculose serait plutôt à rapprocher de la suppuration à forme chronique.

M. *Trélat* partage la manière de voir de M. Verneuil et de M. Després. La multiplication des foyers tuberculeux ne ressemble point à la multiplication des foyers néoplasiques. Les néoplasmes se propagent par voisinage, par transport dans les ganglions, par métastase pour les foyers éloignés; il y a toujours un foyer primitif. Chez les tuberculeux cela ne se passe point ainsi. M. Trélat a publié l'histoire d'un malade atteint d'ulcérations tuberculeuses de la langue, n'ayant point de tubercules autre part. Sept mois après, ce malade fut emporté par une tuberculisation pulmonaire aiguë. Depuis, M. Trélat a vu un homme de vingt-quatre ans qui avait un foyer purulent à l'épididyme; ce foyer se cicatrisa. Quatre ans après ce malade mourut de tuberculisation pulmonaire.

Certainement, on peut dire qu'un individu cancéreux est atteint de la diathèse cancéreuse; mais, dans la tuberculose, l'individu est tuberculeux d'abord avant d'avoir une manifestation locale. Vous diagnostiquez un tubercule chirurgical, vous l'enlevez; vous n'avez rien fait, à moins qu'en opérant vous n'agissiez que contre les symptômes douloureux ou inflammatoires.

M. *Giraud-Teulon* se range à l'avis de M. Trélat; mais, au point de vue de la malade présentée par M. Parinaud, l'œil étant devenu inutile, pouvant être le point de départ d'une ophthalmie sympathique, il faut l'énucléer. La Société de chirurgie est peut-être trop affirmative dans son opinion contraire à celle de M. Anger. Il y a positivement une tuberculisation primitive de l'œil; cela est maintenant incontestable. Si le tubercule a un point de départ initial, ce qui est soutenu par des auteurs sérieux, vous vous trouvez dans le même cas que pour le cancer primitif, vous opérez pour avoir chance d'éviter la généralisation, l'indication spéciale étant d'ailleurs formelle.

M. *Le Fort*. L'opinion soutenue par M. Anger demande à être appuyée sur un plus grand nombre de faits, car il y a une grande différence entre le tubercule et le cancer. Le cancer est d'abord local; le cancroïde spécialement est amené par une irritation locale. Le tubercule est un état diathésique ayant des manifestations locales. On ne produit pas volontairement le cancer, tandis qu'avec de mauvaises conditions d'hygiène et d'alimentation on peut, pour ainsi dire, créer la tuberculisation.

M. Verneuil dit qu'il ne faut pas opérer les tuberculeux dans l'espoir d'arrêter la diathèse; cependant, on a vu des malades, menacés de tuberculisation et atteints de tumeur blanche suppurée, revenir à la santé après l'amputation, qui supprimait une cause d'épuisement. Il faut opérer, afin d'arrêter la tendance qu'a le malade à devenir tuberculeux.

M. *Tillaux*. M. Parinaud nous a posé deux questions : Sa malade a-t-elle des tubercules de l'iris? Oui. — Que faut-il faire? Il faut enlever l'œil; on ne gagnera rien à attendre. Mais M. Tillaux ne croit pas que ces tubercules de l'iris puissent devenir le point de départ d'une généralisation tuberculeuse.

M. *Marc Sée*. On admet, en France, que la tuberculose est une maladie générale avec manifestations locales secondaires. En Allemagne, on croit que le tubercule est une affection d'abord locale, qui se généralise ensuite comme le cancer. Les faits invoqués laissent du doute dans l'esprit. Mais l'on a fait des expérimentations : des injections de matière tuberculeuse ont été faites un grand nombre de fois dans les articulations de chiens, de lapins, etc. Après l'injection, on n'observe d'abord rien d'anormal; puis il se développe une arthrite fongueuse, une tumeur blanche, et plus tard encore ces animaux deviennent tuberculeux; à l'autopsie, on trouve des tubercules dans les poumons et les autres organes. Ces faits sont incontestables. Il ne faut donc pas affirmer d'une façon absolue que la doctrine française est vraie.

M. *Trélat*. L'œil est un organe absolument limité; à cause de la perte de la vision et de la crainte de l'ophthalmie sympathique, il y a des motifs spéciaux pour opérer, tout en réservant la question de doctrine.

M. *Giraud-Teulon*. Des fragments des tubercules de l'iris sont tombés dans la chambre antérieure, où ils simulent un hypopion; un travail inflammatoire commence en ce point. Dans un cas de gliome de la rétine, avec corps vitré diffluent, des éléments glaucomateux étaient tombés dans la partie profonde de l'œil et étaient devenus le point de départ d'un nouveau foyer (de Graefe); on peut rapprocher les deux faits et y chercher un enseignement.

M. *Th. Anger*. On a critiqué surtout les considérations sur lesquelles M. Anger s'est appuyé pour conseiller l'énucléation de l'œil. M. Verneuil conseille de ne point opérer les tubercules chirurgicaux et il invoque la thèse de Dufour sur la tuberculisation des organes génitaux. Mais M. Reclus est loin d'être aussi exclusif; il cite des opérations suivies de guérisons durables, ce qui prouve que l'intervention chirurgicale ne donne pas toujours un coup de fouet à la maladie tuberculeuse.

Le tubercule diffère du cancer, cela est vrai; mais il y a aussi des ressemblances. Vous enlevez un gliome de l'œil chez un jeune sujet, 96 fois sur 100 le mal se généralise; ce n'est pas une raison pour ne pas opérer. Dans l'observation présentée par M. Anger il y a six mois, la malade n'avait aucun antécédent tuberculeux; à quoi auriez-vous reconnu la

tuberculisation générale, puisque la tuberculose n'existait que dans l'œil?

Au point de vue histologique, on n'est pas loin d'admettre aujourd'hui une même origine épithéliale pour le tubercule et le cancer; ce point demande encore à être étudié. Au point de vue expérimental, on fait naître le tubercule à volonté, comme l'a dit M. Sée et comme l'a montré récemment M. Martin dans sa thèse. Il y a donc des liens de parenté entre les deux affections.

— M. *Guéniot* fait un rapport sur un travail de M. *Cauvy* (de Béziers) : *De la brachiotomie dans la présentation de l'épaule quand la version n'est pas possible.*

Dans un premier cas, M. Cauvy amputa le bras et l'accouchement se fit ensuite spontanément. L'enfant était mort et cyanosé. Chez une autre femme, la version n'était pas possible; le bras droit pendait hors de la vulve : désarticulation de l'épaule. M. Cauvy extrait par la version un enfant mort depuis plusieurs heures. M. Cauvy conclut en disant que la brachiotomie est une opération légitime et une ressource unique pour terminer l'accouchement dans les cas de présentation de l'épaule où la version n'est plus possible.

On peut remarquer que la présence du bras de l'enfant dans le vagin n'empêche pas l'accoucheur d'aller porter la main dans l'utérus et ne gêne pas l'évolution ultérieure du fœtus. Il faut donc se garder de faire l'opération sur un enfant vivant. On ne doit avoir recours à la brachiotomie que si l'enfant est certainement mort, et encore le plus discrètement possible.

— M. *Duplay* fait un rapport sur une observation de M. *Vibert* (du Puy) : *Tumeur du pharynx chez une femme de soixante-quatre ans.* La tumeur était implantée sur la paroi postérieure du pharynx; elle avait le volume d'une petite orange. M. Vibert l'arracha en faisant des tractions avec une pince à griffes.

M. Chambard fit l'examen histologique au Collège de France; il s'agissait d'une tumeur fibreuse sous-muqueuse, ayant subi au centre la dégénérescence osseuse.

M. *Tillaux* remarque que cette tumeur a été arrachée facilement, tandis qu'il faut ruginer l'implantation des fibromes pharyngiens; en outre, la malade était une femme âgée, ce qui est encore exceptionnel.

M. *Duplay*. La tumeur était pharyngienne et non naso-pharyngienne. Elle était située sous la muqueuse et n'avait aucun rapport intime avec le périoste. La muqueuse et la tumeur ont été arrachées en même temps. On pourrait appeler cette tumeur *polype fibreux du pharynx.*

M. *Guyon*. Il y a, en effet, une série de polypes qui se développent dans le pharynx; ce sont réellement des polypes et on les arrache avec des pinces. Ils sont fibro-muqueux, mais bien distincts des polypes naso-pharyngiens des jeunes sujets.

— M. *Lannelongue* présente une pièce recueillie sur un enfant atteint de bec-de-lièvre congénital compliqué de la lèvre inférieure. Il existe six ou sept cas semblables dans la science.

Chez cet enfant, le bec-de-lièvre comprenait toute la lèvre inférieure sur la partie médiane et était compliqué d'une division du maxillaire inférieur. Une tumeur, partant de cet os, s'engageait dans la direction de la lèvre. On en fit l'extirpation; elle était composée de débris fœtaux. Une suture pratiquée sur la lèvre ne tint pas sur tous ses points. L'enfant, âgé de trois ans et demi, fut apporté à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Outre l'état décrit, il y avait deux brides fibreuses sous-cutanées allant de chaque angle de la mâchoire inférieure au sternum. M. Lannelongue refit le bec-de-lièvre complet et mit à découvert les deux moitiés de l'os maxillaire inférieur. Il aviva de chaque côté et fit une suture osseuse après avoir coupé les brides fibreuses sternales. L'enfant mourut de broncho-pneumonie. A l'autopsie, on ne trouva point d'abcès métastatiques.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Dimension minima de l'image rétinienne : M. Pouchet. — Noyaux d'origine de l'hypoglosse : M. Mathias Duval. — Dimensions de la tête fœtale : MM. Budin et Ribemont. — De la mémoire : M. Delaunay.

M. *Pouchet*. Dans la dernière séance (voy. *Gaz. hebd.* n° 28), M. Maurel a avancé que la plus petite image perceptible sur la rétine devait avoir quatre millièmes de millimètre et demi (4 1/2 μ). Ce chiffre paraît trop élevé. Le câble du ballon captif des Tuileries peut être vu du bas Meudon; en partant de ce fait, en établissant avec précision le diamètre du câble et la distance à laquelle il est encore visible, en raisonnant dans l'hypothèse que l'œil mesure 30 millimètres d'avant en arrière, ce qui est évidemment exagéré, on arrive à établir que les dimensions minimum de l'image perceptible peuvent être abaissées à 3/10 μ. Dans le sens de la largeur une image peut donc n'intéresser que très-partiellement le sommet d'un cône, lequel représente un petit cercle de 28/10 μ de diamètre. Au contraire, dans le sens de la longueur une image reposera simultanément sur plusieurs de ces sommets; et les intervalles qui les séparent ne produisent dans sa continuité aucune interruption perceptible.

— M. *Mathias Duval*. Le nerf grand hypoglosse procède à son origine de deux noyaux : le premier, bien connu, situé au voisinage de la ligne médiane, dans le plancher du quatrième ventricule; le second, accessoire, constitué par quelques traînées de substance grise qui partent de l'angle supéro-externe du précédent. Ces deux noyaux semblent avoir des attributions fonctionnelles différentes. Chez un malade atteint de paralysie labio-glosso-laryngée, MM. Gubler et Raymond avaient observé que les mouvements de la langue nécessaires à l'articulation des sons étaient absolument abolis, tandis que les mouvements nécessaires à la déglutition étaient conservés, parfois même exagérés. L'autopsie montra que le noyau principal était complétement détruit, tandis que l'accessoire présentait encore un certain nombre de cellules intactes. En comparant les lésions et les symptômes, on est amené à penser que le noyau principal servirait aux mouvements de la parole (mouvements volontaires, tandis que l'accessoire servirait à ceux de la déglutition (mouvements involontaires). Cette opinion est confirmée par ce fait : que le noyau accessoire est chez les animaux le plus développé des deux.

— M. *Budin*, en son nom et au nom de M. Ribemont, expose les résultats de recherches faites sur les diamètres de la tête du fœtus. Simpson, ayant constaté que la naissance des garçons était plus souvent que la naissance des filles suivie d'accidents mortels pour la mère aussi bien que pour l'enfant, avait attribué ce fait aux difficultés que produit dans l'accouchement le volume de la tête des garçons, plus grand en général que celui de la tête des filles. Malgré l'importance que devait prendre dès lors en obstétrique l'étude précise de ce volume, la plupart des auteurs arrivèrent sur ce point en apparence si simple à des résultats contradictoires, peut-être pour avoir fait des mensurations sur un trop petit nombre de sujets. MM. Budin et Ribemont ont au contraire pris une quantité considérable d'observations et ont obtenu les chiffres suivants. Sur un fœtus à terme du poids de 3000 à 3500 grammes, le plus grand diamètre de la tête, celui qui joint le menton à la partie moyenne de la suture sagittale, mesure en moyenne 13 c. 1/2; l'occipito-mentonnier, 13;

l'occipito-frontal, 11 3/4 ; le sous-occipito-bregmatique, 10 ; le bipariétal, 9 1/2; le bitemporal, 8 3/4; le bimastoïdien, 7 3/4 ; la plus grande circonférence, 38 1/2 ; la plus petite, 32 ; enfin la circonférence sous-occipito-frontale, celle qui suit la filière des parties maternelles, compte 33 à 33 1/2. Ces observateurs établissent ensuite que le volume de la tête fœtale varie proportionnellement au poids de l'enfant ; que les garçons, comme l'avait affirmé Simpson, sont en général plus pesants que les filles ; qu'à poids égal on ne saurait admettre, comme on l'a fait en Allemagne, que les garçons ont la tête plus grosse que les filles. L'étude de ces dimensions amène à une conclusion pratique immédiate : quelle longueur doit-on donner à l'incision dans l'opération césarienne ? On trouve dans les auteurs des chiffres qui varient entre 10 et 25 centimètres. En se reportant aux mesures précédentes, on jugera qu'une incision de 16 à 17 centimètres donnera par l'écartement de ses lèvres et le rapprochement de ses commissures une ouverture suffisante pour laisser passer la circonférence sous-occipito-frontale et permettre ainsi l'extraction de l'enfant.

— M. *Delaunay* a étudié le développement de la mémoire considéré dans ses rapports avec l'évolution des individus et des races. Les races anciennes étaient douées d'une mémoire prodigieuse ; c'est ainsi que les poésies d'Homère se sont longtemps conservées par tradition sans avoir été écrites ; de nos jours les peuples peu civilisés se font remarquer par leur aptitude à apprendre les langues étrangères. La femme a plus de mémoire que l'homme ; l'enfant, plus que l'adulte. La mémoire semble plus étroitement liée au fonctionnement de la moitié droite du cerveau qu'à celui de la moitié gauche, ainsi que le démontre l'observation des troubles mentaux que présentent les sujets porteurs de lésions destructives de l'un ou de l'autre hémisphère. Elle paraît être en opposition avec l'intelligence : si dans les facultés intellectuelles on établit une division en facultés supérieures dont le type sera représenté par l'esprit de création, et en facultés inférieures comprenant la mémoire et l'esprit d'imitation, on verra que le développement des premières est moins avancé chez les sujets qui possèdent à un haut degré les secondes (enfants, femmes, peuples primitifs) ; et de cette considération découle la loi suivante : la mémoire est en raison inverse de l'évolution.

X. ARNOZAN.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

Du tannate de pelletiérine : M. Limousin. — Des diurétiques : MM. Maurel, Dujardin-Beaumetz, Constantin Paul et Duhomme. — De l'arenaria rubra : M. Vigier. — Le gui de peuplier et les stigmates de maïs comme agents diurétiques : M. Constantin Paul.

M. *Limousin* fait remarquer, à propos de la communication faite à la dernière séance par M. Dujardin-Beaumetz (*Gazette hebd.*, n° 27, p. 443) sur le tannate de pelletiérine, que d'après les recherches mêmes de M. Tanret on trouve dans cette substance quatre alcaloïdes, un premier alcaloïde cristallisable, un second cristallisable et deux incristallisables. Il y a donc quatre alcaloïdes réunis au tannin, et ce composé ressemble exactement à la composition de l'écorce de grenadier. Or, M. Limousin n'est pas édifié sur ce point que les recherches de M. Dujardin-Beaumetz éclairciront peut-être plus tard, à savoir si chacun de ces alcaloïdes possède séparément le pouvoir ténifuge, ou s'il est nécessaire qu'ils soient réunis tous les quatre !

— M. *Maurel* (de Cherbourg) lit un mémoire sur l'action des diurétiques.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que les intéressantes recherches de M. Maurel viennent confirmer une opinion qui a été soutenue en thérapeutique, et que pour sa part il professe depuis longtemps, c'est que, à l'état physiologique, il n'existe pas en dehors de l'eau de véritable médicament diurétique, c'est-à-dire de substance ayant la propriété d'augmenter la quantité des urines. Certains corps peuvent augmenter les besoins d'uriner, mais sans pour cela faire croître la quantité de liquide rendue en vingt-quatre heures.

Mais, si à l'état physiologique il n'existe pas à proprement parler de médication diurétique, il n'en est pas de même à l'état pathologique, et à coup sûr dans les hydropisies certains médicaments, la digitale par exemple, augmentent dans des proportions très-notables la quantité des urines. Mais ici, il faut le reconnaître, l'expérimentation est des plus difficiles, car il faudrait non-seulement trouver des individus atteints au même degré de maladies du cœur identiques, mais encore ayant les reins dans le même état, ce qui est presque impossible. Cet état des reins joue en effet un rôle capital dans l'action des diurétiques dans les cas d'hydropisie ; et chez le même malade les effets obtenus seront différents selon que les reins répondront plus ou moins bien aux diurétiques employés.

M. Dujardin-Beaumetz termine en montrant que cette question des diurétiques met bien en lumière l'impossibilité où se trouve la méthode expérimentale de juger l'action thérapeutique de certains médicaments, et que pour la bien apprécier il faut avoir recours à la clinique.

M. *Féréol* répond que M. Dujardin-Beaumetz est trop affirmatif en disant que les diurétiques n'agissent que dans les cas pathologiques; ainsi, par exemple, le vin blanc et le lait ne poussent-ils pas aux urines?

M. *Dujardin-Beaumetz* répond que ces propriétés diurétiques sont principalement dû à l'eau contenu dans le lait et le vin.

M. *Constantin Paul*, après avoir nettement déterminé le but qu'on se propose en déterminant la diurèse, insiste sur les divers moyens thérapeutiques employés. Il n'y a pas en effet de médication plus importante que celle qui concerne les diurétiques, aussi faut-il étudier avec soin leur administration et les caractères propres à chacun d'eux pour savoir exactement les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

M. *Duhomme* fait remarquer que dans la quantité d'urine émise par un malade il faut tenir compte de l'état hygrométrique de l'air, de la température du corps et du degré de transpiration.

M. *Maurel* répond qu'il a expérimenté sur des convalescents qui étaient tous à peu près dans les mêmes conditions de régime et qui étaient soumis à la surveillance la plus rigoureuse. Les malades n'étaient plus sous l'influence des accès de fièvre qui à eux seuls suffisent pour déterminer une diurèse abondante. Quant aux variations atmosphériques, ayant expérimenté pendant 450 jours, il peut donc dire que ses variations ne peuvent entrer en ligne de compte dans la moyenne des résultats obtenus.

— M. *Vigier* présente au nom de son frère, M. *F. Vigier*, un mémoire sur l'arenaria rubra (sabine rouge) comme agent diurétique. Déjà en 1878, M. le docteur Bertherand dans le *Bulletin de la Société des sciences d'Alger* était arrivé aux conclusions suivantes à la suite d'une série d'expériences :

1° L'arenaria rubra jouit de propriétés actives et efficaces contre le catarrhe vésical aigu ou chronique, purulent ou sanguinolent, contre la dysurie, la cystite et la gravelle urique.

2° Son emploi facilite l'évacuation de graviers et constitue ainsi un calmant prompt et énergique des coliques néphrétiques.

3° Son usage est inoffensif.

M. Vigier a voulu reprendre toutes ces expériences : donnant d'abord quelques détails sur l'origine de cette plante, il

dit que l'arenaria rubra est très-abondante dans les terrains sablonneux et pierreux des environs d'Alger. Elle se compose d'une racine pivotante blanchâtre, d'une tige rameuse, étalée, de 12 à 20 centimètres de haut; ses fleurs sont roses et produisent de nombreuses graines renfermées dans des capsules ovales uniloculaires. Traitée par l'alcool, l'arenaria rubra donne une solution d'une belle couleur vert émeraude qui laisse par évaporation de la chlorophylle et un produit résineux à odeur de benjoin. L'alcool à 60 degrés dissout une matière extractive contenant des cristaux de chlorure de sodium: on ne trouve aucun alcaloïde.

La sabine étant surtout efficace lorsqu'on l'administre en tisane à la dose de 30 pour 1000, il est utile de connaître exactement ce qu'elle cède à l'eau distillée.

100 grammes de plante sèche épuisés par l'eau bouillante donnent 33 grammes d'extrait mou et 24 grammes d'extrait sec. Cet extrait sec calciné donne 8gr,72 de cendres. Ces cendres sont très-hygrométriques et contiennent pour 100:

Silice, oxyde de fer, chaux, magnésie, acide phosphorique	12,5
Acide sulfurique	4,9
Chlore	16,1
Potasse	26,9
Soude	24,9
Acide carbonique et eau	14,7
Total	100,0

100 parties de plante cèdent à l'eau :

Silice, phosphate de chaux, phosphate de magnésie et de fer, carbonate de chaux	1,09
Chlorure de sodium	2,31
Sulfate de soude	0,75
Carbonate de soude	1,06
Carbonate de potasse	3,40

En résumé, l'*A. rubra* agit par la forte proportion d'alcalis qu'elle renferme et par ses principes résineux aromatiques.

La meilleure préparation pharmaceutique est la décoction. Ce soluté d'une couleur jaune rougeâtre est faiblement salé, mais non désagréable au goût, sa réaction est légèrement alcaline. Pour les personnes qui ne pourraient faire la décoction, M. Vigier propose les préparations suivantes :

Extrait aqueux d'arenaria	10 grammes.
Sucre pulvérisé	30 —

Divisez en cinq doses (équivalant à un litre de tisane) à prendre dans cinq verres d'eau dans la journée.

Ou bien :

Extrait aqueux d'arenaria	10 grammes.
Glycérine pure	5 —
Eau distillée	85 —

A prendre cinq cuillerées par jour dans cinq verres d'eau (équivalent de un litre de tisane) : cette dernière préparation se conserve bien.

M. *Landowski* a beaucoup entendu parler de cette plante pendant son séjour en Algérie ; elle était prônée par un Maltais qui en faisait un remède secret contre les hydropisies. Elle était très-employée à Alger dans les cas de gravelle et de rhumatisme. Il a vu un cas de gravelle très-amélioré à la suite de ce traitement. Mais les effets diurétiques doivent être aussi attribués à l'énorme quantité d'eau qu'on est obligé d'ingérer, si on se sert de l'infusion ; peut être l'extrait a-t-il de véritables propriétés diurétiques.

M. *Constantin Paul* dit que l'arenaria paraît emprunter aux sels de la mer, aux bords de laquelle elle croît si facilement, ses propriétés diurétiques, absolument comme la pariétaire qui emprunte le nitrate de potasse aux murs sur lesquels elle se fixe.

— M. *Constantin Paul* a expérimenté deux autres agents qui passent pour être diurétiques, le gui de peuplier, et les stigmates de maïs. Pour le gui de peuplier, M. Constantin Paul a vu un fait assez probant : une malade atteinte d'hydropéritonite, à laquelle il a fait plusieurs ponctions consécutives, fournissant chacune 40 et 50 litres de liquide, prit chaque jour une infusion de 75 grammes de gui sec, pour 1 litre d'eau; la malade rendait chaque jour 3 litres d'urine. Pendant près de trois mois, cette plante a exercé une action diurétique réelle.

Quant aux stigmates de maïs, on a dit en avoir obtenu d'heureux résultats sous forme de décoction (trois verres par jour) dans des cas de gravelle : on devait obtenir, d'une part, une action diurétique, et d'autre part, une diminution des accidents de la gravelle urique ; or, M. Constantin Paul les a administrés à un certain nombre de malades, sans en avoir obtenu de résultat bien certain, aussi les a-t-il abandonnés.

M. *Vigier*. Ce n'est pas une raison parce qu'une plante pousse dans un terrain spécial, pour qu'elle emprunte à ce terrain des agents spéciaux ; ainsi le pavot cornu qui pousse dans le sable de la mer ne contient pas trace de chlorure de sodium, mais simplement de la silice et du carbonate de soude.

M. *Limousin* a souvent été consulté sur le meilleur mode de préparation de stigmates de maïs ; il ne sait pas comment les employer ; il serait bon cependant d'être fixé à cet égard.

— M. le professeur *Hardy* est nommé membre honoraire de la Société de thérapeutique.

Dr Joseph MICHEL.

REVUE DES JOURNAUX

Emploi de la racine de gelsemium comme antinévralgique, par le docteur MASSINI.

En 1878, M. Massini a employé dans plus de 80 cas de névralgie faciale la teinture de racine de gelsemium au cinquième ; il l'administre par doses de 20 gouttes qu'il espace de demi-heure en demi-heure.

D'ordinaire, la première dose procure déjà du soulagement; 60 gouttes déterminent le plus souvent une rémission considérable et même une cessation définitive des douleurs. Quand il s'agit d'une simple névralgie rhumatismale des branches alvéolaires du trijumeau, ce médicament est rarement inefficace ; il en est de même dans l'odontalgie qui suit parfois le plombage des dents et dure plusieurs jours.

En revanche, l'efficacité en est douteuse, lorsqu'on a affaire à une ostéite ou à une périostite maxillaires.

Massini a noté un peu de lourdeur de tête chez un garçon de seize ans qui en avait pris 60 gouttes, dose totale qu'il ne conseille de dépasser qu'en exerçant une surveillance soigneuse sur le patient. Quatre fois il a vu survenir des douleurs oculaires et un peu de ptosis et de dilatation pupillaire.

Il a pu faire prendre le gelsemium plusieurs jours consécutifs sans inconvénients pour les malades. L'élimination par les urines est rapide. (*Revue des sciences médicales*, 15 avril 1879.)

De l'acide borique dans le traitement des affections cutanées, par le professeur NEUMANN.

L'auteur recommande l'usage externe de l'acide borique dans le pityriasis versicolor, l'herpès tonsurant, le prurit cutané et l'urticaire. Il emploie souvent une solution alcoolique de 1 sur 30 avec addition de glycérine et de quelques

gouttes d'huile de girofle. D'autrefois il prescrit une pommade faite d'acide borique, de parafine, de cire et d'huile.

Cette dernière pommade étendue sur de la toile et appliquée sur la partie malade est très-efficace dans l'eczéma. (*Journal des sciences médicales de Louvain*, mars 1879.)

Statistique de 50 cas d'ovariotomie, par le docteur Schrœder.

L'auteur rapporte 50 observations d'ovariotomie dont 43 ont été suivies de guérison. Les opérations ont toutes été pratiquées à l'hôpital et le pansement de Lister a été employé dans tous les cas. Les 7 morts proviennent de cas particulièrement difficiles et compliqués. Dans 2 observations l'existence d'une grossesse n'a pas empêché une terminaison favorable. L'auteur recommande même instamment d'opérer dans les premiers mois de la grossesse pour éviter à la femme le péril résultant de la coexistence d'une tumeur ovarienne et d'une grossesse. (*Berliner med. Woch.*, n° 1, 1879.)

De l'hydrate de chloral et de l'oxyde de zinc dans les affections intestinales aiguës des enfants, par le docteur James Tisou.

L'auteur se loue beaucoup de l'emploi combiné de l'hydrate de chloral et de l'oxyde de zinc dans les cas d'irritation intestinale, diarrhées infantiles, diarrhées d'été, chez les tout petits enfants, etc. Il administre le chloral en lavement, et l'oxyde de zinc par les premières voies. En même temps, régime diététique sévère. Voici deux de ses formules favorites :

Pr. Hydrate de chloral 1gr,50
Eau amidonnée 60gr,00
M. F. Une solution.

Une cuiller à café à une cuiller et demie pour un petit lavement répété deux à trois fois par jour. D'autre part, il donne toutes les cinq heures une cuiller à café de la mixture suivante :

Pr. Oxyde de zinc............. 1gr,50
Poudre de gomme (ââ)...... 7gr,50
Sucre blanc............... »
Lactopeptine.............. 3gr,50
Eau de cannelle........... 32gr,00

(*Journal des sciences médicales de Louvain*, janvier 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

I. **Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal**, comprenant la glande lacrymale et les voies d'excrétion des larmes, professées par M. F. Panas. — Paris, 1877, V. A. Delahaye et Cie.

II. **Leçons sur les kératites**, précédées d'une Etude sur la circulation, l'innervation et la nutrition de l'œil, et de l'exposé des divers moyens de traitement employés contre les ophthalmies en général, professées par M. F. Panas. — Paris, 1876, V. A. Delahaye et Cie.

III. **Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil**, comprenant l'iritis, les choroïdites et le glaucome, professées par M. F. Panas. — Paris, 1878, V. A. Delahaye et Cie.

IV. **Leçons sur les rétinites**, professées par M. F. Panas. — Paris, 1878, V. A. Delahaye et Cie.

La Faculté a enfin comblé une grave lacune de son enseignement en donnant avis favorable à la création d'une chaire d'ophthalmologie. Il était regrettable que cette partie de la chirurgie qui, depuis plusieurs années, a fait des progrès si incontestables, n'eût point de représentant officiel.

L'importance du sujet, l'intérêt qui s'y attache, l'étendue des connaissances un peu spéciales qu'il comporte, indiquaient depuis longtemps la nécessité de cette création.

La place consacrée naguère dans les cours officiels à l'ophthalmologie était singulièrement restreinte. Malgré leur compétence et leur talent d'exposition, les professeurs de chirurgie générale ne pouvaient donner une étendue suffisante à leur enseignement qui, malgré tout, restait purement dogmatique. L'initiative privée, sollicitée et encouragée par les besoins réels de la pratique, avait profité de cet état de délaissement et d'abandon, pour conquérir des situations difficiles à disputer aujourd'hui.

Malgré le bon vouloir et l'activité de ses représentants, l'Ecole, se laissant distancer sur le terrain de l'ophthalmologie, avait perdu peu à peu cette suprématie du savoir et de l'habileté qu'elle a mission de maintenir; elle avait presque abdiqué entre des mains étrangères l'enseignement complet d'une des branches les plus considérables et les plus utiles de notre art.

Il faut convenir, à sa décharge, qu'il existait un cours complémentaire des maladies des yeux. Mais le professeur qui en était chargé manquait presque toujours, malgré sa bonne volonté, des moyens matériels capables d'en assurer le succès. La création d'une chaire répondait donc à un besoin réel et donnait satisfaction à de sérieux intérêts, lorsque parut le décret qui l'instituait.

S'il est vrai que les lois et les mesures qui en assurent l'effet sont le reflet des mœurs d'une époque et l'expression de ses besoins, aucune n'aura jamais été mieux accueillie du monde médical. Quant à la nomination qui la fait passer au rang des faits accomplis, aucune autre n'aurait davantage mérité les suffrages. C'est vraiment le consentement unanime qui aura porté M. Panas à sa haute et nouvelle situation.

Chargé depuis longtemps déjà de ce cours complémentaire qui manquait si malheureusement de tout prestige, il utilisa les années de son long noviciat en accordant aux affections oculaires une large place dans les divers services hospitaliers qu'il fut appelé à diriger. Son enseignement et son habile pratique, qui n'avait rien à envier aux spécialistes les plus renommés, lui avaient déjà concilié les sympathies de nombreux disciples. De plus, une série de publications scientifiques, éditées sous forme de leçons, lui assurent la reconnaissance des praticiens et de tous ceux qui sont désireux de s'instruire. Sous ce titre modeste, en effet, le professeur a publié une série de monographies remarquables sur les diverses branches de l'oculistique. Complétées plus tard et réunies, elles formeront un des traités les plus concis, les plus clairs, que possède la science ophthalmologique. Commencée depuis longtemps déjà, la série se complète peu à peu, et ces dernières années ont vu paraître quelques fascicules importants dont nous devons une rapide analyse aux lecteurs de la *Gazette*.

En 1876 et 1877, est parue l'*Histoire des maladies de l'appareil lacrymal et de la cornée.* Voyons rapidement le plan suivi par l'auteur dans son exposition.

Les lésions de la glande lacrymale sont exposées d'abord : les inflammations de cet organe, les plaies, les fistules sont étudiées successivement; puis ensuite vient la description des kystes et des autres tumeurs.

Remarquons que le chapitre des néoplasmes de la glande est plein d'intérêt. L'auteur a rangé sous le nom général d'hypertrophie une série de tumeurs décrites ainsi par divers auteurs, mais qui semblent, à ce qu'il paraît, de natures bien différentes.

Des adénomes, des combinaisons de l'adénome avec le sarcome, ont dû être comprises dans cette classe un peu élastique des hypertrophies glandulaires. Par sa structure la glande lacrymale offre avec certaines autres glandes en grappes

une analogie qui autorise vraiment à admettre des affinités pathologiques correspondantes. Au point de vue exclusivement clinique, serait-il possible tout au moins de distinguer des tumeurs bénignes ou relativement bénignes des néoplasies envahissantes?

L'extirpation de la glande lacrymale est décrite avec un soin qui paraît particulièrement utile à une époque où non-seulement elle est conseillée (ce qui date de loin déjà) pour combattre certains épiphoras incurables, mais encore pour combattre des formes rebelles de la kératite.

En réfléchissant à la structure de la région intéressée, on ne peut qu'approuver le conseil de ne réunir qu'incomplètement la plaie, pour permettre aux liquides un écoulement facile. Une pratique opposée a été suivie de phénomènes phlegmoneux graves.

Le précis anatomique qui précède l'étude des maladies de l'appareil excréteur des larmes met bien en relief les obscurités qui ont si longtemps plané sur le mode de son fonctionnement. M. Panas admet que les actions combinées de la capillarité et du muscle de Horner, agissant sur la paroi mobile du sac, suffisent à l'introduction et au cheminement des larmes. La tension négative de l'air des fosses nasales pendant l'expiration, que Sédillot avait signalée autrefois, serait une cause adjuvante dont il faut tenir compte.

La pathologie du sac lacrymal et du canal nasal, telle est la partie très-intéressante et très-pratique de ce fascicule; celle qui de beaucoup retient le plus longtemps l'auteur, bien que les imperforations congénitales des conduits lacrymaux, les dacryolithes, les polypes, les lésions traumatiques, qu'elles atteignent les muqueuses seulement ou intéressent en même temps le squelette, donnent lieu à d'importantes mais rapides considérations.

Les points saillants de l'histoire des dacryocystites, dont la pathogénie a toujours sollicité l'attention des chirurgiens, sont bien mis en relief. L'inflammation joue un grand rôle dans le développement de la tumeur lacrymale, mais à côté de ce processus morbide se montre un autre élément aussi constant qu'elle, le rétrécissement du canal nasal.

Cette atrésie est-elle primitive, est-elle le point de départ des accidents phlegmasiques, ou bien, au contraire, ne fait-elle que les suivre? Il y a bien une loi de physiologie pathologique qui souffre à peine des exceptions. C'est que les conduits rétrécis offrent constamment des altérations inflammatoires au-dessus du point coarcté.

Il faut prendre garde, d'autre part, que l'inflammation est une cause active de rétrécissement. Aussi l'auteur conclut-il que l'obstruction primitive est exceptionnelle et ne se rencontre que dans les cas de dacryolithes, de tumeurs diverses (polypes, exostoses). La cause de l'immense majorité des dacryocystites ne doit être recherchée que dans une phlegmasie primitive.

Le traitement très-largement détaillé contient la description des méthodes et des procédés qui ont été récemment proposés pour remédier à cette affection si rebelle, et qui souvent après sa guérison laisse un épiphora persistant. Il semblerait presque, conclut M. Panas, que la maladie imprime pour toujours aux organes qu'elle a une fois frappés des modifications de structure qui les rendent inaptes à remplir désormais leur rôle de conduits vecteurs.

II. *Les leçons sur les kératites sont précédées d'une étude sur la circulation, l'innervation et la nutrition de l'œil, et des divers moyens de traitement employés contre les ophthalmies en général.*

Ici les chapitres qui ont trait à la pathologie pure sont précédés d'un exposé anatomo-physiologique qui était bien indiqué à cette place. Avec les kératites commence la description d'une série d'affections dans la pathogénie desquelles le système nerveux joue un grand rôle.

L'innervation du globe oculaire a été étudiée avec une sorte de prédilection par bon nombre de physiologistes. Peu d'organes se prêtent mieux que lui à l'analyse du fonctionnement des différents nerfs qui s'y distribuent. Nerfs moteurs, nerfs vasculaires, nerfs trophiques, tous peuvent être interrogés dans leurs fonctions simultanées ou individuelles.

M. Panas est arrivé à cette conviction, avec bon nombre d'auteurs, du reste, qu'il existe des nerfs qui, en dehors de toute action vaso-motrice ou de sensibilité, exercent une influence capitale sur la nutrition de l'œil. On a pu déterminer que les filets trophiques abordent l'organe par la branche ophthalmique de Willis, et qu'ils sont surtout formés de tubes dont le lieu d'origine est le ganglion de Gasser. En sectionnant diverses parties du tronc principal, Schiff et Meissner ont démontré que les tubes trophiques sont contenus dans la partie interne de cette branche, puisque constamment des troubles nutritifs graves se sont montrés après la section de cette région du nerf, sans que la sensibilité générale fût elle-même affectée.

De ces données, ainsi que des expériences pratiquées sur le grand sympathique, découlent des considérations pleines d'intérêt sur la sécrétion des liquides intra-oculaires, sur l'*hypertonie* et l'*hypotonie* qui en proviennent.

Comme Lebert, M. Panas pense que les procès ciliaires de la choroïde sont les agents de la sécrétion de l'humeur aqueuse. L'excès de tension reconnaîtrait du reste plusieurs facteurs. Non-seulement la sécrétion se trouve exagérée dans ces cas par irritation des nerfs sécréteurs, mais il y a de plus un obstacle tout à la fois à l'absorption et à la circulation du sang veineux.

Une courte analyse affaiblirait trop les chapitres consacrés à l'étude des moyens employés dans le traitement des ophthalmies en général. Les divers effets de l'atropine et de la fève de Calabar, ainsi que leur appropriation thérapeutique, de la morphine, des scarifications conjonctivales, de la péritomie, des ventouses, des sangsues, des vésicatoires, du séton, du chaud, du froid, de la paracentèse de la chambre antérieure, de la sclérotomie, de l'iridectomie, etc., sont exposés avec un grand luxe de détails scientifiques et pratiques tout à la fois.

Ce n'est qu'après cette intéressante partie du livre que l'auteur entre dans le cœur du sujet. Après une description anatomique de la cornée, les diverses formes de l'inflammation de cette membrane sont passées en revue, et examinées successivement dans leurs causes, leurs caractères objectifs, leur nature et leur traitement : les kératites lymphatiques (kératite herpétique, eczémateuse, pustuleuse, phlycténulaire des auteurs), l'herpès de la cornée, les kératites vasculaires ou pannus, la kératite interstitielle diffuse ou pointillée. Viennent en dernier lieu les formes suppuratives si graves, abcès de la cornée, hypopyon kératitis, *ulcus corneæ serpens*, de Roser. Signalons à propos de l'étiologie des abcès de la cornée les expériences de Stromeyer, qui tendraient à faire admettre que les causes banales de la kératite, comme les traumatismes divers de la cornée, ne donneraient lieu à cette grave maladie qu'à la suite du contact d'agents septiques. Si dans des lésions simples de la cornée on inocule divers agents tels que le leptothrix buccalis, des parcelles de muscles putréfiés, le caractère de la maladie revêt des caractères fâcheux et prend aussitôt une extension considérable. Il se développe concurremment un catarrhe conjonctival qui a pris les caractères de la blennorrhagie.

Quant à l'ulcère rongeant que Sæmisch veut distinguer de la kératite à hypopion ordinaire, un certain nombre d'auteurs pensent qu'il n'y a pas lieu de le faire et considèrent ces deux affections comme identiques.

Une dernière leçon sur la kératite ponctuée, descemétite, aquo-capsulite, dont les relations avec le rhumatisme blennorrhagique sont admises, et appuyées sur des preuves, termine ce volume si rempli.

A.-A. Marchand.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Nécrologie.

M. PINGAUD. — Nous apprenons avec un bien vif regret la mort presque subite de notre collaborateur et ami le docteur Pingaud, agrégé libre du Val-de-Grâce, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Sétif. Chirurgien distingué, opérateur habile, d'un sang-froid et d'une expérience consommés, Pingaud avait acquis déjà bien des titres à l'estime de ses contemporains. Il avait écrit dans la *Gazette hebdomadaire* et dans le *Dictionnaire encyclopédique* des articles remarqués. Ses leçons cliniques à l'Ecole du Val-de-Grâce et ses conférences pratiques avaient fait entrevoir à ses élèves ce qu'il était permis, dans l'avenir, d'attendre de son talent et de sa laborieuse ardeur. Son caractère, d'une franchise parfois imprudente, mais toujours loyale, ne lui avait jamais aliéné la sympathie de tous ses collègues. Atteint depuis quelques mois d'une ophthalmie granuleuse, il s'était vu condamné à renoncer, momentanément du moins, à la pratique chirurgicale. Son découragement a peut-être contribué à hâter sa fin. Il vient d'être emporté à l'âge de trente-neuf ans par un accès de fièvre pernicieuse.

— Un autre de nos confrères de l'armée, ancien agrégé du Val-de-Grâce, M. le docteur Lecomte, médecin principal de 1re classe, vient aussi de mourir à Gamaches (Somme) dans sa cinquante-quatrième année. M. Lecomte avait brillamment conquis tous ses grades militaires. Il avait publié dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire* et dans les *Archives générales de médecine* des travaux de chirurgie et de physiologie pathologique intéressants. Sa mort est une perte sensible pour le corps de santé de l'armée.

— M. Chardon-Lagache, ancien négociant, vient de mourir à Auteuil. Il avait fondé dans cette commune et laissé à la ville de Paris un grand hospice pour la vieillesse, qui lui avait coûté, dit-on, deux millions. . . . .

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — M. Richelot, agrégé, remplaçant M. le professeur Richet, continuera ses leçons cliniques, à partir du 15 juillet, les mardis et samedis, à la même heure.

FIÈVRE JAUNE. — Washington, 14 juillet : Le comité sanitaire de Washington a pris des mesures pour empêcher la fièvre jaune de se propager dans les Etats du Sud. A Memphis, dans la nuit dernière, on a constaté deux cas de fièvre jaune suivis de mort. Samedi, à Charleston, il y a eu 15 décès par suite d'insolation.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou nommés :

Au grade d'officier : MM. Armieux (Louis-Léon-Cyrille), médecin principal de 1re classe; Moulié (Marc-Antoine-Gustave), médecin-major de 1re classe; Alezais (Jean-Hyacinthe), médecin-major de 1re classe; Mauche (André-Marcelin-Edouard), médecin-major de 1re classe; Janin (Joseph-Hippolyte), médecin-major de 1re classe; Cheux (Pierre-Antoine-Marie), pharmacien-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Laurens (Ernest-Benjamin-Elie), médecin-major de 1re classe; Renaud (Alphonse), médecin-major de 2e classe; Carayon (Augustin-Arthémon), médecin-major de 2e classe; Planque (Jules-Alexandre), médecin-major de 2e classe; Protain (Auguste-Léopold), médecin-major de 2e classe; Figuier (Jean-Pierre-Albin, pharmacien-major de 1re classe; Aubrit (Philippe), pharmacien-major de 2e classe; Dubourdeaux (Pierre-Antoine), vétérinaire; Gillibert (Gratien-Joseph-Raymond), vétérinaire; Roques (Jean-Pierre), vétérinaire; Voyer (Jean-Théodore), vétérinaire; Flamens (Antoine), vétérinaire.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie royale de médecine de Belgique, dans sa séance du 28 juin 1879, a procédé à l'élection de correspondants étrangers, dont plusieurs occupent des positions très-élevées dans notre pays. Sont élus : MM. Baudon (J.), médecin-major de 1re classe au 1er régiment d'artillerie, à Bourges; Charcot (J.-M.), professeur à la Faculté de médecine de Paris; Esmarch (F.), professeur à l'Université de Kiel; Gallard (T.), médecin de l'hôpital de la Pitié, à Paris; Lemoigne (A.), professeur à l'Ecole royale supérieure d'agriculture de Milan; Méhu (C.), pharmacien de l'hôpital Necker, à Paris; Ranvier (L.), professeur au Collége de France, à Paris; Schiff (M.), professeur à l'Université de Genève.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 3 au 10 juillet 1879, on a constaté 805 décès, savoir:

Fièvre typhoïde, 17. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 1. Variole, 11. — Croup, 14. — Angine couenneuse, 15. — Bronchite, 33. — Pneumonie, 48. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 20. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 7. — Erysipèle, 2. — Autres affections aiguës, 183. — Affections chroniques, 367 (dont 147 dues à la phthisie pulmonaire.) — Affections chirurgicales, 39. — Causes accidentelles, 34.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. Follin et Simon Duplay. Tome VI, fasc. 1. Paris, G. Masson. 4 fr.

De l'emploi de l'hydrate de chloral dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, par le docteur Testut. Mémoire couronné par l'Académie de médecine de Paris. 1 vol. in-4, avec une planche chromolithographiée. Paris, G. Masson. 4 fr.

Contribution à l'étude des troubles respiratoires dans les laryngopathies syphilitiques, par le docteur M. Krishaber. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 2 fr.

Fragments de philosophie médicale. Leçons d'introduction aux études médicales. Discours et notices, par le docteur Ch Schutzenberger. 1 vol. gr. in-8 de 656 pages. Paris, G. Masson. 10 fr.

Fragments d'études pathologiques et cliniques, par le docteur Ch. Schützenberger. 1 vol. gr. in-8 de 750 pages et 15 planches coloriées. Paris, G. Masson. 15 fr.

Leçons cliniques sur la contracture du col vésical, faites à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Delefosse, et recueillies par E. Piogey. In-8 de 110 pages. Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Étude expérimentale et clinique sur les ventricules latéraux, par le docteur L.-A. Cossy. In-8 de 114 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Clinique ophthalmologique du docteur Badal, chargé du cours d'ophthalmologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, etc. 1 vol. in-8, avec 14 figures intercalées dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 4 fr.

Recherches sur l'anatomie générale comparée et la signification morphologique des glandes de la muqueuse intestinale et gastrique des animaux vertébrés, par le docteur Garel. In-8, avec 5 planches. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Étude clinique et expérimentale sur la péricardite urémique, par le docteur Keraval. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

Des lésions trophiques et des troubles sensitifs dans les gelures anciennes, par le docteur Germain. In-8, avec 2 planches. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr.

Etude sur les signes physiques de la péricardite, par le docteur Doublet. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Étude sur diverses formes de sclérose hépatique et leurs caractères différentiels, par le docteur Surré. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 4 fr.

Des abcès douloureux des os, par le docteur Golay. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Contribution à l'étude du traitement des fistules uréthro-périnéales et uréthro-scrotales, par le docteur Paulliard. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

Des gangrènes du poumon, par le docteur Pangon. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 40

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 24 juillet 1879

Académie de médecine : DISCUSSION SUR LES RÉFORMES A APPORTER A LA STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS CONSTATÉS A PARIS. — PLEURÉSIE MULTILOCULAIRE : M. NOEL GUENEAU DE MUSSY.

La discussion très-animée, mais aussi très-confuse, qui a occupé la plus grande partie de la dernière séance de l'Académie de médecine nous paraît pouvoir être résumée en quelques lignes. Il s'agissait, on s'en souvient, de répondre à une question posée par M. le préfet de la Seine, qui recherche les moyens d'obtenir une statistique plus exacte des causes de décès. Nous avons analysé déjà (p. 373) le rapport de M. Lagneau. Les critiques qu'on lui a adressées et les propositions qui viennent d'être émises ne modifieront guère nos conclusions.

Une statistique irréprochable et vraiment scientifique est certainement impossible à obtenir. Les causes d'erreur qui dépendent d'un diagnostic erroné et celles qui tiennent à la nécessité de respecter les convenances sociales et le secret professionnel sont trop nombreuses pour qu'il soit nécessaire d'insister à ce sujet. Mais la question se pose en d'autres termes. Est-il possible de modifier les conditions dans lesquelles s'établit aujourd'hui cette statistique, de manière à la rendre meilleure et à ce qu'elle puisse servir de base à une étude des causes de décès, à une enquête sur les conditions saisonnières, telluriques ou sociologiques qui les déterminent? C'est là ce qu'il importe de rechercher. Nous plaçant à ce point de vue, nous devons reconnaître que le médecin qui a, jusqu'au jour du décès, soigné un malade, est plus apte que le médecin de l'état civil à donner à l'administration le nom de la maladie qui a déterminé la mort. Mais, pour que ce médecin consente à se charger de ce soin, il importe : 1° qu'il ne soit pas mis dans la nécessité de violer le secret professionnel que la loi lui impose; 2° qu'il ne se trouve pas exposé aux vexations administratives qu'une procédure trop compliquée lui créerait nécessairement. Or, la violation du secret professionnel nous paraît pouvoir être aisément évitée par le procédé que nous allons indiquer; et, quant aux tracasseries administratives, elles seraient aussi réduites à leur minimum si l'Académie adoptait la proposition qui lui a été incidemment soumise par M. Léon Le Fort.

Voici donc la méthode qui nous semble la plus simple et qui, si nous avons bien suivi toutes les phases de la discussion académique, répondrait aux vœux qui ont été exprimés. A la mairie de chaque arrondissement se tiendrait un registre à souche divisée en trois colonnes. Chacune de celles-ci porterait, outre le numéro de l'arrondissement, un chiffre spécial, qui indiquerait et servirait à contrôler l'exactitude de la statistique. Les indications nécessaires à l'administration et au bureau de statistique seraient consignées dans chacune de ces colonnes. Les deux dernières colonnes de ce registre à souche pourraient être détachées et serviraient de bulletins destinés, le premier au médecin traitant, le second au médecin vérificateur des décès. Voici, dès lors, comment il serait procédé :

VII° ARRONDISSEMENT	VII° ARRONDISSEMENT	VII° ARRONDISSEMENT
N° 327	N° 327	N° 327
—	—	—
Date : Noms et prénoms : Age : État civil : Domicile : Renseignements divers : Observations :	Date : Age : État civil : Domicile : Diagnostic : Observations :	Date : Noms et prénoms Age : État civil : Domicile : Nom du médecin traitant : Observations :
Signature de l'officier de l'état civil :	*Signature du médecin traitant :*	*Signature du médecin de l'état civil :*

Un décès ayant été déclaré à la mairie, un employé remplira la première colonne, détachera la troisième et l'enverra au médecin vérificateur des décès. Celui-ci se rendra au domicile du décédé, fera les constatations prescrites par la loi et remplira le bulletin qui lui aura été remis, sans porter aucun diagnostic médical si le nom du médecin traitant lui a été donné. Si, comme il arrivera sans doute plus souvent qu'on ne le pense, il est impossible de connaître le nom du médecin traitant (morts subites, indigents, etc.), le médecin de l'état civil mentionnera dans la colonne *Observations* les renseignements qu'il aura pu recueillir sur les causes du décès. Les observations de ce bulletin, renvoyé à la mairie, seront transcrites dans la colonne n° 1, et le bulletin n° 2, qui y restera attenant, contribuera à prouver que le médecin traitant n'a pu être consulté. Quant au bulletin du médecin vérificateur des décès, il sera adressé à l'Hôtel de Ville, où il ne servira que dans une mesure restreinte à l'établissement de la statistique. Si, au contraire, le nom du médecin traitant est désigné par le médecin de l'état civil, l'employé de la mairie lui adressera le bulletin n° 2. Une lettre d'envoi lui donnera les indications nécessaires pour qu'il puisse inscrire son diagnostic sur ce bulletin qui portera, au préalable, les renseignements concernant l'âge, le domicile, l'état civil, etc., du décédé. Le nom de celui-ci ne s'y trouvant pas, sa famille n'étant pas instruite de cet acte administratif, le médecin traitant n'aura aucun scrupule à satisfaire à un devoir scientifique, dont il comprendra aisément l'importance. Son bulletin, mis sous l'enveloppe qui lui aura été adressée par l'administration, sera envoyé directement à l'Hôtel

de Ville, et la commission de statistique, exclusivement composée de médecins, n'aura aucun intérêt à rechercher le nom du décédé, puisque tous les renseignements dont elle a besoin lui auront été fournis. Au bureau de statistique, tous les bulletins reçus seront, chaque semaine, classés par arrondissement, et par numéros d'ordre. Ces numéros devant se suivre régulièrement, on reconnaîtra aisément s'il y a eu des omissions. Dans ce cas, mais dans ce cas seulement, la commission de statistique fera réclamer à la mairie de l'arrondissement copie de la déclaration faite par le médecin de l'état civil, afin de rechercher si le médecin traitant a négligé de lui renvoyer le bulletin qui lui avait été remis ou si ce bulletin s'est égaré. Nous n'insisterons pas davantage. Nous supposons que nos lecteurs comprendront et compléteront ce que nous avons voulu exposer. Ce procédé nous paraît permettre les vérifications nécessaires, ménager toutes les responsabilités et sauvegarder les principes. Il ferait cesser l'antagonisme qu'on prétend pouvoir exister entre le médecin de l'état civil et le médecin traitant. Il faciliterait l'établissement d'une statistique rigoureuse établie sur des diagnostics précis, et d'une statistique approximative rédigée sur les documents fournis exclusivement, mais dans des cas exceptionnels, par les médecins vérificateurs des décès. On a prétendu, il est vrai, que le secret médical pourrait être violé par une collation faite entre les bulletins adressés à la commission de statistique et ceux que porte le registre à souche. Les numéros inscrits en tête des divers bulletins permettraient, en effet, cette collation; mais il nous semble inutile de montrer combien les susceptibilités de ce genre sont peu sérieuses. On l'a exposé suffisamment à l'Académie. Dans bien des actes de la vie publique, le secret médical est infiniment plus aisé à pénétrer. Au conseil de révision — et de nos jours tous les Français s'y trouvent soumis — l'exemption du service militaire est déclarée publiquement devant tous les maires de l'arrondissement, et, après avoir reçu l'avis du médecin expert, le président du conseil ne manque jamais de prononcer ces paroles : Exempté : *faiblesse de constitution;* exempté : *rachitisme;* exempté : *scrofule;* exempté : *bronchite chronique*, etc., etc. Si, par un sentiment de discrétion facile à comprendre, le médecin de l'armée expert devant le conseil de révision atténue sa déclaration en substituant au mot *phthisie* celui de *bronchite*, au mot *maladie de cœur* celui de *palpitations*, est-il beaucoup de pères de famille qui se trompent sur ces désignations? Et qu'on ne s'y méprenne pas, ces diagnostics, quelque imparfaits qu'ils puissent être, sont inscrits par les officiers du recrutement et conservés sur un registre spécial, inscrits par les secrétaires de la mairie et gardés aux archives de la commune. Que sont, à côté de ces violations *inévitables* du secret médical, celles qui résulteraient d'une collation bien difficile entre deux registres indiquant l'un la date et les circonstances d'un décès, l'autre la cause de ce décès? Et les certificats de réforme ne portent-ils pas, ainsi que l'a fait remarquer M. L. Le Fort, l'indication très-nette et très-franche des causes qui ont motivé la radiation des cadres de l'armée? Qu'on n'insiste donc plus sur des subtilités que les principes approuvent, mais que l'expérience condamne. Nous croyons, au contraire, que les plus grandes difficultés résulteront, non des répugnances qu'éprouveront les médecins parisiens à violer le secret médical, mais de leur peu d'empressement à remplir et à renvoyer à l'Hôtel de Ville les bulletins qui leur seront adressés. Et c'est pourquoi nous terminons en déclarant que le meilleur moyen d'arriver à améliorer les statistiques médicales c'est de démontrer leur utilité et de chercher à convertir à cette idée tous les médecins vraiment soucieux des intérêts de la population parisienne.

— Nous ne pouvons aujourd'hui que recommander aux lecteurs du *Bulletin de l'Académie* la remarquable communication faite par M. le docteur Noël Gueneau de Mussy au commencement de la séance. Tous ceux qui se sont occupés d'auscultation et de percussion connaissent les travaux de ce maître éminent. Ils ne s'étonneront point, dès lors, si nous attendons nous-même qu'il nous soit permis de lire et de méditer son nouveau mémoire, pour mieux en faire apprécier toute la valeur. Dans notre prochain numéro nous analyserons cet exposé si savant et si complet des conditions dans lesquelles les épanchements pleurétiques peuvent faire disparaître, persister ou augmenter les vibrations du thorax.

L. Lereboullet.

HISTOIRE ET CRITIQUE

VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE LA FUCHSINE DANS LA MALADIE DE BRIGHT.

Après avoir servi à la falsification des vins, la fuchsine vient d'entrer dans le domaine de la thérapeutique. Cette évolution n'a pas été simplement l'effet du hasard. Quand MM. Ritter et Feltz firent connaître le résultat de leurs travaux sur « la coloration artificielle des vins par la fuchsine », l'opinion publique se hâta trop tôt de conclure, et les vins fuchsinés furent regardés d'abord comme dangereux. Mais, à la suite d'expériences nombreuses, on revint sur cette première impression, et l'on acquit la conviction que la quantité de fuchsine nécessaire à la coloration des vins fabriqués, peut être absorbée pendant longtemps sans aucun danger pour l'économie.

Telle est la conclusion à laquelle s'arrêtèrent MM. Bergeron et Clouet. (*Répertoire de pharmacie*, 1876, *Note sur l'innocuité absolue des mélanges à base de fuchsine*). Dans leur mémoire, ces observateurs firent même cette remarque, que chez l'un des sujets, atteint d'albuminurie d'origine cardiaque, l'albumine avait complètement disparu après l'administration de la fuchsine.

Alors l'action physiologique de la fuchsine fut expérimentée par MM. Feltz et Duclos (*Gazette hebdomadaire*, 1877) qui arrivèrent aux conclusions suivantes ;

1° La fuchsine n'est pas un poison, car on peut en administrer 8 grammes en quelques jours sans provoquer de troubles sérieux.

2° Les effets nuisibles, quand ils se produisent, la diarrhée par exemple, sont imputables à la mauvaise préparation de la fuchsine qui contient quelquefois de l'arsenic.

3° La fuchsine ne détermine point d'albuminurie, elle est diurétique, et prise à doses élevées (30 à 80 centigrammes par jour), elle détermine une élimination considérable de phosphate.

Il y avait donc, jusqu'ici, un fait dominant au point de vue thérapeutique: c'est que la fuchsine a une action sur le rein, et peut-être aussi une action sur l'albuminurie.

Le nouveau médicament fut alors administré, et les résultats obtenus donnèrent lieu aux publications de M. Feltz (*Gazette hebdomadaire*, 1876, n° 25; *Gaz. des hôpitaux*, 1877, n° 50; *France médicale*, 1879, n° 42); de M. Bouchut (*Gaz. des hôpit.*, 1877, n° 50; 1878, n° 43), et à la thèse

récente de M. Divet (*De la fuchsine dans le traitement de l'albuminurie chronique et de la néphrite parenchymateuse*, thèse de Paris, 1879, n° 320). Toutes les observations étant consignées dans la thèse de M. Divet, c'est là, pour éviter la confusion, que je les étudierai sous leur numéro d'ordre.

Au premier abord, je dois dire qu'en lisant la plupart de ces observations, on est frappé des résulats obtenus; on y voit fréquemment que l'albuminurie diminue ou disparaît avec rapidité, et l'état général du malade devient si satisfaisant, que la fuchsine semble avoir opéré la guérison. Et l'on est d'autant plus heureux du résultat obtenu, que la maladie de Bright (est-ce parce qu'on la connaît mieux ou parce qu'elle est réellement plus fréquente) semble acquérir depuis quelques années une extension graduellement croissante.

Que de gens qu'on prenait pour des *cardiaques avec albuminurie*, qui ne sont que des *brightiques avec retentissement cardiaque* (Potain, *Du bruit cardiaque appelé bruit de galop, et de sa valeur séméiologique*, in *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1875).

Que de gens qu'on supposait atteints de *lésions chroniques de l'appareil pulmonaire*, œdème chronique, bronchites à répétition (Lasègue, *Des bronchites albuminuriques*, in *Arch. génér. de méd.*, 1879), faux asthme, pleurésie bâtarde *avec albuminurie*, et qui ne sont que des *brightiques avec retentissement sur l'appareil pulmonaire*.

Que de gens atteints d'*hémorrhagies*, épistaxis, hémoptysies (Dieulafoy, *Des formes frustes du mal de Bright*, in *Gaz. hebdom.*, 1879, n° 5), pleurésies hémorrhagiques, hémorrhagie cérébrale (voy. Lécorché, *Traité des maladies des reins*, p. 400), et qui ne sont que des brightiques, dont la lésion initiale et fondamentale n'est quelquefois reconnue qu'à l'autopsie.

On comprend donc de quelle faveur doit jouir un médicament qui s'adresse aux formes isolées ou combinées des néphrites; aussi, désirant en apprécier la valeur, j'ai administré pendant cinq mois la fuchsine dans mon service à l'hôpital Ménilmontant.

C'est le résultat de mes observations que je viens exposer, et je dis à l'avance *qu'il concorde assez peu* avec les résultats obtenus d'autre part; aussi je crois nécessaire d'analyser chacune des observations publiées par les auteurs déjà cités, afin de rechercher pourquoi nous sommes arrivés à des résultats assez dissemblables.

Voici le résumé des observations consignées dans la thèse de M. Divet.

Obs. I (Feltz). — Un homme, âgé de cinquante-huit ans, entre à l'infirmerie de la Maison de répression de Saint-Denis. On constate de l'œdème aux extrémités inférieures, et de l'albumine dans les urines. Après deux mois de séjour à l'infirmerie, le malade prend tous les jours 5 centigrammes de fuchsine, et l'albumine (dont la quantité n'avait pas été préalablement dosée) disparaît après quatre jours.

L'observation ne signalant aucun autre symptôme, il est probable que ce malade était atteint, non pas d'une néphrite, mais d'un œdème cachectique avec albuminurie. Après quelques semaines de séjour à l'infirmerie, et avant l'administration du médicament, l'œdème avait diminué; quel régime avait suivi le malade? L'observation ne le dit pas; elle nous paraît donc peu concluante au point de vue des effets de la fuchsine.

Obs. II (Bouchut). — Une enfant de six ans est atteinte de scarlatine et de fièvre muqueuse. Quelques semaines après, elle est prise d'anasarque et d'albuminurie; on la met au *régime lacté* et l'on administre pendant quelques jours 10 à 20 centigrammes de fuchsine par jour. L'enfant guérit de son albuminurie.

Le *régime lacté* dans l'albuminurie en général et dans les néphrites chroniques a une telle efficacité, il donne de si heureux résultats, que nous serons obligés de considérer comme non-avenues, au point de vue de l'expérimentation de la fuchsine, les observations dans lesquelles la fuchsine a été associée au *régime lacté*.

Obs. III (Giffo). — Un malade, du service de M. Millard, était atteint de néphrite aiguë, avec œdème et albuminurie. On commence par le mettre au *régime lacté*, et l'on administre plus tard la fuchsine. Le malade quitte l'hôpital amélioré, ayant encore dans l'urine une petite quantité d'albumine.

Cette observation est non-avenue, puisque le régime lacté a été associé à la fuchsine. Du reste, l'albuminurie n'a pas complètement disparu.

Obs. IV (Bouchut). — Une malade, atteinte d'albuminurie et de glycosurie, est mise au régime *exclusif du lait*, et on lui donne en même temps de 10 à 20 centigrammes de fuchsine par jour. L'albuminurie disparut graduellement.

C'est encore une observation dont nous ne pouvons pas tenir compte, puisque le régime lacté et la fuchsine ont été simultanément employés.

Obs. V. — Elle est si peu détaillée qu'elle ne peut fournir aucun renseignement utile.

Obs. VI (Feltz). — Une femme, âgée de soixante-cinq ans, ayant enduré de grandes privations et tellement affaiblie, qu'on s'attend à la voir mourir sous peu de jours, a été prise d'anasarque et d'albuminurie. La fuchsine est administrée à plusieurs reprises et chaque fois l'albumine disparaît; mais un mois plus tard la malade meurt, ayant, la veille encore, beaucoup d'albumine dans les urines.

Dans cette observation, la fuchsine semble avoir eu prise, non pas sur la maladie, mais sur le symptôme albuminurie; son action n'était pas durable, puisque l'albumine reparaissait du jour au lendemain.

Obs. VII (Bouchut). — Une enfant de huit ans est prise d'anasarque avec albuminurie, sans autre symptôme. On la fait transpirer au moyen de fumigations de benjoin; on la soumet dès le début au *régime lacté*, et on administre la fuchsine. Après quelques alternatives d'état normal et pathologique, l'enfant sort guérie.

Quelle part faut-il attribuer à la fuchsine dans ce traitement, où, entre autres moyens, on a employé *dès le début le régime lacté?*

Obs. VIII (Bouchut). — Une enfant de quatorze ans a été prise d'anasarque avec albuminurie. Un mois après le début des accidents qui ressemblent beaucoup à ceux d'une néphrite parenchymateuse, la petite malade est soumise au *régime lacté* auquel on joint une potion avec 15 à 30 centigrammes de fuchsine. La malade est guérie deux mois après.

A quoi devons-nous attribuer la guérison; est-ce au régime lacté ou à la fuchsine?

Obs. IX (Bouchut). — Une enfant ayant eu successivement la variole, la rougeole, la fièvre typhoïde, a depuis trois semaines une adénite suppurée avec œdème et albuminurie. La malade est soumise au *régime lacté*, et on lui prescrit tous les jours 15 centigrammes de fuchsine.

La disparition du symptôme albuminurie chez cette petite scrofuleuse est-elle due à la fuchsine ou au régime lacté?

Obs. X (Bouchut). — Une petite fille de trois ans a des urines sanguinolentes, et plus tard de l'anasarque et de l'albuminurie. On prescrit une sudation quotidienne dans un maillot chauffé imprégné de vapeurs de benjoin, le *régime lacté* et une potion avec 10 et 15 centigrammes de fuchsine. Après un traitement alternativement repris et abandonné, l'enfant a guéri.

Voilà encore une observation où il serait difficile de faire la part du traitement; à quoi faut-il attribuer la disparition des accidents, est-ce au régime lacté ou à la fuchsine?

Obs. XII (Feltz). — Une femme âgée de cinquante-trois ans est prise de diarrhée, d'anasarque et d'albuminurie: on constate des râles dans la poitrine; les urines sont peu abondantes. On administre la fuchsine à la dose de 15 centigrammes par jour. La quantité des urines augmente et l'albuminurie disparaît. Le traitement alternativement supprimé et repris a duré un peu plus de deux mois.

Cette observation est toute en faveur de la fuchsine. Le médicament a été administré seul, sans le régime lacté, dans un cas probable de néphrite parenchymateuse.

Obs. XIII (Feltz). — Un malade est atteint des symptômes d'une néphrite chronique probablement parenchymateuse, avec anasarque et albuminurie. Pendant six semaines, la malade prend la fuchsine à la dose de 15 centigrammes par jour. L'albumine diminue, mais ne disparaît pas, la faiblesse générale persiste, mais l'état général est bon.

Bien que la guérison ou même la disparition totale de l'albuminurie n'aient pas été obtenues, on peut néanmoins considérer cette observation comme assez favorable à la fuchsine.

Obs. XIV (Feltz). — Un homme, âgé de cinquante-quatre ans, alcoolique et athéromateux, est pris d'œdème et d'albuminurie. On prescrit le *régime lacté*, et on administre de 10 à 20 centigrammes de fuchsine par jour. Ce traitement donne un très-bon résultat.

Mais ce résultat n'est-il pas dû, en partie du moins, au régime lacté?

Obs. XV (Feltz). — Dans cette observation, très peu détaillée, la fuchsine fait disparaître l'albumine chez un homme âgé de soixante-deux ans, atteint de bronchite chronique et de rétrécissement aortique.

Obs. XVI. — Une jeune femme est atteinte d'albuminurie au septième mois d'une grossesse. Elle est prise de troubles nerveux qui font redouter l'éclampsie, et l'on trouve de fortes proportions d'albumine dans l'urine. On administre la fuchsine d'abord et le régime lacté ensuite. Mais il faut dire qu'avant le régime lacté, la quantité d'albumine avait notablement diminué.

Tel est le résumé des seize observations dans lesquelles on a fait usage de la fuchsine. Sur ces seize observations, il en est huit dans lesquelles on ne peut se prononcer sur l'efficacité de la fuchsine, puisque le régime lacté lui a été associé.

Restent huit observations. Deux sont trop peu détaillées pour figurer dans la discussion. Trois autres ne sont pas concluantes, puisqu'il y a eu persistance de l'albuminurie malgré l'usage de la fuchsine. Restent trois observations qui seront discutées dans un prochain article, à la suite des observations qui me sont personnelles.

Dieulafoy.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contribution a l'histoire de la tuberculisation génitale et urinaire, par M. le docteur Henri Picard.

(Fin. — Voyez les numéros 27 et 28.)

Il me reste à dire, pour terminer cette partie de mon travail, quel doit être le *traitement* du tubercule du testicule. Or ce traitement, il est dans la solution de ces deux termes opposés : la conservation du testicule ou la castration. Si, comme le veut M. Richet, le tubercule du testicule est une inflammation pure et simple ne donnant lieu qu'à un produit spécial, la matière caséeuse, il faut évidemment extirper la glande; car, en présence d'un organe qui suppure souvent pendant des mois et des années, au grand détriment des malades, l'ablation n'offre rien que de rationnel, puisque, l'inflammation n'ayant rien de spécial, la récidive n'est pas à craindre. Mais, si, d'une part, s'appuyant sur l'anatomie pathologique, on voit dans la matière caséeuse du testicule une production véritablement tuberculeuse, et, après ce que nous avons dit, il est impossible de faire autrement; si, d'autre part, on considère, comme l'enseigne la clinique et, comme le pensait Velpeau, quoique ses idées sur le testicule tuberculeux fussent à peu près celles de M. Richet, que la maladie finit par s'user, en désorganisant plus ou moins complétement la glande, on sera d'avis, comme lui, qu'elle n'exige pas la castration. Cette manière de voir de Velpeau est celle d'un grand nombre de chirurgiens et d'un médecin qui, plus que tout autre, a fait de la phthisie une étude profonde, M. Pidoux. Voici comment s'exprime cet auteur sur ce sujet : « Le testicule tuberculeux, surtout lorsqu'il suppure abondamment, masque souvent aussi la phthisie pulmonaire, ralentit sa marche, et surtout lui enlève ses symptômes. Je vois en ce moment un homme de cinquante ans, affecté d'un double testicule tuberculeux avec deux fistules qui donnent une très-copieuse suppuration. L'auscultation seule permet d'affirmer l'existence de tubercules ramollis au sommet du poumon gauche. Depuis cinq mois, il restait à ce degré de toux, sans expectoration, sans travail inflammatoire et congestif des poumons. J'ai eu l'idée de tarir ces foyers caséeux suppurants par la cautérisation au fer rouge; mais j'ai été arrêté par la crainte d'échanger la phthisie testiculaire contre une phthisie beaucoup plus rapidement funeste. » Ces idées ne sont-elles pas celles de M. Verneuil sur les diathèses, quand ce professeur dit qu'il est des cancers auxquels il vaut mieux ne pas toucher, de peur de les voir repulluler dans des organes où les atteindre serait impossible? C'est le même but qu'a eu vue M. Verneuil : la localisation et, s'il est possible, l'épuisement de la diathèse dans le point où elle est née. Si j'admets que le tubercule peut très-bien naître et mourir dans le même organe, sans se généraliser, il ne faut pas se dissimuler néanmoins que ce dernier résultat est toujours à craindre. Aussi est-on singulièrement étonné, quand on connaît la manière de voir des observateurs que je viens de nommer, d'entendre M. Richet dire que, sous l'influence de la castration, il a vu des manifestations pulmonaires disparaître, et si, pour ma part, j'accepte parfaitement les allégations de ce professeur par rapport aux malades qu'il a observés, il n'en est pas moins vrai que je ne suivrais pas sa conduite.

On cite, je le sais, dans la plupart des travaux qui ont été écrits sur le testicule tuberculeux, un homme, épuisé par la suppuration, auquel M. Tillaux rendit la santé en lui pratiquant la castration et qu'il put présenter, sept ans après, à la Société de chirurgie, indemne de récidive.

J'admets le fait de M. Tillaux, comme j'admettais tout à l'heure ceux de M. Richet, en faisant observer toutefois qu'il ne faut pas conclure du particulier au général. Et, à la

non-récidive, dans le cas de M. Tillaux, au bout de sept ans, on peut opposer ce qui eut lieu dans celui que j'ai raconté : suppuration de neuf mois, guérison complète, puis récidive du côté des voies urinaires, treize ans après.

D'ailleurs, n'avons-nous pas, en dehors de la castration, d'autres moyens d'action, capables de tarir la suppuration, tout en conservant au malade un testicule, inutile au point de vue de la procréation, c'est évident, mais non pas à la satisfaction du sujet, qui ignore souvent cette particularité? satisfaction que M. Verneuil a expressivement définie par deux mots, en disant que c'était un *testicule moral*.

Je ne parlerai pas du drainage du testicule, préconisé par M. Chassaignac, ni de la résection des amas caséeux pratiquée par Malgaigne, parce que ces deux méthodes ne m'ont paru présenter aucun avantage. Mais il n'en est pas de même de la cautérisation au fer rouge, qu'emploie M. Verneuil. Aujourd'hui surtout, avec le thermo-cautère, cette méthode est très-préférable aux précédentes; elle est à la portée de tous parce qu'elle est d'une application facile et rapide. D'un autre côté, sa puissance ne leur cède en rien comme efficacité. Voici comment on l'applique : Le malade étant endormi et le cautère porté au rouge blanc, on le plonge dans les points ramollis à 3 ou 4 centimètres de profondeur, on le retourne plusieurs fois dans la plaie, de manière à toucher tous les points malades, et cela, tout en comprimant la tumeur, pour en faire sortir la matière caséeuse et le pus. Au bout de quelques jours, quand l'eschare est tombée, on répète la même opération, si l'on juge que les abcès et les fistules ne sont pas suffisamment détergés. On recommencerait au besoin une troisième fois la même opération.

M. Verneuil recommande, avec raison, de ne pas trop débrider l'albuginée de peur qu'un fongus n'apparaisse. Cette remarque ne doit pas s'appliquer seulement au tubercule du testicule, mais encore à l'orchite simple, aiguë ou chronique. L'expérience a, en effet, prouvé que ces mouchetures, tant vantées autrefois pour soulager la douleur de l'orchite, étaient trop souvent suivies de l'apparition d'un fongus bénin, quand elles avaient été faites trop profondément.

Avant d'en arriver à ces moyens radicaux, le médecin doit en mettre d'autres en usage qui, pour être plus doux, ne sont pas dépourvus de toute efficacité : les frictions avec la pommade iodurée, l'enveloppement avec l'emplâtre de Vigo, les badigeonnages à la teinture d'iode, badigeonnages qui ne doivent être employés sur le scrotum qu'avec précaution, parce qu'ils sont parfois très-douloureux ; il faudra donc étendre d'eau la teinture d'iode ou, au moins, ne pas en couvrir entièrement la peau ; peut-être même sera-t-il plus prudent de n'en injecter que dans les trajets fistuleux. On aidera ces moyens par les bains sulfureux et les bains de mer. La médication externe sera soutenue par les médicaments internes : huile de foie de morue, iodure de potassium ; une alimentation grasse et phosphatée : beurre, lait, cervelles de veau et de mouton.

Il me reste maintenant à parler de la tuberculisation urinaire, dont l'observation de mon premier malade offre un spécimen parfait. Rappelons-nous les symptômes qu'il nous a présentés : sensation de picotement dans le fond de l'urèthre et vers le bas-fond de la vessie, envies fréquentes d'uriner, douleur en urinant, hématurie, écoulement uréthral, urine purulente. Eh bien, en rapprochant ces symptômes des lésions anatomiques on voit qu'ils sont parfaitement expliqués par elles. Que constatons-nous, en effet, sur les individus morts de tuberculisation urinaire ? une vessie petite, rétractée, racornie par la persistance du ténesme ; puis, au col, des granulations grises et jaunâtres quand elles sont plus anciennes. A mesure qu'elles vieillissent les granulations suppurent et s'évacuent à travers la muqueuse qu'elles laissent criblée de petits orifices, communiquant avec des cellules creusées dans l'épaisseur de la paroi vésicale. Ces granulations, réunies et fondues, laissent des ulcérations variant de la largeur d'une pièce de vingt centimes à celle d'une pièce de cinq francs et même bien davantage, quoique rarement elles arrivent à perforer la vessie. Un fait constant, c'est que les ulcérations sont d'autant plus anciennes qu'on se rapproche davantage du col, preuve que les granulations ont débuté par lui. La prostate qui est intimement unie au col se trouve envahie par les tubercules qui en se fondant y creusent des cavernes d'autant plus profondes que le parenchyme est atteint en même temps que la muqueuse, ce qui explique comment se forment les loges prostatiques et pourquoi, dans ces cas, on trouve à côté de la vessie véritable une poche pouvant faire croire à un double réservoir urinaire. Une fois là, la tuberculisation gagne surtout en arrière, rarement en avant, quoiqu'on ait rencontré des ulcérations tuberculeuses jusque dans la fosse naviculaire.

Quand un individu présente, en même temps que les symptômes précédents, ceux de la tuberculose pulmonaire, le diagnostic n'est pas difficile ; mais quand il a les poumons intacts, on peut hésiter et croire à une cystite hémorrhagique s'il a eu des blennorrhagies, ou à un calcul, s'il a eu de coliques néphrétiques.

Dans la cystite hémorrhagique blennorrhagique, comme dans la cystite tuberculeuse, nous voyons le malade être tourmenté de fréquents besoins d'uriner et pisser du sang. Mais, outre que le repos calme mieux ces envies dans la cystite blennorrhagique que dans la cystite tuberculeuse, la marche des deux affections n'est pas la même. La cystite hémorrhagique blennorrhagique débute le plus souvent au déclin d'une blennorrhagie aiguë, six semaines ou deux mois après son commencement ; quelquefois, il est vrai, pendant une blennorrhagie chronique, mais elle atteint d'emblée son paroxysme, et c'est ordinairement sans symptômes préalables, ou très-peu de jours après l'apparition des envies fréquentes d'uriner, que se montre le sang. Celui-ci est expulsé avec les dernières gouttes d'urine, en petite quantité, quelques gouttes seulement, rarement il est mélangé à la totalité de l'urine. Dans la cystite tuberculeuse, la miction est ordinairement pénible et fréquente, depuis déjà longtemps, quand on voit le sang apparaître. Dans la cystite hémorrhagique blennorrhagique, la fréquence des mictions peut persister, mais le sang disparaît au bout de quinze ou vingt jours, quand bien même elle n'a pas été traitée. Si une médication appropriée, copahu à hautes doses à l'intérieur, solution de nitrate d'argent au cinquantième sur le col, a été appliquée, la maladie cède complétement. Dans la cystite tuberculeuse, rien n'y fait : le sang se montre plus abondant, les envies d'uriner se répètent de plus en plus, la tumeur augmente chaque jour les souffrances du malade, en sorte qu'il devient bientôt impossible de se méprendre sur la nature de l'affection.

On peut d'autant mieux confondre une cystite tuberculeuse avec celle causée par un calcul qu'à l'ensemble des symptômes qui est le même dans les deux affections viennent se joindre des douleurs de reins qui simulent quelquefois à s'y méprendre celles de la colique néphrétique et les chirurgiens les plus expérimentés, mon observation en est un exemple, s'y sont quelquefois laissé prendre. Elles sont causées par la tuberculisation qui peut envahir les uretères ou plus souvent par les détritus caséeux expulsés du rein et arrivant par ces organes jusqu'à la vessie. Si quelques-uns de ces fragments étaient rejetés au dehors par l'urèthre, ils fourniraient au diagnostic des éléments positifs. Mais, à part cette heureuse circonstance, la sonde exploratrice d'argent et au besoin le lithotriteur explorateur fourniront la preuve qu'il n'existe pas de pierre.

Il est un point de repère dans le diagnostic de la tuberculose génitale et urinaire, dont je dois dire un mot, c'est l'état de la prostate. Les uns avec Béraud prétendent que la prostate tuberculeuse est diminuée, les autres, avec M. Gosselin, qu'elle est au contraire augmentée de volume et cette dernière modification est pour ce chirurgien un signe qui permet de dire si

certaines tumeurs de l'épididyme sont de nature tuberculeuse.

D'un autre côté, dans une thèse récente, celle de M. Reclus, dont j'ai déjà cité le nom plusieurs fois, je trouve la phrase suivante : « Pour nous, nous croyons pouvoir dire que la prostate est saine lorsqu'elle se confond presque avec les tissus qui l'entourent; on la délimite alors avec peine, encore n'est-on pas sûr des bornes qu'on lui trace; elle est élastique et fuit facilement devant le doigt. » Eh bien, quitte à me trouver en désaccord avec M. Reclus, je dois dire que le résultat de mes explorations m'empêche d'être de son avis, ou bien c'est que je n'ai pas touché de prostate saine. En effet, dans le grand nombre de prostates que j'ai déjà explorées, presque jamais je n'ai trouvé cette glande confondue avec les tissus voisins; presque toujours, au contraire, on pouvait la délimiter facilement : ses lobes faisaient un relief sensible et le doigt sentait parfaitement la rainure médiane. Du reste, la glande peut être malade, tout en ne fournissant pas au doigt un relief bien sensible. Le sujet de ma première observation en est la preuve : sa prostate, plutôt diminuée de volume, ne donnait au toucher que la sensation d'une bandelette fibreuse de niveau avec les tissus voisins. Quoi d'étonnant, d'ailleurs, qu'une prostate tuberculeuse s'atrophie, puisque le testicule subit quelquefois cette transformation, quand y apparaissent des granulations fibreuses? Est-ce à dire que la prostate tuberculeuse soit toujours diminuée de volume? Assurément non, car j'ai vu dernièrement un jeune homme affecté de tubercules prostatiques évidents chez lequel la glande formait un relief aussi gros qu'une noix, inégal et mat au toucher. J'en avais observé un autre, il y a deux ans, présentant une prostate semblable, mais plus saillante et plus dure. D'un autre côté, je vois, pendant la rédaction de ce travail, un soldat d'administration atteint de scrofulide peu étendue à la face et de testicules tuberculeux suppurant depuis un an, dont la prostate n'offre pas un volume plus considérable et n'est pas plus sensible à la pression qu'une foule d'autres absolument exemptes de tubercules. Aussi je me range tout à la fois à l'opinion de Béraud et à celle de M. Gosselin, pensant que la prostate tuberculeuse peut être tantôt augmentée, tantôt diminuée de volume, et cela dès le début de la maladie. D'un autre côté, il n'est pas illogique d'admettre que les productions tuberculeuses peuvent très-bien ne pas donner lieu à une augmentation de volume de la prostate, sensible au doigt, quand elles naissent vers la face uréthrale de la glande et qu'elles sont la suite d'une tuberculisation de la muqueuse prostatique. Ce sont alors les symptômes de cystite qui dominent; c'est, au contraire, l'augmentation de volume qui l'emporte quand les produits morbides apparaissent vers la face rectale.

Il est un second symptôme sur lequel je dois insister, parce qu'il a une réelle importance dans la tuberculose génito-urinaire; c'est l'écoulement uréthral. On a vu qu'il existait chez mon premier malade. Il en est de même chez un grand nombre de sujets dont les voies urinaires sont atteintes de tubercules, et M. Ricord a même désigné cet écoulement sous le nom de *blennorrhagie tuberculeuse*. Malheureusement le microscope ne décèle dans le pus de cette blennorrhagie aucun élément susceptible de le distinguer de tout autre. Lebert avait bien parlé autrefois d'un corpuscule particulier au pus tuberculeux, mais de nouvelles recherches ont démontré, depuis longtemps, que ce corpuscule était imaginaire. Malgré l'absence de cet indice, il faudra néanmoins se tenir en garde contre certains écoulements qui apparaissent sans cause plausible, non-seulement sans coït suspect, mais même chez des sujets vierges de tout rapport sexuel ou non adonnés à l'onanisme. Il faudra se méfier des blennorrhagies tenaces et à répétition. De même, en effet, que l'on voit la phthisie pulmonaire apparaître sous l'influence de bronchites répétées, de même on peut voir naître la phthisie urinaire sous l'action de phlegmasies invétérées. Souvent même ces blennorrhagies ne sont pas la cause, mais le symptôme prémonitoire de l'affection qui va devenir évidente. C'est ce qui a lieu fatalement quand les granulations vieillies ont laissé à leur place des ulcérations.

Je ne veux plus maintenant que rappeler l'attention sur la malencontreuse opération d'uréthrotomie que j'ai pratiquée sur mon premier malade. Je n'y chercherai pas d'excuses, mais je la présenterai comme un avertissement, car je ne suis pas le premier ayant commis pareille erreur. Un seul signe, cependant, devait suffire à m'en détourner : la suppuration du testicule et les traces qu'elle avait laissées. Un scrotum adhérent par un tissu cicatriciel à l'albuginée doit toujours éveiller l'attention, puisque, en dehors d'un abcès du testicule et de l'épididyme, il n'y a guère qu'une blessure, surtout par instrument piquant ou tranchant, qui puisse produire cette adhérence, et que les abcès de la glande séminale sont presque toujours tuberculeux. Il faut même pousser les choses plus loin. En effet, il arrive quelquefois qu'au bout d'un certain temps la bride inodulaire réunissant la peau à la glande vient à se rompre, en sorte qu'on n'a plus sous les yeux que la cicatrice du scrotum devenu libre, cicatrice qui doit être alors, pour le chirurgien, un avertissement salutaire et suffisant.

Quelle est maintenant la nature de l'obstacle ayant pu me faire croire, ainsi qu'au médecin qui m'avait précédé, à un rétrécissement de l'urèthre? Beaucoup diront : C'était un spasme de la portion membraneuse. Quant à moi, quoique je ne nie pas la réalité du spasme dans beaucoup de circonstances, ce n'est pas mon avis. Le spasme, en effet, arrête net la bougie qu'on pousse dans le canal et, si l'on parvient à le vaincre, l'instrument, quelle que soit sa finesse, se trouve saisi et serré. Ici, rien de semblable; il suffisait de prendre une bougie d'un diamètre approprié pour franchir l'obstacle, qui n'offrait pas l'élasticité d'un vrai rétrécissement. J'avais, sans doute, tout simplement affaire à un soulèvement de la muqueuse, occasionné par des amas tuberculeux qui obstruaient le canal. Du reste, quelle qu'en soit la cause, l'important est de savoir qu'en pareille circonstance semblable obstacle peut se présenter, et que la prudence doit alors plus que jamais régler notre conduite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

LIQUEUR ANTISEPTIQUE. — M. *J.-A. Pennès* adresse à l'Académie plusieurs rapports d'expériences faites avec un liquide qu'il nomme *antiseptique* et présente en même temps diverses pièces anatomiques et zoologiques conservées avec ce liquide. (Renvoi à la Commission des arts insalubres.)

COMPARAISON DES EFFETS DES INHALATIONS DE CHLOROFORME ET D'ÉTHER, A DOSE ANESTHÉSIQUE ET A DOSE TOXIQUE, SUR LE CŒUR ET LA RESPIRATION; APPLICATIONS. Note de M. *Arloing*. — Tous les médecins ont observé que les premières inspirations de chloroforme et d'éther produisent une vive excitation, au cours de laquelle la mort peut survenir brusquement. M. Bert a démontré que cette période d'excitation était due à l'action irritante des vapeurs anesthésiques sur les nerfs sensitifs des premières voies respiratoires, et Dogiel, Holmgreen et Grade, Hering et Kratschmer, Krishaber, Franck ont constaté que les syncopes souvent mortelles qui surviennent à ce moment reconnaissent la même cause. Les expérimentateurs ont encore signalé une autre période d'agitation qui se montre pendant l'introduction directe des vapeurs dans la trachée. Elle fut attribuée par Dogiel, Holmgreen, Rutherford et Richardson à l'influence des vapeurs de chloroforme sur la terminaison des nerfs bronchiques, et par Picard à l'action

que les anesthésiques exercent sur tous les nerfs sensitifs avant d'en déterminer physiologiquement la mort.

C'est cette seconde période d'excitation que les auteurs ont étudiée comparativement avec le chloroforme et l'éther, en faisant pénétrer de l'air chargé de vapeurs anesthésiques dans la trachée d'un chien. Il résulte de leurs expériences que l'introduction des vapeurs anesthésiques dans le milieu sanguin s'accompagne : avec le chloroforme, d'une accélération du cœur, brusquement suivie du ralentissement et de l'arrêt de cet organe (sidération); avec l'éther, d'une accélération et d'un simple affaiblissement des contractions du cœur. La seconde période d'excitation s'observe après la section des nerfs vagues : preuve que l'explication qui en a été donnée à l'étranger n'est pas acceptable. En combinant cette section à celle de la moelle épinière, on peut se convaincre que l'accélération du cœur et l'augmentation de la tension artérielle sont placées sous l'influence des centres bulbo-médullaires et du sympathique, et l'arrêt du cœur sous la dépendance des vagues.

Si, suspendant et reprenant de temps en temps les inhalations trachéales, on continue l'administration des anesthésiques jusqu'à l'apparition des phénomènes toxiques, on constate que les animaux présentent une sorte d'accoutumance. Le *chloroforme* produit une accélération croissante du cœur, avec diminution de la force des systoles, jusqu'à ce que le cœur s'arrête (deux ou trois minutes après la respiration). Celle-ci présente, avant sa suppression, des phases d'accélération et d'apnée; par moment, elle diminue d'amplitude à ce point que son tracé rappelle un graphique de pulsations artérielles précipitées. L'intoxication par l'*éther* a une physionomie spéciale. Le cœur s'arrête bien encore après la respiration; mais, au lieu de présenter un ralentissement préalable de ses contractions, il bat de plus en plus vite. Les pulsations sont petites, à peine perceptibles, et cette double étude révèle le mécanisme des accidents qui surviennent dans le cours de l'anesthésie.

Quand la mort survient au début des inhalations, elle est due à l'arrêt réflexe du cœur et de la respiration consécutif à l'irritation des nerfs des premières voies respiratoires. Plus tard, quand l'anesthésique se répand dans le torrent circulatoire, la mort arrive par arrêt du cœur. Si l'anesthésie dure longtemps ou si l'anesthésique est donné à dose massive, il y a empoisonnement et la mort commence par l'arrêt de la respiration; l'arrêt du cœur suit plus ou moins près.

Des causes de la mort par les injections intra-veineuses de lait et de sucre. Note de MM. *Moutard-Martin* et *Ch. Richet*.

Plusieurs auteurs ayant préconisé les injections intra-veineuses de lait comme un procédé thérapeutique destiné à remplacer la transfusion du sang, nous avons essayé de déterminer les causes de la mort que provoquent ces injections sur des chiens lorsqu'elles introduisent dans le système circulatoire une quantité considérable de lait. Sans entrer dans le détail de ces expériences, nous résumerons ainsi nos conclusions :

1° Les symptômes qui suivent l'injection de doses massives de lait sont d'abord des phénomènes d'excitation bulbaire (mouvements de déglutition, vomissements) et de la polyurie; plus tard on observe encore des phénomènes d'excitation bulbaire ou protubérantielle (troubles de l'innervation respiratoire, cris aigus, contracture des membres, arrêt du cœur).

2° Le lait injecté dans le système vasculaire, même à dose considérable (1300 grammes), n'a aucune action immédiate sur la circulation pulmonaire, la contractilité musculaire, l'excitabilité des nerfs et des centres nerveux supérieurs.

3° L'introduction de ferment lactique dans les veines paraît être sans effet, non-seulement chez le chien, mais encore chez le lapin, animal plus propre au développement rapide des organismes inférieurs.

La conclusion générale de nos expériences est que la mort, après injection de grande quantité de lait, survient par suite de l'anémie bulbaire, laquelle produit toujours des phénomènes d'excitation. Cette anémie peut tenir à diverses causes, soit à l'oblitération des capillaires du bulbe par les globules graisseux du lait, soit à la dilution ou à l'altération du sang.

Nous avons fait aussi des injections de sucre dans les veines, et constaté que des doses relativement très-faibles de sucre produisent une polyurie immédiate et très-marquée. Peut-être l'action diurétique du lait est-elle due en partie au sucre contenu dans le lait.

Académie de médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 15 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1880.

Prix de l'Académie. — Question : *De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie, et réciproquement.* — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : *Anatomie pathologique des cartilages articulaires.* — Ce prix sera de la valeur de 1200 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Question : *Du rôle du système nerveux dans les maladies du cœur.* — Ce prix sera de la valeur de 1500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : *Influence de la luxation coxo-fémorale sur la conformation du bassin.* — Ce prix sera de la valeur de 1500 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 7000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne. Il sera de la valeur de 1500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. Il sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par madame veuve Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si une année aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — Question : *De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc.* — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix proposé par M. le docteur Falret. — Question : *De la folie désignée sous les dénominations de folie circulaire, folie à double forme, folie à formes alternes.* Les concurrents devront réunir dans leur travail le plus grand nombre possible d'observations cliniques. — Ce prix sera de la valeur de 1500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Huguier. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé. Il sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager (*Extrait de la lettre du fondateur*). — « Je propose à l'Académie de médecine » une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille » somme destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit » la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays » à endémie goîtreuse. » Le prix ne devra être donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : *Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France.* — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Nota. — Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1880 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1880. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Huguier, Desportes et Buignet, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Séance du 22 juillet 1879. — Présidence de M. Richet.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. le docteur *Josat*, contenant quelques réflexions relatives à la coopération des médecins traitants à la détermination des causes de décès. — 2° Des lettres de remerciments adressées par divers lauréats de l'Académie.

M. *Legouest* présente, au nom de M. le docteur *Renard*, un rapport sur le service des eaux thermales d'Hammam-Rira (province d'Alger).

M. *Leroy de Méricourt* présente, au nom de M. le docteur *Planat*, un mémoire *sur la ménispermine*.

M. *Noël Gueneau de Mussy* présente, au nom de M. le docteur *Garrigou*, un mémoire *sur les eaux de la Bourboule*.

M. *Chereau* présente, au nom de M. le docteur *Foley* : 1° un ouvrage en deux volumes intitulé : *Histoire naturelle de l'homme*. — 2° un ouvrage intitulé : *Le XIXe siècle et sa devise*. — M. Chereau dépose également sur le bureau une notice biographique sur Laënnec, dont il est l'auteur.

M. *Dechambre* présente : 1° Au nom de M. le docteur *Graux*, une brochure intitulée : *De la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée*. — 2° Au nom de M. le docteur *Féréol*, une note sur la communication existant entre les noyaux de la troisième et de la sixième paire.

M. *Broca* présente, au nom de M. *Jolly*, un volume de la bibliothèque internationale, intitulé : *L'Homme avant les métaux*.

Pleurésie multiloculaire. Valeur des vibrations thoraciques. — M. *Noël Gueneau de Mussy* vient communiquer à l'Académie le résultat de ses recherches personnelles sur la valeur sémiotique des vibrations thoraciques dans les affections de poitrine.

M. Jaccoud affirme, d'après l'opinion émise par Monneret en 1848, que les adhérences pleuro-pulmonaires transmettent les vibrations vocales aux parois thoraciques. M. Maurice Raynaud, au contraire, pense que ces adhérences annihilent les vibrations vocales, opinion également émise par Monneret en 1863.

M. Gueneau de Mussy croit avec le docteur William, qui, bien avant Monneret et le docteur Wintrich, avait étudié cette question, que les vibrations du thorax pendant la phonation peuvent persister, augmenter même, comme l'a constaté le docteur William, au niveau des adhérences pleuro-pulmonaires, et que, dans d'autres cas, ces mêmes adhérences interrompent complétement les vibrations vocales. Cette contradiction dans les manifestations d'une même lésion se retrouve dans les épanchements pleurétiques : le plus souvent alors, comme l'a dit Laënnec, les vibrations vocales du thorax sont interrompues ou affaiblies, en même temps que la sonorité thoracique est remplacée par la matité ; mais, dans d'autres cas, comme cela a été indiqué par les docteurs William et Skoda, cette sonorité persiste ; elle prend même habituellement alors un caractère tympanique et les vibrations de la voix continuent à ébranler la paroi thoracique.

Ces résultats, en apparence discordants, peuvent s'expliquer et se concilier, si l'on se rappelle les conditions dans lesquelles se produisent les vibrations des parois thoraciques, et si on en déduit les causes qui peuvent les empêcher.

Ces conditions se résument dans la proposition suivante : Les vibrations perçues par la main pendant la phonation supposent une consonnance des parois thoraciques avec les sons laryngés ; elles expriment un rapport harmonique entre la tonalité de la voix qui les produit et le diamètre de la cage thoracique vibrante.

Si toutes les parois thoraciques ne sont pas aptes à fournir des vibrations appréciables à la main, et si toutes les voix ne sont pas également propres à faire vibrer ces parois, il est clair que l'absence de ces vibrations n'a qu'une valeur relative ; qu'il faut toujours, pour en tirer quelque induction diagnostique, étudier comparativement les deux côtés de la poitrine, les comparer en plaçant la main de chaque côté, à la même hauteur.

Mais, même en prenant toutes ces précautions, l'absence ou la présence des vibrations n'ont pas toujours une signification univoque ; les adhérences, comme les épanchements, peuvent laisser subsister ou interrompre les vibrations.

En résumé, les vibrations thoraciques, perçues pendant la phonation par l'application de la main sur la poitrine, ont certainement une valeur au point de vue du diagnostic, soit qu'elles se montrent exagérées comme dans le cas d'indurations et d'excavations pulmonaires, soit qu'elles disparaissent ou s'affaiblissent, comme cela a lieu le plus souvent dans les épanchements pleurétiques.

Statistique médicale municipale. — M. *Lagneau* vient répondre à quelques-unes des objections qui lui avaient été adressées dans une des séances précédentes.

L'orateur rappelle que tout le monde est d'accord dans la commission sur la nécessité de faire coopérer les médecins traitants à la statistique médicale, mais des opinions divergentes avaient été émises en ce qui concerne le *modus faciendi*.

En modifiant le moins possible la rédaction de la conclusion combattue par M. Bourdon, tout en se conformant à la proposition émise par M. Hardy, la conclusion nouvelle adoptée par la commission serait la suivante : « Immédiatement après la déclaration d'un décès à la mairie, le médecin traitant est engagé à remplir le bulletin nosologique qui lui est envoyé par la poste. Lorsqu'il le juge nécessaire, il peut supprimer les nom et prénoms du décédé écrits sur une partie de ce bulletin qui, limitée par une ligne ponctuée à jour, peut être facilement séparée. »

En son nom personnel, M. Lagneau propose, non pas de laisser facultative la suppression des nom et prénoms du décédé sur le bulletin nosologique, mais de la rendre obligatoire. De cette façon, le secret professionnel serait absolument sauvegardé.

En résumé, acquiesçant, ainsi que tous les membres de la commission, aux conclusions premières, avec la modification proposée par M. Hardy, M. Lagneau demande si, pour éviter la divulgation du secret médical, elle ne jugerait pas convenable de décider d'abord, d'une manière générale, que le bulletin nosologique du médecin traitant ne portera ni nom ni prénoms du décédé ; ensuite, que des deux certificats de décès actuellement remplis par le médecin de l'état civil, celui envoyé au bureau de statistique médicale, de même que le bulletin nosologique du médecin traitant, ne porteront aucune indication des nom et prénoms du décédé.

M. *Hardy* fait remarquer que souvent les parents ou amis de la famille du décédé, que les témoins qui les accompagnent ne connaissent pas le nom du médecin traitant, et ne peuvent, en conséquence, donner d'indication à ce sujet. Le médecin traitant ne peut donc pas toujours être avisé immédiatement après la déclaration de décès, comme le veut la rédaction de l'article de la commission.

En ce qui concerne le secret professionnel, M. Hardy pense que l'intérêt particulier d'une famille doit s'effacer devant l'intérêt général qui s'attache à la connaissance de la cause des décès. D'ailleurs, il est exceptionnel qu'il y ait un intérêt majeur à cacher cette cause.

M. *Bourdon* croit que l'indication des nom et prénoms du décédé est indispensable à la confrontation et au contrôle des bulletins, car il peut arriver que, dans la même maison, il y ait deux ou trois décès le même jour, ce qui, à défaut de l'indication des nom et prénoms, pourrait créer une confusion regrettable.

M. *Lagneau* ne partage pas l'avis de M. Hardy relativement à l'observance du secret professionnel, dont son collègue lui paraît faire trop peu de cas. Il pense que la loi du secret médical doit être absolue; il ne faut pas donner aux médecins traitants le prétexte de la violation du secret professionnel, prétexte dont ils pourraient se servir pour refuser leur coopération à la détermination de la statistique des causes de décès.

M. *Depaul* dit que la loi du secret médical est la première loi du médecin. En ce qui le concerne, rien ne pourrait l'obliger à divulguer les secrets de familles qui ont mis en lui leur confiance. Il aimerait beaucoup mieux donner un diagnostic erroné que de trahir cette confiance. Les statistiques, telles qu'elles sont faites généralement, n'ont d'ailleurs rien de sérieux. Ce n'est pas la peine, pour un intérêt d'aussi minime importance, de créer une législation nouvelle. Mieux vaudrait que l'administration se bornât à adresser aux médecins traitants une circulaire dans laquelle on leur représenterait l'intérêt et l'importance d'une bonne statistique de la cause des décès, et on leur demanderait leur coopération.

M. *Bergeron* dit que, malgré tous les soins qu'on pourra prendre, la statistique sera toujours imparfaite, mais elle vaudra mieux que celles qu'on a faites jusqu'à présent.

M. *Le Fort* propose un nouveau système de doubles bulletins à souche qui pourrait remédier à quelques-uns des inconvénients signalés.

M. *le Président* propose à l'Académie, avant de clore la discussion, d'examiner de nouveaux projets de *Bulletins de décès* qui ont été adressés à la commission par des médecins.

La proposition de M. le président est acceptée et la continuation de la discussion aura lieu dans la prochaine séance.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Altération spéciale des os maxillaires chez les ataxiques avec chute des dents consécutive : M. Vallin. — Éruption provoquée chez une hystérique anesthésique et analgésique : M. Dujardin-Beaumetz. — Des modifications des couches épithéliales de la peau dans la variole hémorrhagique : M. Cornil.

M. *Vallin* fait une communication sur une *altération spéciale des os maxillaires, chez les ataxiques, avec chute des dents consécutive.* Ayant l'occasion d'observer, dans son service hospitalier, un assez grand nombre de malades atteints d'ataxie locomotrice, M. Vallin a constaté à plusieurs reprises, dans le cours de cette maladie, une chute des dents survenant sans avoir été précédée de phénomènes de carie et sans douleurs. Il se fait au niveau du bord alvéolaire une raréfaction du tissu osseux qui permet à la dent de quitter spontanément l'alvéole. Cette altération trophique des maxillaires, sorte d'ostéoporose non sénile, n'a pas encore été signalée dans l'ataxie locomotrice; elle mérite d'appeler l'attention, car elle peut être un phénomène assez précoce de la maladie.

M. *Luys* a observé chez deux ou trois malades la modification de la face signalée par M. Vallin. Dans ces cas, la lèvre inférieure empiète sur la lèvre supérieure sans que pour cela il y ait eu chute des dents.

M. *Lereboullet* a eu l'occasion d'observer un malade qu'il croyait atteint d'aplasie lamineuse; ce malade présentait de l'atrophie musculaire, de la diplopie, de la perte des dents. Trois mois après l'un pouvait parfaitement faire le diagnostic: ataxie locomotrice.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente une femme hystérique, complètement anesthésique. Cette femme présente une particularité dont il ne connaît pas d'exemple : c'est que, toutes les fois que l'on écrit un mot sur une partie quelconque du corps, au bout de quelques minutes, il se produit sur tous les points touchés une élevure de la peau absolument semblable à de l'urticaire, et l'inscription reste ainsi marquée pendant quatre ou cinq heures; en même temps la température s'élève sur tous ces points. Sur aucun point du corps on ne trouve d'urticaire spontané, et depuis que M. Dujardin-Beaumetz examine cette malade, il n'a jamais constaté d'autre éruption que celle qu'il a provoquée lui-même. M. Vulpian a observé (le cas n'a pas été publié) un jeune homme non hystérique sur lequel on déterminait des élevures de la peau semblables à celles de la malade en question, et cela par le même procédé. Chez un autre malade, M. Dujardin-Beaumetz a produit de l'érythème sur tous les points où il appliquait un aimant. Il y a là un fait particulier : Tout d'abord on peut se demander si ces troubles vaso-moteurs ne déterminent pas des troubles encéphaliques et ne provoquent pas l'apparition des accidents hystériques.

M. *Strauss* rappelle un article d'un médecin allemand publié dans le *Centralblatt* (1878) sur les troubles vaso-moteurs de la peau chez les hystériques. Cet auteur publie un certain nombre de faits semblables ou à peu près semblables à celui que vient de présenter M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Besnier* fait remarquer que ces éruptions sont fréquentes chez des personnes sujettes à l'urticaire. Il suffit de faire un simple grattage pour déterminer aussitôt la formation de plaques ortiées. Mais ce qui est intéressant dans le cas de M. Dujardin-Beaumetz c'est l'intensité de l'éruption, la facilité qu'on a à la déterminer et les rapports de ces phénomènes avec l'hystérie.

M. *Constantin Paul* communique le fait suivant, fait qui présente des rapports avec celui de M. Dujardin-Beaumetz. Sur le dos d'un malade, atteint d'urticaire il est vrai, on pouvait écrire des mots qui restaient nettement marqués. Ce qui enlève à ce fait une partie de son intérêt, c'est que, sur d'autres points du corps, on trouvait de l'urticaire spontané.

M. Constantin Paul a eu l'occasion de soigner une malade hystérique chez laquelle il a observé une corrélation entre les douleurs hépatalgiques et les éruptions d'urticaire. Cette malade présentant de l'hépatalgie, l'éruption disparaissait pour revenir au moment de la cessation des douleurs du foie. Cette alternance entre ces deux phénomènes persiste depuis quatre ans.

M. *Dujardin-Beaumetz* ajoute, à propos de sa malade, qu'elle rentre dans les cas miraculeux, dans les cas des malades stigmatisées. Il n'a pas encore voulu faire d'expériences à ce point de vue; il a voulu présenter la malade en appelant l'attention sur ces faits particuliers du côté de la peau, faits assez curieux pour que M. Mesnet ait donné à cette femme le nom de *femme lithographique;* mais il va procéder à une série d'expériences dont il fera part à la Société.

— M. *Cornil* a étudié les modifications des couches épithéliales de la peau dans la variole hémorrhagique. Dans la pustule variolique, on constate que les cellules sont gonflées et qu'il existe sur quelques points de petites cavités; ces cavités sont constituées par des cellules altérées qui communiquent entre elles; c'est dans ces cavités que l'on observe des

leucocytes plus ou moins nombreux, selon que la lésion est plus ou moins avancée. Dans la variole hémorrhagique les lésions sont les mêmes, mais plus prononcées; on trouve une grande quantité de globules rouges et de granulations dans le corps muqueux de Malpighi.

Cet épanchement est rapide : il est dû fatalement à une altération des vaisseaux; mais cette altération est peu connue. Voici cependant ce que M. Cornil a pu observer :

Les vaisseaux situés au niveau de la pustule hémorrhagique ne sont rompus en aucun point; mais les cellules endothéliales sont très-gonflées, elles diminuent considérablement le calibre du vaisseau qui, lui-même, offre l'aspect d'une fente de forme étoilée à cause de la disposition des cellules endothéliales gonflées et adossées. Au centre de cette fente on voit, comme dans toutes les artères, un grand nombre de globules sanguins.

On voit donc qu'il est encore difficile d'expliquer le procédé par lequel les globules rouges sortent des capillaires pour se répandre dans la couche muqueuse de Malpighi et dans les cavités formées par les cellules altérées.

Dr Joseph Michel.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Traitement de l'étranglement interne; laparotomie et entérotomie : M. Terrier. — Modification apportée à l'opération de l'hydrocèle : M. Guyon.

M. *Terrier* fait un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. *Julliard* (de Genève). Kyste de l'ovaire compliqué d'étranglement interne; ovariotomie, libération de l'intestin; guérison. Une femme de quarante-huit ans, atteinte de kyste ovarique, ayant eu plusieurs poussées de péritonite, fut prise dans la nuit du 20 au 21 mars de vomissements. Les accidents allèrent en augmentant; constipation, vomissements fécaloïdes. Le 27 mars, l'état était désespéré; M. Julliard résolut de tenter l'opération.

Le péritoine était épaissi et couvert de flocons pseudo-membraneux; le kyste fut isolé avec peine, deux grosses brides furent liées et sectionnées. Le kyste enlevé, on trouva l'intestin entouré de pseudo-membranes et infléchi deux fois sur lui-même au niveau de la fosse iliaque droite; on libéra ces anses en les disséquant; l'opération dura une heure et demie. Pansement antiseptique, guérison rapide. L'opération a été faite en pleine péritonite, et malgré les complications opératoires la malade guérit : ces particularités s'observent dans les ovariotomies.

M. *Pollaillon* apporte deux faits à l'appui de l'observation rapportée par M. Terrier dans une précédente séance et montrant qu'il vaut mieux faire la gastrotomie sur la ligne médiane. Un fait a été publié dans l'*Union médicale;* ayant fait la kélotomie, M. Polaillon trouva que l'anse intestinale n'était pas étranglée dans le sac. En cherchant sur la face postérieure de la paroi antérieure de l'abdomen, il rencontra une bride qu'il déchira et l'étranglement cessa à l'instant. Cette recherche par l'incision inguinale fut tellement pénible que, bien que la malade ait guéri, M. Polaillon prit la résolution de faire à l'avenir la gastrotomie.

Dans la deuxième observation, une femme de vingt-six ans entre à la Pitié; cinq ans auparavant, elle avait eu à la suite d'une couche un peu de péritonite. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle avait des coliques et de la constipation; vomissements, pouls à 140 pulsations. Le 1er février, un purgatif est vomi, un lavement donne une évacuation; le 2 février, amélioration; mais le 5, les vomissements fécaloïdes apparaissent; le 7, le facies est amaigri, le ventre est ballonné; le rectum est vide, pas de selles, pas de gaz.

M. Polaillon fait la gastrotomie sur la ligne médiane; la malade trop faible n'est pas chloroformée; méthode de Lister sans pulvérisation. Longue incision sur la ligne médiane; un liquide fécaloïde sort aussitôt: l'intestin était perforé au-dessus de la bride qui produisait l'étranglement. La malade meurt le 10.

A l'autopsie, l'intestin grêle était distendu; les anses intestinales étaient agglutinées, le bassin rempli de pus et de matières fécales; l'intestin grêle était détruit par la gangrène dans toute sa circonférence à 6 centimètres du cæcum. Impossible de reconnaître le mécanisme de l'étranglement. M. Polaillon a fait cinq fois l'entérotomie par la méthode de Littre : les cinq opérés sont morts; il donne la préférence à la gastrotomie faite sur la ligne médiane.

M. *Le Fort* a pratiqué il y a dix ans la gastrotomie sur la ligne médiane; le cas fut doublement malheureux : en effet, la malade a succombé et il y avait erreur de diagnostic; il s'agissait d'un cancer de l'S iliaque. A l'exemple des Allemands, on peut donner à cette opération le nom de *laparotomie* pour la distinguer de la gastrotomie, et de la gastrostomie. La laparotomie doit-elle être substituée à l'opération de l'entérotomie?

Laissant de côté les oblitérations congénitales de l'intestin, et les réductions en masse dans les hernies étranglées, on peut ramener à quatre variétés les diverses causes d'étranglement interne : 1° Compression de l'intestin par une tumeur extra-intestinale; 2° Cancer de l'intestin; 3° Invagination intestinale; 4° Etranglement par les brides. Peut-on faire le diagnostic de ces cas divers? M. Le Fort, pour résoudre cette question, a analysé divers travaux publiés récemment (Adelmann, in *Journal de Prague;* Asurd, in *American Journal;* Hamilton, in *Medico-surg. transact*). Quand on a affaire à un cancer de l'intestin, ou à la compression de l'intestin par une tumeur, les symptômes n'éclatent pas d'une manière soudaine, imprévue; en général, il y a depuis quelque temps une constipation qui cède, pour reparaître ensuite, etc. Dans le cas de tumeur extra-intestinale ou de rétrécissement cancéreux, il ne faudrait pas avoir recours à la laparotomie, mais bien à la colotomie.

La lecture des observations d'invagination intra-abdominale indique qu'on peut soupçonner cette invagination à l'écoulement de sang qui se fait par le rectum au début des accidents. Autre symptôme : la palpation fait reconnaître une tumeur allongée, formée par l'intestin qui a doublé ou triplé d'épaisseur. L'invagination est très-fréquente chez les enfants: un mémoire relate 162 observations chez les enfants, 36 guérisons. 126 fois le siège de l'invagination a été reconnu par l'autopsie; 11 fois l'intestin grêle s'est invaginé dans l'intestin grêle; 10 fois l'intestin grêle dans le gros intestin. Dans un autre mémoire publié par Warrent, on trouve 33 guérisons, 94 morts. Il y eut 25 fois élimination d'intestin par gangrène, dont 18 guérisons. Les injections forcées, l'insufflation ont aussi donné des guérisons.

Dans ces cas d'invagination, on a aussi fait la laparotomie (in Adelmann, 4 guéris et 5 morts). Il y a deux ans la Société médico-chirurgicale de Londres a discuté la question de la laparotomie et de l'entérotomie pour les invaginations intestinales : l'entérotomie ne supporte pas la comparaison avec l'ouverture du ventre. Dans la laparotomie, on a la chance de pouvoir désinvaginer l'intestin. Cependant, on peut rencontrer des difficultés, comme Laroyenne (de Lyon) qui ne put dégager l'intestin adhérent, et dut terminer son opération par un anus anormal.

Chez les adultes, la cause la plus fréquente d'étranglement interne est l'étranglement par les brides. Les symptômes apparaissent avec une grande acuité : presque certainement on a affaire à une bride. La mort ne tient pas à l'obstacle au cours des matières, mais à l'irritation des nerfs splanchniques et à la réaction sur le grand sympathique. Parfois on fait

disparaître momentanément les accidents par l'emploi des opiacés ; M. Le Fort a pu à trois reprises suspendre les accidents d'étranglement chez un malade, mais au bout de deux mois le malade succomba. A l'autopsie, on constata une double hernie de l'intestin grêle dans une perforation de l'épiploon.

Faut-il intervenir, et comment faut-il intervenir? Les injections par le rectum, les purgatifs, rendent rarement des services réels. Une fois la ponction aspiratrice a été suivie de succès. Un malade entra à Beaujon avec les symptômes de l'étranglement interne. M. Le Fort fit une ponction aspiratrice dans l'intestin, au niveau de la fosse iliaque droite, il sortit peu de gaz. Deuxième ponction dans le côlon transverse, il sortit encore peu de gaz. Le lendemain le malade alla à la garde-robe, et il guérit! Dans le mémoire d'Adelmann on trouve sur 10 opérations faites pour l'étranglement par des brides, 8 morts, 2 guérisons ; dans la statistique d'Aschutt, sur 57 opérations, 39 morts, 18 guérisons.

Faut-il faire la laparotomie ou l'entérotomie? M. Le Fort est partisan de la laparotomie. Si, en effet, on fait l'entérotomie, on laisse la cause des accidents et on a encore les chances de la péritonite; on opère au hasard. Avec la laparotomie, la guérison devrait être la règle, la difficulté est de trouver l'obstacle. Une fois Dupuytren a ouvert le ventre et ne put trouver l'obstacle. Cet inconvénient est fréquent, surtout avec les petites incisions.

Autre difficulté : quand on fait la laparotomie, l'intestin est distendu par des gaz, l'intestin s'échappe aussitôt l'incision faite, et pour le rentrer M. Le Fort dut faire un jour des ponctions en divers points. Hamilton dut également chez un enfant ponctionner l'intestin plusieurs fois pour obtenir la rentrée dans l'abdomen. Dans une observation, les piqûres ne se sont point refermées, et le malade mourut de péritonite.

Les succès ont été publiés presque tous, les insuccès plus rarement, mais on peut affirmer que l'entérotomie ne donnera pas autant de guérisons que la laparotomie.

M. *Lucas-Championnière* fait une remarque relativement à une difficulté opératoire dont parle M. Le Fort. Il a fait la laparotomie chez une femme de quatre-vingts ans; les intestins étaient très-distendus par les gaz, et malgré cela il arriva facilement sur une bride fibreuse sous laquelle l'intestin grêle était engagé. L'opération faite par M. Terrier a été laborieuse, parce qu'on ignorait le siége de l'étranglement.

Quand on fait une incision petite et latérale, on est très-gêné par les intestins; si l'incision est grande et sur la ligne médiane, la gêne n'existe plus, et après l'opération on rentre facilement les intestins.

M. *Verneuil* est étonné qu'on n'ait pas insisté plus souvent sur la sortie en masse de l'intestin; ce n'est pas une difficulté pour l'opération; mais, après l'opération, il est très-difficile de rentrer les anses intestinales. M. Verneuil a toujours vu mourir les opérés chez lesquels on manipulait longtemps les intestins pour les rentrer dans le ventre.

M. *Nicaise* cite deux faits à l'appui de la difficulté qu'on éprouve parfois à rentrer l'intestin dans l'abdomen après l'opération.

— M. *Guyon* a apporté une petite modification à l'opération de l'hydrocèle. Quand on fait l'injection, il est parfois difficile de pousser régulièrement le piston; une impulsion brusque du liquide peut produire un véritable traumatisme. M. Guyon a employé l'entonnoir de Toynbee monté sur la canule du trocart, il a versé la teinture d'iode qui a pénétré facilement et sans secousse dans la tunique vaginale. M. Guyon a opéré six fois de cette façon, la douleur est certainement diminuée et l'opération simplifiée. Si la canule se déplaçait, le liquide ne pénétrerait pas dans le tissu cellulaire.

M. *Pollaillon* a remplacé depuis deux ans la teinture d'iode par une solution de chlorure de zinc, pour la cure de l'hydrocèle; 7 malades sur 8 ont guéri.

M. *Després* pense que l'entonnoir de M. Guyon ne suffira pas quand le liquide est mêlé de coagulum. Le procédé de Velpeau est encore préférable à tous les autres.

M. *Le Fort*. Dans l'injection iodée la douleur est due au contact de l'iode avec la tunique vaginale, et non à la contusion produite par le jet liquide.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Trajet cérébral du nerf facial supérieur : M. Hallopeau. — Trajet des fibres irido dilatatrices et vaso-motrices carotidiennes au niveau de l'anneau de Vieussens : M. François-Franck. — Synthèse des corps albuminoïdes : M. Grimaux. — Procédé d'arrachement du moteur oculaire commun : M. Laborde. — Statistique de la myopie : M. Javal. — Résistance des membranes de l'œuf humain : M. Ribémont.

M. *Hallopeau* communique une observation de paralysie de l'orbiculaire des paupières, grâce à laquelle on peut établir le trajet du nerf facial supérieur à travers les hémisphères cérébraux. Une femme, atteinte de mal de Bright, meurt d'une hémorrhagie cérébrale dont le foyer situé à gauche occupait le corps strié, la capsule interne, la capsule externe et l'avant-mur. Elle avait présenté comme symptômes une hémiplégie droite complète, frappant les deux membres et la face et étendue à l'orbiculaire lui-même. Bien que l'électrisation des muscles innervés par le facial n'ait pas été tentée, leur paralysie, en raison des circonstances où elle s'est produite, est évidemment d'origine centrale. Deux cas semblables existent seuls dans la science : l'un appartient à Huguenin, l'autre à Chovsteck. Tous deux, comme le cas actuel, présentent une lésion du noyau lenticulaire du corps strié : c'est à cette lésion, commune aux trois observations désormais connues, que M. Hallopeau attribue la paralysie du facial supérieur. Les fibres de ce nerf partiraient donc du noyau lenticulaire, suivraient peut-être l'anse lenticulaire de Gratiolet où Huguenin avait même cru pouvoir localiser leur origine, gagneraient la partie interne du pédoncule cérébral et s'entre-croiseraient dans la protubérance pour se jeter dans le noyau de la septième paire du côté opposé. Diverses objections peuvent être faites à cette interprétation. En premier lieu, puisque l'artère sylvienne, comme l'a indiqué M. Duret, fournit au noyau lenticulaire, comment ses oblitérations n'entraînent-elles pas la paralysie de l'orbiculaire? M. Hallopeau fait observer que les affirmations de M. Duret sont trop absolues. Le noyau lenticulaire reçoit souvent des branches de la cérébrale antérieure (Rendu); il reçoit souvent un rameau né du point même où se séparent la cérébrale antérieure et la sylvienne (Hubner); il peut même en recevoir de l'artère choroïdienne; la région où passe le facial supérieur est sans doute de celles qui ne sont pas tributaires de la sylvienne. On pourrait se demander aussi comment les destructions totales du corps strié ne s'accompagnent pas de paralysie de l'orbiculaire. Mais cette destruction totale est fort rare, une petite région peut y échapper, et M. Mathias Duval fait observer que le point où M. Hallopeau place le facial supérieur, situé tout à fait à la partie inférieure du corps strié, est, en raison même de sa situation et peut-être aussi d'une irrigation artérielle spéciale, dans les meilleures conditions pour être souvent épargné. M. Landouzy rappelle que si les paralysies totales du facial sont l'exception dans les cas de lésions cérébrales, les convulsions de tous les muscles qu'il innerve sont au contraire la règle ; fort souvent alors les altérations anatomiques prédominent du côté opposé, au niveau de la partie inférieure de la scissure de Sylvius, c'est-à-dire près de la région sur laquelle M. Duval vient d'appeler l'attention. Il croit néanmoins que la localisation proposée par M. Hallopeau ne saurait être admise sans réserve.

— M. *François-Franck* fait une communication sur le trajet des fibres irido-dilatatrices et vaso-motrices carotidiennes au niveau de l'anneau de Vieussens :

1° *Filets irido-dilatateurs.* (*Expériences sur le chien et le chat*). — Ces filets fournis par la moelle cervico-dorsale, tout à fait indépendants des filets vaso-moteurs de l'une et l'autre branches de la carotide, traversent le ganglion premier thoracique et gagnent le ganglion cervical inférieur exclusivement par la *branche antérieure de l'anneau de Vieussens.*

Le ganglion premier thoracique paraît jouer, par rapport aux filets irido-dilatateurs qui le traversent, le rôle de *centre tonique.* En effet, si on isole ce ganglion de toutes ses communications avec la moelle par la section successive des filets nerveux vertébraux, des premiers rameaux communiquants dorsaux et du cordon de jonction du sympathique thoracique immédiatement au-dessous du ganglion, on observe un certain degré de rétrécissement pupillaire permanent: ce rétrécissement augmente notablement quand on coupe ensuite la branche antérieure de l'anneau de Vieussens, c'est-à-dire quand on supprime l'influence propre du ganglion premier thoracique sur les nerfs irido-dilatateurs. Ce ganglion semble donc exercer sur les filets iriens qui le traversent une action tonique analogue à celle que M. Vulpian a reconnue au ganglion cervical supérieur sur les mêmes filets. (*Archives de physiologie*, t. VI, 1874, p. 177).

L'influence propre du ganglion premier thoracique ne se maintient pas au delà de quelques heures. Quand on a successivement sectionné le sympathique cervical d'un côté et les connexions médullaires du ganglion thoracique supérieur du côté opposé, on remarque que le rétrécissement de la pupille, d'abord moins accusé du côté où le ganglion était encore en rapport avec les nerfs iriens dilatateurs, arrive assez rapidement à égaler celui de la pupille correspondant à la section du cordon cervical du sympathique: on peut supposer que l'influence propre du ganglion premier thoracique s'atténue graduellement, le ganglion séparé de la moelle n'étant plus lui-même soumis à l'action centrale qui entretient sa propre activité. Ce fait présente un certain intérêt au point de vue de la physiologie générale des ganglions considérés comme des *relais périphériques* subordonnés à l'influence du système nerveux central.

2° *Filets vaso-moteurs du système carotidien.* — La différence de répartition des filets irido-dilatateurs entre les deux branches de l'anneau de Vieussens ne se retrouve pas pour les nerfs vaso-moteurs venant de la moelle et gagnant le cordon cervical du sympathique.

Ces nerfs se divisent au sortir du ganglion premier thoracique vers lequel ils avaient convergé de différents points de la moelle cervico-dorsale, et forment deux groupes dont chacun suit une branche de l'anneau de Vieussens. Les vaso-moteurs du réseau de la carotide externe ne sont pas distincts à ce niveau des vaso-moteurs du réseau de la carotide interne. En effet, si on met un manomètre enregistreur en rapport avec le bout périphérique de chacune de ces branches de la carotide, on observe une élévation simultanée de pression dans les deux tracés, qu'on excite le segment périphérique de la branche antérieure ou celui de la branche postérieure de l'anneau de Vieussens.

Pendant l'excitation de la branche postérieure, qui détermine cependant le resserrement du réseau carotidien profond, on n'observe pas de dilatation de l'iris, ce qui constitue un argument nouveau en faveur de la théorie de l'indépendance des mouvements pupillaires par rapport à la circulation, théorie admise par un grand nombre d'auteurs et à l'appui de laquelle j'ai présenté déjà quelques résultats d'expériences et de dissections.

La dissociation des nerfs vaso-moteurs carotidiens superficiels et profonds n'est pas plus démontrable au niveau des rameaux communiquants eux-mêmes, c'est-à-dire entre le premier ganglion thoracique et la moelle: on peut dire que tous les rameaux communiquants cervico-dorsaux qui contiennent des vaso-moteurs pour le réseau carotidien superficiel en contiennent aussi pour le réseau carotidien profond. C'est seulement à la bifurcation de la carotide primitive que s'effectue la séparation anatomique des filets vaso-moteurs externes et internes.

Dans aucun cas je n'ai observé, soit par l'exploration manométrique artérielle et veineuse, soit par l'examen direct des vaisseaux de l'oreille ou des muqueuses oculaire, nasale, buccale, soit par l'examen direct des vaisseaux de la pie-mère, la *dilatation active* des vaisseaux carotidiens par l'excitation de l'une ou l'autre branche de l'anneau de Vieussens : ce n'est qu'à la suite d'un resserrement vasculaire prolongé qu'on constate une dilatation des vaisseaux, dilatation bien connue comme phénomène secondaire, mais tout à fait distincte de la dilatation active résultant de l'action immédiate de filets vaso-dilatateurs.

La dilatation paralytique des vaisseaux consécutive à la section des rameaux communiquants qui aboutissent au premier ganglion thoracique ne m'a pas paru s'exagérer par la section des branches de l'anneau de Vieussens, pas plus que par la section du sympathique cervical : on ne retrouve donc pas sur ces nerfs vaso-moteurs carotidiens l'influence propre du ganglion premier thoracique sur les filets irido-dilatateurs.

— M. *Grimaux.* Les notions que la chimie possède actuellement sur les corps albuminoïdes sont vagues et peu étendues. Que sont ces corps, en effet? Des espèces à proportions définies ou des mélanges? Ils n'ont pas de point de fusion, ils ne cristallisent pas, ils n'ont ni réactifs ni poids moléculaires connus. Ils n'ont même pas de bonne définition. C'est cette dernière lacune que M. Grimaux a voulu tout d'abord combler : la comparaison des caractères présentés par les albuminoïdes l'a amené à la définition suivante : ce sont des « colloïdes azotés susceptibles de se dédoubler en acide carbonique, acides amidés et ammoniaque. Ces colloïdes présentent comme propriétés principales de perdre facilement leur solubilité, de passer lentement à travers les membranes, de donner naissance à des hydrates gélatineux. » Ces points bien établis, M. Grimaux, cessant de s'adresser à l'analyse qui lui semble avoir donné entre les mains de M. Schützenberger presque tous les résultats qu'on peut en attendre, a cherché à reproduire un corps dont les caractères répondissent à la définition proposée, en un mot, à faire la synthèse d'un albuminoïde. Prenant alors l'acide aspartique, qui est un des plus simples acides amidés, il l'a chauffé pendant huit jours à 200 degrés dans un courant d'acide chlorhydrique; il a obtenu ainsi un produit ($C^{32}H^{26}Az^8O^{17}$) qui, mêlé à de l'urée et chauffé pendant deux heures à 125 degrés, s'est transformé en un corps colloïde, filtrant lentement à travers les membranes, soluble dans l'eau et laissant sa solution s'évaporer dans le vide jusqu'à consistance sirupeuse sans se précipiter, mais se coagulant par la chaleur et les acides ainsi que par les cristalloïdes (sulfate de potasse, chlorure de sodium), un corps possédant tous les caractères assignés aux colloïdes par Graham, et qui, véritable albuminoïde, pouvait se dédoubler en acide amidé (aspartique), acide carbonique et ammoniaque : la synthèse cherchée était faite. M. Grimaux ne s'arrêtera pas à cet unique fait : une voie de recherches nouvelles s'ouvre devant lui. Cette communication marque le point de départ d'une série d'expériences dont les résultats seront communiqués un jour à la Société.

— M. *Laborde.* Le procédé de Cl. Bernard pour l'arrachement du nerf moteur oculaire commun consistait à pénétrer dans le crâne par sa partie supérieure et entraînait forcément des lésions de la substance cérébrale. Sur le lapin, on peut, en se guidant sur le condyle de la mâchoire inférieure, pénétrer dans le crâne par sa base, pousser un crochet jusqu'à la selle turcique et accrocher le nerf cherché sans toucher au cerveau. Un lapin opéré par ce procédé est mis sous les yeux

de la Société; il ne présente aucun autre symptôme que ceux de la paralysie de la troisième paire.

— M. *Javal*. Le nombre des myopes, par rapport au nombre des élèves d'un collége, s'accroît dans les classes les plus élevées. De ce simple résultat statistique, on a conclu que la myopie augmentait avec l'âge. Il n'en est rien; à partir de douze ans, il est exceptionnel de devenir myope; et les chiffres obtenus s'expliquent par ce fait que les sujets myopes sont restés à l'école, tandis que beaucoup de non-myopes l'ont quittée. Dans les deux termes dont on établit le rapport, le numérateur n'a pas augmenté, mais le dénominateur a diminué : de là la progression du quotient par un procédé auquel on accorde généralement trop peu d'attention en statistique.

— M. *Ribémont*. La résistance des membranes de l'œuf humain, qui ne peut être étudiée qu'expérimentalement, l'a été jusqu'ici d'une façon insuffisante. Elle peut l'être mieux par le procédé suivant : un lambeau de membrane est fixé sur l'orifice d'un bocal de 10 centimètres de diamètre, représentant ainsi les dimensions du col utérin dilaté. A la partie inférieure du bocal est adapté un tube qui y conduit de l'eau sous une pression graduellement croissante dont les progrès sont constatés à l'aide d'un manomètre inscripteur et d'un cylindre enregistreur. Une pression moyenne de 10^k,300 est nécessaire pour rompre les trois membranes réunies; l'amnios seul résiste à peu près autant que les deux autres; une membrane déchirée soutient d'une façon notable les deux qui sont encore intactes, puisqu'elles ne se déchirent que sous une pression supérieure à celle qui aurait suffi si elles avaient été isolées de la première. La rupture des trois membranes est en général simultanée et se fait sous forme d'une fente en croissant, étoilée, quelquefois linéaire, quelquefois circulaire. Dans ce dernier cas, un lambeau arrondi se trouve détaché : c'est ce qui a lieu lorsque l'enfant naît coiffé. Dans les cas peu fréquents où la rupture est successive, elle se fait le plus souvent en deux temps et porte d'abord sur l'amnios, puis sur le chorion et la caduque à la fois. Les deux déchirures peuvent se superposer ou au contraire constituer deux plaies de forme, de grandeur et de directions différentes. Quelquefois, l'amnios s'étant déchiré le premier, le liquide s'insinue entre ce feuillet d'une part, le chorion et la caduque de l'autre, et forme ainsi une nouvelle poche des eaux. Si pareil fait se produit sur le vivant, et si la déchirure amniotique est située assez haut pour que la tête fœtale vienne la masquer en s'appliquant à son niveau contre la paroi utérine, on pourra avoir deux poches successives à percer. Tel est sans doute le mécanisme par lequel se produisent ces poches dites amnio-choriales.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Emploi de la pilocarpine contre l'éclampsie, par le docteur Bidder.

Il paraît établi de nos jours que la cause qui engendre les convulsions de l'éclampsie ou de l'épilepsie tient à un arrêt brusque de la circulation cérébrale. La crampe vaso-motrice, qui se produit alors, détermine une ischémie en quelque sorte instantanée. Cette théorie trouve sa confirmation dans le succès des moyens thérapeutiques qui ont pour but de faire cesser le spasme vasculaire, tels que les saignées, les narcotiques, les drastiques, l'accouchement rapide en amenant la vacuité de l'utérus.

Le docteur Bidder fait remarquer que la pilocarpine, abaissant la tension artérielle, doit servir aux mêmes usages que les agents précédents. A l'appui de cette assertion, il rapporte deux faits, dans lesquels des attaques d'éclampsie, ayant précédé et suivi l'accouchement, ont cédé à une ou deux injections contenant chacune 2 centigrammes de pilocarpine. Cet exemple semble donc devoir être suivi. Cependant nous devons à la vérité de dire que ce résultat n'est peut-être pas aussi démonstratif qu'il le paraît au premier abord. Dans les deux cas, en effet, le docteur Bidder avait employé, en même temps que la pilocarpine, des lavements de chloral hydraté, à la dose de 2 ou 4 grammes chacun. Il faut donc de nouveaux faits pour pouvoir prononcer; toutefois les résultats du docteur Bidder doivent engager les praticiens à se mettre à l'œuvre. (*Revue médico-chirurg. de Vienne*, octobre 1878).

Étude sur une affection spéciale des pieds chez les terrassiers occupés à la construction de lignes de chemins de fer, et sur une tumeur des pieds survenant chez les fantassins à la suite de marches forcées, par le docteur Swartz.

Sous ces dénominations, le docteur Dawosky et le médecin de bataillon Weisbach, de l'armée allemande, décrivent une seule et même affection, observée par l'un, chez des ouvriers du chemin de fer, par l'autre, chez les fantassins. Cette affection, caractérisée par un gonflement du dos du pied, avec rougeur et chaleur, est accompagnée d'une douleur excessivement vive, lancinante et brûlante. Cette douleur constitue le symptôme initial et commence par la plante du pied d'où elle se propage vers le milieu du dos du pied, et même jusqu'au genou et à la cuisse. Chez les terrassiers, cette affection s'est présentée plus particulièrement au pied droit; dans quelques cas cependant, les deux pieds ont été entrepris. Chez les militaires, Weisbach l'a constatée indifféremment aux deux pieds, et plus spécialement prononcée et douloureuse le long des tendons extenseurs des deuxième, troisième et quatrième orteils, ainsi que dans le voisinage des articulations métatarso-phalangiennes des mêmes orteils. L'un et l'autre attribuent cette affection à un changement dans la position du pied, amené, chez les terrassiers, par la nécessité de charrier les terres sur des planches étroites où le pied ne peut plus s'étaler complètement comme dans la marche ordinaire; chez les militaires, par la fatigue et le relâchement musculaire. Ce changement a pour effet de faire pencher le pied plus en dedans et de faire peser le poids du corps plus en dehors, occasionnant ainsi la contusion des têtes des métatarsiens et le tiraillement des ligaments, surtout transverses, les reliant entre eux. Cette action morbide se continuant et devenant permanente finit naturellement par produire l'inflammation de ces ligaments et des gaînes tendineuses voisines, d'où l'affection, gagnant de proche en proche, se montre bientôt plus accentuée sur le dos du pied, où le tissu cellulaire plus lâche se prête plus facilement à une distension œdémateuse.

Comme traitement, les deux auteurs recommandent, avant tout, le repos de l'organe lésé, et cela dès l'apparition du symptôme initial, douleur. On peut ainsi espérer d'enrayer le développement de l'affection. Celle-ci s'est-elle complètement établie, Dawosky préconise les scarifications multiples tout autour de la partie malade et même l'ouverture de veines superficielles pour provoquer une hémorrhagie plus abondante. Quand celle-ci a cessé, le malade doit se tenir tranquille pendant plusieurs jours et recourir au besoin à l'emploi de compresses froides. Chez les ouvriers qu'il est possible de faire transporter dans un hôpital voisin, on remplace les scarifications simples par l'application de ventouses scarifiées.

Weisbach recommande, dès le commencement, les compresses froides pendant 3 ou 4 jours. A partir du cinquième jour, on les remplace par des badigeonnages de teinture d'iode. La durée du traitement varie de douze à quinze jours. (*Deutsche militairärztliche Zeitschrift* et *Archives médicales belges*, avril 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

I. **Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal**, comprenant la glande lacrymale et les voies d'excrétion des larmes, professées par M. F. PANAS. — Paris, 1877, V. A. Delahaye et Cie.

II. **Leçons sur les kératites**, précédées d'une Etude sur la circulation, l'innervation et la nutrition de l'œil, et de l'exposé des divers moyens de traitement employés contre les ophthalmies en général, professées par M. F. PANAS. — Paris, 1876, V. A. Delahaye et Cie.

III. **Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil**, comprenant l'iritis, les choroïdites et le glaucome, professées par M. F. PANAS. — Paris, 1878, V. A. Delahaye et Cie.

IV. **Leçons sur les rétinites**, professées par M. F. PANAS. — Paris, 1878, V. A. Delahaye et Cie.

(Fin. — Voyez le numéro 29.)

L'année dernière ont paru deux fascicules qui continuent la série sans toutefois la compléter absolument : les *Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil, comprenant l'iritis, le choroïdite, le glaucome ;* plus les *Leçons sur les rétinites*.

L'étude pathologique de l'iritis n'est abordée qu'après une étude presque indispensable de la structure de l'iris, de ses connexions vasculaires et nerveuses, montrant la solidarité qui relie les membranes profondes.

Les inflammations du diaphragme irien arrêtent longtemps l'auteur ; et il faut lui en savoir gré en raison de leur fréquence et du rôle qu'elles jouent dans la pathologie oculaire. Après l'exposition des phénomènes cardinaux qui caractérisent l'inflammation de l'iris, celle-ci est divisée, d'après la forme qu'elle affecte, en iritis séreuse ou aquo-capsulite dont le siége serait surtout dans les procès ciliaires de la choroïde, et en iritis parenchymateuse ; cette dernière est elle-même ou plastique ou suppurative.

Nous ne pouvons donner des détails plus circonstanciés sans entrer dans des descriptions pathologiques que nous affaiblirions en les résumant. Mentionnons seulement ces hyperplasies, confondues par beaucoup avec les tumeurs véritables de l'iris, et que leur origine inflammatoire ne fait que difficilement distraire de la classe des néoplasmes.

Sous la désignation un peu vague de granulomes, on signale, en effet, des nodosités de l'iris, consécutives à des iritis *parenchymateuses* et dont quelques-unes ont des analogies frappantes avec les sarcomes. Comme ces derniers, elles auraient nécessité souvent, par leur marche envahissante, l'énucléation du globe de l'œil. Hirschberg et Steinheim, Berthold, Delafield ont donné la relation de faits semblables. Pour montrer que des nuances peu sensibles séparent ces cas des tumeurs, nous n'avons qu'à rappeler brièvement un des cas de Delafield, qui le considère du reste comme un exemple d'inflammation syphilitique généralisée : « La masse de nouvelle formation, est-il avancé, était entièrement composée de cellules et d'un stroma fibreux. Son point de départ était l'iris et le corps ciliaire, et elle remplissait l'espace laissé libre par la cornée staphylomateuse. La sclérotique, infiltrée de cellules et ramollie, formait autour de la cornée un staphylome vasculaire. »

Certains kystes de l'iris sont également rapportés à des transformations de produits inflammatoires. Le danger de certaines terminaisons de l'iritis, l'occlusion pupillaire, les accidents glaucomateux qui en résultent sont bien mis en relief. Nous ne pouvons que signaler en passant au lecteur le remarquable chapitre étiologique ainsi que celui qui a trait à la thérapeutique. Dans ce dernier sont discutées des indications de la dernière importance. Les antiphlogistiques et les mydriatiques restent parfois sans succès, alors qu'une paracentèse de la chambre antérieure, voire une iridectomie, amènent une détente rapide ou remédient à des accidents qui auraient entraîné la destruction complète de l'organe.

L'iritis syphilitique est décrite à part, bien qu'au point de vue anatomique, pathologique et symptomatique, elle ne diffère pas des variétés communes. L'existence de granulomes iriens, la marche insidieuse, latente parfois de la maladie, la coexistence d'accidents d'origine manifestement syphilitique, éclairent le plus souvent le diagnostic.

La deuxième partie du volume traite particulièrement des affections inflammatoires dont le siége est la choroïde. La structure de cette membrane est suffisamment décrite pour faire ressortir cette richesse vasculaire et nerveuse qui lui fait jouer dans la nutrition du globe et des milieux transparents, en particulier, un rôle si prépondérant. Les relations vasculaires et nerveuses de l'iris et de la choroïde expliquent les analogies pathologiques des deux membranes qui, en somme, ne forment qu'un seul appareil que différencient seulement en avant et en arrière quelques particularités structurales.

Après ce préambule anatomo-physiologique, l'irido-cyclite se présente naturellement sous la plume de l'écrivain ; l'histoire de l'ophthalmie sympathique en constitue le complément obligé.

Comme l'iritis, l'irido-choroïdite est plastique, séreuse ou parenchymateuse ; elle est primitive, débute par le cercle ciliaire, l'iris ne s'affectant que consécutivement, ou bien, au contraire, elle n'est que la propagation d'une iritis à la partie antérieure de la choroïde. Des considérations sur la symptomatologie et le diagnostic éclairent ce point de la pathologie oculaire, si obscur pour les débutants.

L'histoire de l'ophthalmie sympathique est exposée avec une telle précision et une telle sobriété de détails, qu'il serait nécessaire de la rapporter en entier. Une analyse serait tout à fait insuffisante pour mettre à même de juger la description de cette affection dont plusieurs points intéressent le médecin à un si haut degré. Remarquons en passant que M. Panas ne considère point encore comme parfaitement hors de toute contestation l'origine sympathique de quelques kératites parenchymateuses, admise par Galezowski. Les indications de l'énucléation sont très-bien posées.

Cette opération ne constitue point, comme d'aucuns semblent le croire, un moyen héroïque, et qui ne doive jamais tromper l'attente du chirurgien et du malade. Souveraine contre les troubles fonctionnels qui marquent le début de l'affection sympathique, larmoiement, photophobie, spasme, ou parésie de l'accommodation, elle n'a enrayé qu'exceptionnellement les accidents inflammatoires eux-mêmes ; c'est tout à fait le cas, on le voit, de répéter avec le poète latin : *Principiis obsta, serò medicina paratur*.

Après quelques généralités sur les choroïdites, dans lesquelles l'auteur montre leurs caractères bien différents, tout en insistant sur les troubles secondaires des milieux transparents qu'elles entraînent souvent, ainsi que sur les particularités étiologiques qui les caractérisent, l'auteur aborde le glaucome, puis les choroïdites parenchymateuses, suppuratives, les choroïdites disséminées. Enfin la scléro-choroïdite termine ce fascicule.

Un seul mot sur la nature du glaucome. M. Panas ne peut se rallier complétement aux diverses théories admises par les auteurs. Ni la théorie de de Græfe qui regarde cette affection comme une choroïdite séreuse pure, ni la théorie névro-réflexe de Donders ne le satisfont. Pour le professeur de Paris, l'excès de tension du globe oculaire est dû à une hyperhémie des veines choroïdiennes avec exsudation séreuse consécutive ; mais la distension hyperhémique se rattacherait directement à une ischémie primitive de l'artère centrale de la rétine.

Elle serait causée par l'absence de *vis a tergo*, qu'entraînent nécessairement les obstacles à la circulation de cette artère.

A l'élément réplétion veineuse exagérée vient s'ajouter, pour produire l'excès de tension intra-oculaire, une résistance variable des parois de la sclérotique. Ce serait l'extensibilité variable de cette membrane qui déterminerait les diverses modalités du glaucome, depuis le glaucome aigu foudroyant jusqu'au glaucome dit simple non inflammatoire de Donders.

Nous recommandons la lecture des arguments cités à l'appui de cette théorie qui, pour si satisfaisante qu'elle soit, n'est point à l'abri de toute objection. Dans la choroïdite suppurée, l'auteur est d'avis que la simple incision du bulbe ne peut suffire. Le pus forme une masse adhérente aux membranes profondes qui ne s'élimine que difficilement.

Aussi l'énucléation, ou, si cette dernière est impossible par suite de lésions trop considérables, sans ouverture de la capsule de Ténon, l'incision de l'hémisphère antérieur, doivent être pratiquées.

La choroïdite disséminée avec ses principales variétés anatomiques et la scléro-choroïdite commencent la description d'affections d'un diagnostic souvent délicat, et qui serait impossible le plus souvent sans le secours de l'ophthalmoscope. Les rétinites offrent avec ces affections plus d'un trait commun et un examen sérieux du fond de l'œil ne fournit souvent que des caractères difficiles à apprécier, ou qu'il faut tout au moins interpréter. Nous retrouverons ces difficultés de diagnostic à propos des rétinites.

Le dernier fascicule, *Leçons sur les rétinites*, débute suivant la méthode adoptée par l'auteur par un précis anatomique et physiologique de la membrane nerveuse du globe de l'œil. Il faut convenir que nulle part ailleurs un précis anatomique n'était plus indispensable. Une description claire, de bonnes figures permettent, même à ceux qui ne sont point familiarisés avec l'histologie un peu compliquée de la rétine, de retenir ce qu'il importe de savoir pour se rendre compte autant que possible des exposés d'anatomie pathologique que contiennent les leçons sur les altérations inflammatoires de la rétine.

Il était tout aussi indispensable de donner un précis physiologique. La sensibilité rétinienne, l'impressionnabilité des diverses régions de la membrane, la perception des couleurs, l'étendue du champ visuel, les propriétés photo-chimiques de la rétine, sont successivement étudiées. Une petite lacune à signaler en passant. La détermination de l'acuité visuelle n'aurait-elle point trouvé une petite case convenable ici? De même, et sous forme d'appendice, quelques leçons sur les diverses amblyopies n'auraient point allongé excessivement le fascicule, et auraient formé, pensons-nous, un complément avantageux des leçons sur les rétinites : ceci au simple point de vue de la commodité, et pour éviter au lecteur la peine de recourir à un auteur différent pour l'étude de troubles visuels si semblables parfois à ceux que produisent les inflammations rétiniennes.

La partie pathologique débute par la description des modifications vasculaires que peut subir la rétine sous diverses influences (hyperhémie, anémie, ischémie). Puis viennent les rétinites proprement dites que l'auteur divise en séreuse, parenchymateuse avec ses formes diffuse, périvasculaire, ou circonscrite.

Les rétinites dyscrasiques (apoplectique, albuminurique, diabétique, leucémique) sont successivement abordées. L'histoire si intéressante de la rétinite pigmentaire comprend à elle seule deux longues leçons. C'est dire qu'elle est longuement et complétement traitée.

En s'occupant du décollement de la rétine, M. Panas a pour objectif de *compléter la série des lésions de nutrition de la membrane nerveuse et d'achever ce qui a trait aux choroïdites*. Il repousse la division presque classique des décollements par *distension*, par *soulèvement*, ou par *attraction*. Certaines parties de la pathogénie de cette lésion sont très-discutées, et encore à l'étude. L'auteur se rallie à l'opinion qui considère que toujours le décollement rétinien est précédé par une altération du corps vitré. Il pense comme Rachemann, dont il adopte les conclusions, que le décollement rétinien ne résulte ni d'une *simple exsudation de la choroïde*, ni d'une *attraction par le tissu cicatriciel du corps vitré*, ni d'un *obstacle à la circulation veineuse*. A tous ces facteurs doit s'en ajouter un autre toujours plus important : l'altération de consistance et de composition chimique de l'humeur vitrée. Le traitement contient de très-intéressantes appréciations sur la valeur de diverses méthodes opératoires préconisées dans ces derniers temps, notamment sur le drainage de la poche du décollement et de l'injection iodée.

Le volume se termine par la pathologie du nerf optique : embolie de vaisseaux rétiniens, névrite optique et névro-rétinite. Nous excéderions les limites de cet article déjà long, si nous devions nous appesantir davantage sur l'analyse des matériaux si nombreux qu'il contient.

Quelques publications complémentaires, et le professeur de la Faculté aura produit, sous la forme concise de leçons, une encyclopédie ophthalmologique élémentaire, d'une haute utilité. Ajoutons que, malgré leur titre modeste, ces travaux contiennent de bonnes indications bibliographiques, prouvant que leur auteur est absolument maître de son sujet et parfaitement au courant des si nombreuses publications sur cette branche de la chirurgie, que fournit l'étranger, auquel, nous l'espérons, nous n'aurons bientôt plus rien à envier de ce côté.

A.-H. Marchand.

Index bibliographique.

L'administration et le service de santé militaires. — Paris, 1879. Librairie militaire de J. Dumaine.

Cette brochure anonyme est un plaidoyer en faveur des revendications du corps de santé de l'armée et une amère critique de l'intendance. L'auteur rappelle tout ce qui a été dit, tout ce qui a été tenté depuis 1870 pour organiser sur de nouvelles bases et dans des conditions plus conformes à l'intérêt général de l'armée l'administration militaire et le corps de santé. Puis il entame la discussion du projet dit de Chanal et n'a pas de peine à en montrer les inconséquences et les dangers. Ce projet de loi, nul ne l'ignore, a pour objet de supprimer la médecine militaire et de créer, pour l'assistance médicale due à nos soldats, un système aussi préjudiciable à leurs intérêts qu'à la discipline militaire et à l'administration des corps de troupe. Il a été rejeté à la presque unanimité par la commission parlementaire à laquelle il a été soumis. On pourrait donc penser qu'il n'était point nécessaire de le réfuter aussi longuement et en termes parfois un peu trop vifs à l'égard de l'intendance ou surtout trop emphatiques. Mais, les questions de forme et d'opportunité étant mises de côté, il importe de reconnaître que la brochure que nous avons sous les yeux, et qui est due à un médecin militaire en retraite, renferme bien des indications utiles. Aux officiers de l'armée, elle montre et expose avec franchise tout ce que l'on doit craindre de la suprématie du corps des intendants. A nos législateurs elle apprendra comment fonctionne le service de santé des armées et quelles pourraient être les réformes à apporter à son organisation. A ces deux points de vue cette brochure rend un service réel à une cause que tous les médecins doivent aujourd'hui s'appliquer à défendre, les médecins civils en reconnaissant loyalement qu'ils ne peuvent abandonner leurs intérêts moraux et matériels pour accepter des fonctions administratives qu'ils ne rempliraient jamais au gré de l'autorité militaire, les médecins de l'armée en se préparant à lutter pour reconquérir leur indépendance, et, dans ce but, en ravivant parmi eux l'esprit de corps et de confraternité médicale si nécessaire en cette époque de transition et de crise.

VARIÉTÉS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — L'Association française vient de décider, d'accord avec le comité local de Montpellier, le programme de la session qu'elle tiendra dans cette ville du 28 août au 4 septembre, sous la présidence de M. Bardoux, député du Puy-de-Dôme. Ce programme comprend, comme les années précédentes, des séances de sections et des séances générales dont les ordres du jour sont intéressants, on peut déjà l'affirmer; deux conférences : l'une sur le canal d'irrigation dérivé du Rhône, l'autre sur la lumière électrique; des visites industrielles et scientifiques, et particulièrement une visite à l'Ecole d'agriculture, où une réception brillante sera organisée; des excursions générales à Nîmes et Aigues-Mortes d'une part, à Cette et sur l'étang de Thau d'autre part; de plus des excursions finales dont l'étude est presque terminée, conduisant les membres du Congrès à Narbonne, Carcassonne, le Vigan, Lodève, Alais et le bassin houller, Salindres, etc. Le comité local prépare également une série d'expositions spéciales du plus haut intérêt, pour lesquelles on espère, entre autres, le concours obligeant et précieux des officiers du génie.

On trouve au secrétariat de l'Association, 76, rue de Rennes, à Paris, tous les renseignements relatifs à cette session, à l'occasion de laquelle les compagnies de chemins de fer ont bien voulu accorder une réduction de prix.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours des prix de l'internat.* — La composition écrite du concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie aura lieu le lundi 3 novembre 1879, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration générale, avenue Victoria, 3. Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le *Bureau central qu'après trois années de doctorat.* Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, de une à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE MÉDECIN A L'HOSPICE DE BICÊTRE. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Voisin et Bourneville.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES A PARIS. — Un concours aura lieu, le 15 décembre prochain, à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires à Paris, pour l'admission à dix emplois de médecin stagiaire et à deux emplois de pharmacien stagiaire.

Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de vingt-huit ans. Les autres conditions sont les suivantes : 1° être Français ou naturalisé Français; 2° être en possession du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe; 3° avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major, et sera contrôlée au besoin par le jury d'examen; 4° souscrire un engagement d'honneur, qui sera légalisé par le maire de la localité, de servir dans le corps de santé militaire pendant cinq ans, au moins, à dater de l'admission au grade de médecin aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront : Pour les candidats à l'emploi de médecin stagiaire : 1° une composition écrite sur une question de pathologie générale; 2° une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie; 3° un examen clinique de deux malades.

Pour les candidats à l'emploi de pharmacien stagiaire : 1° composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale; 2° interrogations sur la physique, la chimie, l'analyse chimique et la toxicologie; 3° interrogations sur la pharmacie chimique et galénique, et sur l'histoire naturelle; 4° préparation d'un ou de plusieurs médicaments inscrits au Codex, et détermination de douze substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Toutes les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (bureau de la correspondance générale, 2e section) avant le 1er novembre 1879, accompagnées des pièces ci-après indiquées (acte de naissance, diplôme, certificat d'aptitude au service, engagement d'honneur). Les médecins ou pharmaciens stagiaires touchent, pendant leur séjour à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, jusqu'à leur promotion au grade d'aide-major de 2e classe, une solde de 2900 francs.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — Par décret du président de la République en date du 22 juillet, M. Filhol (Antoine-Pierre-Henri), docteur ès sciences, a été nommé professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Toulouse.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — Deux concours s'ouvriront à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens : le premier, le 20 janvier 1880, pour un emploi de suppléant des chaires de clinique interne et de pathologie interne; et le second, le 2 février 1880, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et toxicologie, d'hygiène et thérapeutique, de pharmacie et matière médicale. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— Un autre concours pour un emploi de chef des travaux chimiques s'ouvrira, le 23 février 1880, à la même Ecole.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — Par décrets, la chaire de matière médicale et thérapeutique à l'Ecole préparatoire de médecine et pharmacie de Besançon prend le titre de chaire d'hygiène et thérapeutique.

— La chaire de pharmacie et notions de toxicologie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale.

— Il est créé à ladite École : 1° une chaire d'anatomie, par dédoublement de la chaire d'anatomie et physiologie; 2° une chaire de chimie et toxicologie; 3° une chaire d'histoire naturelle.

FIÈVRE JAUNE. — On mande de Memphis, le 18 juillet : « Une personne atteinte de la fièvre jaune est morte aujourd'hui. Le nombre des nouveaux cas augmente. Les affaires sont presque complétement suspendues. Les banques sont fermées. Les habitants quittent la ville en foule. Les autorités ont l'intention de faire transporter les pauvres dans des localités plus salubres. Une quarantaine est imposée de nouveau dans plusieurs villes du Sud aux personnes arrivant de Memphis. Des mesures ont été prises pour empêcher toute communication avec Memphis par chemins de fer ou par bateaux. » (*Havas*).

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 10 au 17 juillet 1879, on a constaté 827 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 10. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 1. Variole, 9. — Croup, 18. — Angine couenneuse, 22. — Bronchite, 32. — Pneumonie, 38. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 19. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 6. — Erysipèle, 4. — Autres affections aiguës, 186. — Affections chroniques, 386 (dont 152 dues à la phthisie pulmonaire.) — Affections chirurgicales, 30. — Causes accidentelles, 36.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 31 juillet 1879

Académie de médecine : PLEURÉSIE MULTILOCULAIRE. M. NOEL GUENEAU DE MUSSY.

La communication faite à l'Académie par M. le docteur Noël Gueneau de Mussy a eu pour but spécial, non de discuter encore les questions que peut soulever le diagnostic de la pleurésie multiloculaire, mais bien d'établir la valeur séméiotique des vibrations thoraciques dans les affections de poitrine. Tel était, en effet, le nœud du débat. Sans doute, M. Jaccoud avait donné quelques autres signes pouvant servir à contrôler et à confirmer le diagnostic de la pleurésie multiloculaire; mais il faut reconnaître aussi que, dans sa première observation, c'est sur l'existence et surtout sur l'exagération des vibrations thoraciques qu'il s'était appuyé pour affirmer les faits qu'il avait annoncés. Nous avons vu d'ailleurs, dans nos articles précédents, que les différents orateurs qui ont pris part, jusqu'à ce jour, à la discussion académique s'étaient aussi préoccupés de la valeur de ce signe clinique. Mais il nous avait été impossible de trouver après eux une formule précise pour établir dans quelles conditions se propagent, s'exagèrent ou viennent à se perdre les vibrations du thorax. Nous nous étions donc borné à faire remarquer les divergences d'opinions qui existaient à ce sujet et les difficultés que nous éprouvions à admettre que l'exagération des vibrations thoraciques à un certain niveau de la poitrine pût indiquer *toujours* l'existence d'une zone d'adhérences pleuro-pulmonaires. Les recherches de M. Noël Gueneau de Mussy viennent éclaircir ce point de séméiotique d'une interprétation si complexe. Elles nous prouvent une fois de plus une vérité clinique dont chaque jour le médecin comprend davantage l'importance; c'est qu'un signe plessimétrique ou stéthoscopique ne saurait avoir une valeur absolument pathognomonique, et que, par conséquent, plus on a d'expérience, de sens clinique et de savoir, et plus on discute, plus on hésite, moins on affirme quand on se trouve en face de faits de ce genre. Que dit, en effet, M. Noël Gueneau de Mussy? « Les vibrations du thorax pendant la phonation peuvent persister, augmenter même au niveau des adhérences pleuro-pulmonaires, alors que, dans d'autres cas, ces mêmes adhérences interrompent complètement les vibrations vocales. » Il en est de même dans la pleurésie avec épanchement; il en est ainsi dans la plupart des maladies de poitrine. Ce qu'il importe donc avant tout et surtout, c'est de bien interpréter ce signe. Or, dit le savant clinicien dont nous croyons devoir reproduire presque textuellement les paroles, « pour que la paroi thoracique fournisse des vibrations sensibles à la main, il faut que cette paroi offre un certain degré de tension; une membrane molle et non tendue ne vibre pas d'une manière appréciable; trop tendue, elle vibrera plus difficilement et donnera des vibrations trop rapides et trop courtes pour produire une impression totale. » Des remarques semblables peuvent être faites à propos de la percussion, qui varie de tonalité avec la tension plus ou moins exagérée des parois thoraciques. Voici donc une première condition nécessaire pour la propagation à la paroi thoracique des vibrations vocales. Elle nous explique pourquoi ces vibrations diminuent ou même disparaissent et restent nulles pendant si longtemps dans ces formes de pleurésie chronique à fausses membranes molles, glaireuses, s'étalant en nappe à la surface du poumon; pourquoi elles peuvent être conservées dans de vastes épanchements, lorsque le poumon comprimé ne se dilate plus « assez amplement pour qu'il y ait à l'intérieur du thorax une tension considérable ». Mais, outre les modifications de tension qu'éprouve la paroi du thorax, il existe une série de conditions qui changent la transmissibilité des vibrations thoraciques, et qu'il faut étudier attentivement dans chaque cas particulier. Ainsi les indurations pulmonaires, qui augmentent toujours les vibrations; ainsi les formes, les dimensions, l'épaisseur de la cage thoracique, qui les font varier suivant une loi que M. Noël Gueneau de Mussy formule en ces termes : « Les vibrations thoraciques semblent surtout influencées par les propriétés conductrices du tissu pulmonaire (et des parois du thorax) pour les ondes sonores. » Les vibrations sont aussi en rapport avec la tonalité de la voix, selon les conditions individuelles de la conformation et des dimensions du thorax. « Ainsi une large poitrine vibre mieux avec des sons graves, et c'est dans ces conditions que les vibrations sont les plus amples et les plus accentuées. Une poitrine étroite consonnera et vibrera mieux, par conséquent, avec des sons plus élevés. Chez des personnes dont la poitrine ne donnait pas dans le médium de vibrations sensibles, j'ai pu les provoquer en faisant élever ou baisser la tonalité de la voix. Les sons très-aigus ne provoquent pas, en général, de vibrations perceptibles à la main. » Les diverses régions de la poitrine vibrent différemment, selon la tonalité de la voix. « En résumé, les vibrations perçues par la main pendant la phonation supposent une consonnance des parois thoraciques avec les sons laryngés; elles expriment un rapport harmonique entre la tonalité de la voix qui les produit et le diamètre de la cage thoracique vibrante. »

Il nous fallait reproduire, sans la modifier, toute cette partie de la communication du clinicien qui, depuis si longtemps et avec une science et une habileté si notoires, a éclairé la plupart des questions afférentes à l'étude des maladies de poitrine. De ses nombreuses études sur la *tonalité des sons organiques* (*Clinique médicale*, t. I, p. 629), M. Noël Gueneau de Mussy avait déduit des conclusions diagnostiques d'une sérieuse importance. De ses reches sur l'*adénopathie bronchique* (*ibid.*, p. 564), on peut retenir, non-seulement au point de vue plessimétrique, mais encore au point de vue du diagnostic différentiel des toux

dites *coqueluchoïdes*, des indications dont la valeur est incontestable. En exposant à l'Académie le résultat des investigations qui lui ont permis de préciser les conditions dans lesquelles naissent, se propagent ou diminuent les vibrations du thorax, M. Gueneau de Mussy ne conclut pas, et c'est précisément cette absence de conclusion précise qu'il faut louer. Quelques précautions que l'on prenne, dit-il, « *l'absence ou la présence des vibrations n'ont pas toujours une signification univoque* ». Et il se résume dans les termes suivants : « Les vibrations thoraciques perçues pendant la phonation par l'application de la main sur la poitrine ont certainement une valeur au point de vue du diagnostic, soit qu'elles se montrent exagérées comme dans le cas d'indurations et d'excavations pulmonaires, soit qu'elles disparaissent ou s'affaiblissent, comme cela a lieu le plus souvent dans les épanchements pleurétiques; cependant, outre les variétés individuelles qui font que tous les thorax ne sont pas également aptes à vibrer pendant la phonation, ces vibrations peuvent exister ou manquer dans les mêmes conditions morbides, aussi bien dans les cas d'épanchement pleurétique que dans le cas d'adhérences pleurales. Le degré de tension des parois thoraciques et du poumon, les modifications dans l'élasticité et les propriétés conductrices de ce dernier organe pour les ondes sonores, qui résultent des altérations du tissu pulmonaire, peuvent expliquer ces différences dans l'expression symptomatique d'une même lésion, et il est souvent possible, en modifiant la tension, de les faire disparaître. » On voit, par ces paroles, combien est relative l'importance au point de vue sémiologique de ce symptôme : *vibration*. Il appartenait à M. Noël Gueneau de Mussy de le démontrer, et nous n'hésitons pas à penser que ses conclusions ne sauraient être sérieusement contestées. Ce qu'on pourrait leur ajouter, c'est un peu plus de précision alors qu'il s'agit d'établir les conditions qui font varier la tension des parois thoraciques, et qui, par conséquent, favorisent ou font disparaître la transmissibilité des vibrations. C'est peut-être aussi une discussion plus approfondie des cas dans lesquels les vibrations thoraciques ont une valeur diagnostique réelle. Nous citerons, à ce point de vue, le diagnostic différentiel de la pneumonie et de la pleurésie chez les vieillards, chez les enfants, toutes les fois en un mot que les signes cliniques sont douteux, difficiles à interpréter, et qu'un symptôme nouveau, d'une netteté souvent parfaite, permet de faire cesser les hésitations. Mais il importait surtout de montrer combien *dans l'immense majorité des cas* l'interprétation des vibrations thoraciques est délicate et difficile. Et c'est ce que M. Gueneau de Mussy a bien fait voir.

Une question intéressante et qui se lie de très-près à celle des vibrations du thorax a été également soulevée par cette communication. Chacun sait que dans les pleurésies qui ont duré quelque temps, surtout dans les pleurésies dites *latentes* que l'on ne traite pas par la thoracocentèse, la matité persiste pendant plusieurs mois alors que toute trace d'épanchement a disparu. Dans ces conditions il est parfois difficile de reconnaître s'il existe encore du liquide ou si, au contraire, la matité et l'absence de vibration n'indiquent que l'existence de fausses membranes épaisses. M. N. Gueneau de Mussy rappelle un fait de ce genre. Nous avons communiqué nous-même en 1870 à la Société de médecine de Strasbourg l'observation d'un pleurétique qui, trois mois après le début de la maladie, présentait encore une matité compacte et l'absence de vibrations. Ce malade, à sa sortie de l'hôpital, fut pris d'une rechute avec bronchite capillaire; il succomba en vingt-quatre heures, et l'autopsie démontra l'existence de fausses membranes dures, épaisses et l'adhérence intime de toute la paroi postérieure de la plèvre et du poumon droit avec la paroi thoracique. Or, dans ces conditions, alors que la matité persiste et que les vibrations ont disparu, une forte inspiration peut quelquefois, après la résolution du liquide, rendre la poitrine sonore et faire reparaître les vibrations. C'est le phénomène opposé à celui que l'on détermine assez aisément dans les cas où la poitrine reste sonore en faisant exécuter au malade une inspiration forcée ou contenue, ou bien en fixant d'une main le moignon de l'épaule du côté malade et en refoulant énergiquement avec l'autre main la paroi inférieure du thorax pendant qu'une autre personne percute en arrière le côté affecté. « On entend immédiatement alors le son, qui était clair et tympanique, devenir obscur ou complètement mat. » Ces faits, quelle que soit d'ailleurs leur explication, méritaient d'être rappelés. Ils viennent prendre leur place à côté de ceux que l'on a souvent signalés, sur lesquels, à l'exemple de tous nos maîtres en clinique, nous avons fréquemment appelé l'attention de nos élèves et qui montrent que la position des malades, la contraction ou le relâchement des muscles, etc., peuvent, combinés avec les phénomènes d'inspiration et d'expiration, faire varier dans des conditions notables les signes fournis par la percussion. On voit par cet exposé tout l'intérêt et toute l'importance de la très-courte mais très-savante communication de M. N. Gueneau de Mussy, et l'on comprendra que nous en ayons recommandé la lecture attentive à tous ceux qui s'intéressent aux progrès des études de médecine clinique.

— La discussion sur la *Statistique des causes de décès* s'est terminée par le vote de conclusions que l'on trouvera indiquées page 490.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

Recherches expérimentales sur l'infection et l'immunité vaccinales, par le docteur Maurice Raynaud, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière. — Mémoire lu à l'Académie de médecine dans les séances des 13 et 20 août 1878.

III. — *Expériences sur le système lymphatique.*

Il me reste à m'occuper en dernier lieu du système lymphatique. Afin de procéder avec méthode, j'étudierai successivement, au point de vue qui m'occupe, le contenu des vaisseaux lymphatiques, puis des ganglions.

A. *Vaisseaux lymphatiques.* — Mes expériences relatives au rôle de la lymphe ont été faites sur des chevaux. C'est l'espèce animale qui se prête le mieux à ces recherches, tant à cause de son aptitude vaccinogène, qu'en raison du volume considérable des vaisseaux lymphatiques, et de la finesse relative de la peau. La méthode dont je me suis servi a été la suivante :

Je commence par pratiquer une cinquantaine d'inoculations vaccinales sur la face interne du boulet et du canon de l'un des membres postérieurs. Sept à huit jours après, au moment où l'éruption est dans son plein, je découvre, au niveau du tiers supérieur du tibia, les deux troncs lymphatiques satellites de la veine saphène interne; je passe sous chacun d'eux un fil que je lie; je coupe le vaisseau au-dessus du fil; j'ouvre alors le bout inférieur du vaisseau, et je recueille dans un vase la lymphe qui s'en écoule goutte à goutte, et qui,

d'après ce que je viens de dire, provient médiatement d'une région vaccinée.

Les tentatives d'inoculation directe que j'ai faites avec la lymphe de cette provenance, en la portant au moyen d'une lancette sous la peau d'un animal de l'espèce bovine, ne m'ont donné jusqu'ici que des résultats négatifs. J'ai même pu injecter impunément dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un veau le contenu d'une seringue de Pravaz remplie de cette lymphe. Non-seulement aucune éruption ne s'est développée localement, mais chez ce même animal une vaccination ultérieure a pu être faite avec succès.

Donc, il faut l'avouer, avec de petites quantités de lymphe, je n'ai pas été plus heureux que je ne l'avais été dans mes expériences sur les enfants, avec de petites quantités de sang.

Restait, pour apprécier le pouvoir virulent de la lymphe, à en faire pénétrer directement dans le sang une quantité un peu considérable. C'est une opération assez délicate. La lenteur même de l'écoulement de la lymphe par le vaisseau ouvert fait qu'un temps fort long est nécessaire pour en avoir une quantité suffisante, et pendant ce temps la lymphe est sujette à s'altérer.

Dans une première opération, où j'avais injecté dans la veine jugulaire d'un cheval 55 centimètres cubes de lymphe provenant d'un autre cheval vacciné au canon, comme il est dit ci-dessus, l'animal récepteur eut des accidents graves, de la fièvre, et succomba au bout de six jours. Les hémorrhagies multiples que je trouvai à l'autopsie, principalement sous le péritoine, et l'état de dissolution du sang, me firent supposer que j'avais eu peut-être affaire à une septicémie, que j'attribuai à ce que la lymphe, recueillie en trois séances, aurait subi un commencement de décomposition putride.

Aussi ai-je eu soin, dans les expériences suivantes, d'injecter une quantité moindre de lymphe que je ne recueillais qu'au moment de m'en servir, et que je commençais par passer à travers une flanelle, de manière à la défibriner et à la débarrasser en même temps des impuretés qu'elle pouvait contenir.

C'est dans ces conditions qu'a été obtenu le résultat important que j'ai communiqué à l'Académie des sciences. Un cheval ayant reçu dans la veine jugulaire en deux fois, à vingt-quatre heures d'intervalle, 22 centimètres cubes de lymphe fraîche, on vit, le seizième jour, apparaître chez cet animal une magnifique éruption en tout semblable au horse-pox spontané, sur les lieux d'élection, c'est-à-dire aux naseaux, aux lèvres, sur la muqueuse de la langue, des gencives, de la face interne des joues. Le liquide de ces pustules, ayant été recueilli, fut inoculé à un veau, chez lequel il produisit une éruption vaccinale légitime.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de ce fait. Voilà un animal qui n'a pas reçu un atome de virus vaccin en nature, mais bien de la lymphe provenant médiatement d'une région vaccinée, et cela a suffi pour lui donner le *horse-pox*. On ne peut s'empêcher de penser que cette lymphe devait être un véhicule de virus.

Particularité qui n'est pas sans intérêt : tandis que le horse-pox spontané est une affection essentiellement bénigne, le horse-pox provoqué dont il s'agit ici a été d'une gravité telle que l'animal allait infailliblement succomber, lorsque je pris le parti de le sacrifier ; à l'autopsie, je trouvai des lésions très-comparables à celles des fièvres graves, telles que congestion et collapsus des poumons, engorgement des ganglions mésentériques, etc.

Mais cette lymphe, qui s'est montrée si puissamment virulente, l'était-elle parce qu'elle provenait spécialement d'une région vaccinée? Ne l'était-elle pas simplement en tant que liquide emprunté à l'organisme d'un vaccinifère? C'est ce que l'on est autorisé à se demander.

Dans le but de résoudre cette délicate question, j'ai conçu et réalisé une expérience comparative dont voici le programme : vacciner un cheval à un seul des membres postérieurs; cela fait, et après le délai voulu, recueillir séparément la lymphe du côté vacciné pour l'injecter dans la jugulaire d'un cheval sain, et celle du côté non vacciné pour l'injecter également dans la jugulaire d'un autre cheval; puis observer le résultat.

C'est ce que j'ai fait. Un premier cheval ayant été vacciné, et ses vaisseaux lymphatiques satellites de la saphène ayant été mis à nu, deux autres chevaux ont, dans les conditions que je viens d'indiquer, reçu chacun 35 centimètres cubes de lymphe dans la veine jugulaire. Cette fois aucun accident ne s'en est suivi. Après vingt-six jours d'attente, rien ne s'étant montré, les deux chevaux récepteurs ont été vaccinés; ils l'ont été avec succès.

La première idée qui se présente, c'est que cette expérience contredit absolument la précédente, puisque, au total, le résultat a été négatif. Mais il se trouve justement que des doutes sérieux peuvent être élevés sur la légitimité du vaccin né sur le canon du cheval qui a fourni la lymphe mise en expérience. Ce vaccin s'était développé, comme d'habitude, du septième au huitième jour, mais il m'avait frappé par son apparence impétigineuse. Je l'avais recueilli dans des tubes. En présence de cet insuccès, je crus devoir, à titre de contrôle, l'inoculer à deux veaux et à un enfant. Or, ces trois inoculations ont été absolument stériles; pas un seul bouton ne s'est développé. Avais-je donc eu affaire, chez le cheval, à une fausse vaccine non spécifique? C'était en tout cas, pour le moins, un mauvais vaccin, et cela suffit pour que de l'ensemble de l'expérience on ne puisse rien conclure. Je le regrette d'autant plus que je n'ai pu recommencer jusqu'ici cette expérience très-longue et très-dispendieuse.

Je ne puis laisser passer cette question de la fausse vaccine chez le cheval, sans signaler incidemment un fait bien propre à faire ressortir les difficultés d'interprétation auxquelles on est exposé dans ce genre de recherches. Il m'est arrivé une fois, après avoir vacciné un cheval, de voir les inoculations rester localement stériles, tandis que la peau du tronc se couvrait, du septième au neuvième jour, d'une abondante éruption de pustules semblables à celles qui accompagnent souvent l'éruption naso-buccale du horse-pox, pustules qui ont laissé après elles des croûtes arrondies, mais dont le liquide (chose importante à indiquer) ne s'est pas montré inoculable.

J'ai, du reste, plus d'une fois, rencontré chez le cheval des éruptions spontanées, semblables à celles dont il vient d'être question; ces éruptions, plus ou moins confluentes, occupaient la peau du tronc et des membres, mais respectaient les muqueuses. Toutes les tentatives d'inoculation faites avec le liquide que j'en ai pu recueillir ont été infructueuses.

Ce n'est pas ici le moment de rentrer dans la question d'identité, si controversée et toujours si intéressante, soulevée à propos du *grease*, des *eaux aux jambes*, de la *maladie aphtheuse*, etc. Tout ce que je veux retenir des faits que je viens d'indiquer en passant, c'est qu'il existe chez le cheval des éruptions non spécifiques, très-semblables objectivement à celle du *horse-pox*, et qui ne s'en distinguent, à vrai dire, que par le résultat négatif de l'inoculation. Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'une vaccination, même non suivie d'effet local, puisse servir d'occasion au développement d'une semblable éruption.

Quoi qu'il en soit, il me semble prudent, en pratique, de n'admettre avec certitude l'existence d'un *horse-pox* qu'après en avoir vérifié l'inoculabilité.

B. *Ganglions lymphatiques.* — Il ne me reste plus à exposer que les expériences que j'ai faites sur les ganglions lymphatiques; mais auparavant il est indispensable de dire un mot du rôle considérable dévolu à ces organes dans l'évolution de la vaccine naturelle. Ce rôle, ou à tout le moins cette participation des ganglions, ne me paraissent pas avoir été jusqu'ici suffisamment mis en lumière.

L'engorgement des ganglions les plus proches qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques d'une région vaccinée est, d'après mes observations, suffisamment multipliées pour que je ne conserve aucun doute à cet égard, un fait absolument constant. Il n'y a pas à faire intervenir ici l'inflammation plus ou moins intense qui entoure le bouton de vaccin. L'existence de ce bouton suffit à déterminer l'engorgement ganglionnaire.

Cela est vrai d'abord du horse-pox spontané. J'ai pu m'en assurer récemment dans un cas magnifique développé dans les écuries du collège Stanislas; les ganglions sous-maxillaires étaient énormes.

Cela est vrai également chez les génisses qui servent à la vaccination animale. Ces animaux, comme on sait, sont habituellement inoculés sur la peau du ventre, au voisinage de la cicatrice ombilicale. On voit alors constamment survenir au bout de peu de jours une tuméfaction considérable des ganglions inguinaux, qui peuvent atteindre la grosseur d'une orange.

Cela est vrai enfin dans l'espèce humaine, comme il était aisé de le prévoir par analogie, mais comme j'ai tenu à m'en assurer. Il est même étonnant que ce fait si simple ne soit pas mentionné dans les descriptions classiques de la vaccine. Il ne faut jamais, en médecine, se hâter d'affirmer que l'on est le premier à dire une chose; je ne crois pourtant pas que le fait dont je parle ait guère été signalé jusqu'ici. Presque partout on ne parle du gonflement des ganglions que comme d'une *complication* de la vaccine liée à une lymphangite accidentelle. Or, le gonflement est la règle; il suffit d'un peu d'attention pour le constater avec certitude. On n'a, pour s'en convaincre, qu'à examiner avec soin un jeune enfant du cinquième au septième jour après la vaccination; les nouveau-nés se prêtent surtout à cet examen, parce que chez eux le tissu adipeux est encore peu développé. Toujours on trouvera dans la région axillaire un ou deux ganglions plus ou moins profondément situés, de la grosseur d'un pois, roulant sous le doigt, d'ailleurs parfaitement indolents. La comparaison de la sensation que l'on éprouve avec celle que donne l'aisselle d'un enfant de même âge non vacciné ne laisse aucun doute. Le développement du ganglion est généralement en raison directe de celui de l'éruption Enfin, si, comme il arrive souvent, le vaccin a manqué à un bras, l'engorgement ganglionnaire n'existe que du côté où le vaccin a réussi. Tout cela, je le répète, est d'observation facile et n'exige aucun effort pour être cru.

Il me paraît impossible de ne pas établir une analogie entre cette adénopathie caractéristique, véritable bubon vaccinal, et le bubon du chancre induré de la syphilis. On conçoit, dès lors, de quelle importance il peut être de rechercher maintenant si le ganglion qui reçoit les vaisseaux lymphatiques d'une région vaccinée ne serait pas virulent à un moment donné. Cette question, j'ose le dire, joint à son intérêt général un intérêt d'actualité depuis l'importante communication de M. Colin relative au charbon. L'Académie n'en a certainement pas perdu le souvenir. La méthode du savant professeur d'Alfort consiste, après avoir inoculé du liquide charbonneux, à enlever le ganglion le plus proche de la plaie d'inoculation (il s'agit, dans ses expériences, du membre postérieur et du ganglion poplité). Il remarque alors que ce ganglion, peu d'heures après l'inoculation, est rouge, tuméfié, et contient déjà une matière inoculable. Il tire de là des conclusions générales relatives à l'incubation des maladies virulentes. Celle-ci n'aurait, dès lors, plus rien de mystérieux; elle serait simplement la période pendant laquelle les virus s'accumulent dans les ganglions avant de se répandre de là dans le reste de l'économie.

Je laisse pour le moment de côté la question encore brûlante de la présence ou de l'absence des bactéridies dans le ganglion malade.

Il était bien tentant de rechercher si des faits analogues se passeraient après l'inoculation du virus vaccin. C'est l'étude que j'ai voulu faire sur le veau, en faisant porter mes recherches sur le ganglion poplité, lorsque l'animal avait été vacciné au canon, sur les ganglions inguinaux lorsque la vaccination avait été faite sur la peau du ventre. Examinés directement quelques jours après la vaccination, les ganglions se sont toujours montrés très-tuméfiés, trois ou quatre fois au moins plus gros que leurs congénères du côté opposé. Ordinairement il n'y a pas autre chose que du gonflement; le ganglion présente à la coupe sa couleur blanche normale. Une fois seulement j'ai noté une hyperhémie un peu prononcée.

Le suc de ces ganglions a été recueilli par le raclage. J'ai toujours eu soin d'en prendre sur différents points de la coupe, soit au centre, soit à la périphérie, de manière que l'expérimentation portât sur toute l'épaisseur de l'organe.

Recueilli avec ces précautions, le suc ganglionnaire était inoculé à un veau sain. Je me suis arrangé de façon à varier les conditions de durée, d'incubation. Ainsi le ganglion à étudier a été enlevé au bout de vingt-quatre heures, au bout de quarante-huit heures, au bout d'une semaine, au bout de quinze jours. J'ai constamment échoué, c'est-à-dire que le suc du ganglion n'a jamais déterminé d'éruption vaccinale aux points d'inoculation.

Quelque interprétation que l'on veuille donner de ce résultat, il me paraît dès à présent établir, comme on voit, une ligne de démarcation bien nette entre le charbon et la vaccine.

La possibilité, dans la maladie charbonneuse, d'extraire au bout de peu d'heures une matière inoculable du ganglion le plus voisin du lieu d'inoculation est assurément un trait caractéristique et bien digne d'intérêt. Mais on pouvait s'y attendre. En fait, cette circonstance ne marque qu'une étape dans la marche envahissante du mal. La barrière provisoire opposée par le ganglion est bientôt franchie; bientôt, non-seulement le sang est envahi à son tour et acquiert du même coup des propriétés contagieuses, mais le moment ne se fait guère attendre où tout sera pris, liquides et solides de l'organisme entier, où une goutte de sérosité exprimée d'un organe quelconque sera capable de transmettre le charbon. Cette propagation est fatale, ce n'est qu'une question de temps.

On remarquera qu'il n'en est ainsi ni dans la vaccine, ni dans aucune maladie virulente. Aucune ne nous montre cette imprégnation progressive et continue de tous les tissus par une matière morbifique. C'est là un caractère qui appartient en propre à la maladie charbonneuse. Celle-ci ne possède, comme le pense avec juste raison M. Colin, que les apparences de l'incubation. La vérité est que le principe délétère du charbon, à partir du moment même de son inoculation, commence à se propager de proche en proche. Il n'est donc pas surprenant qu'il manifeste sa présence d'abord dans le ganglion le plus voisin. Mais n'est-ce pas là un argument puissant en faveur de la doctrine soutenue par M. Davaine et M. Pasteur? Comment ne pas voir dans ce fait la preuve de la multiplication prodigieuse et prodigieusement rapide des bactéridies, multiplication qui se fait d'emblée lorsqu'elle trouve un terrain favorable, qui ne respecte aucun tissu et qui n'a d'autres limites que la mort du sujet infecté?

Cela prouve, à mon humble avis, que le charbon nous présente un type achevé des maladies parasitaires, mais qu'il doit être, par cela même, exclu du cadre des maladies virulentes, lesquelles possèdent, entre autres caractères, une incubation non pas apparente, mais réelle.

Pour m'en tenir à la vaccine, qui fait seule l'objet de la présente étude, voici donc le double fait en présence duquel nous nous trouvons : d'une part, le ganglion le plus proche du point d'inoculation n'est pas virulent, ou du moins son suc n'est pas inoculable. D'autre part, j'ai pu surprendre des traces non équivoques de virulence dans la lymphe, entre le point d'inoculation et le ganglion. Il est vrai de dire, pour être complétement exact, que les deux expériences ne sont pas absolument comparables. Les traces de virulence dont il s'agit dans la lymphe n'ont pu être reconnues que grâce à

l'emploi d'une quantité relativement considérable de ce liquide, tandis que le liquide de la pulpe ganglionnaire ne peut être employé que par gouttes et se refuse à être injecté dans le sang.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

ÉLECTION. — M. *Schwann* est élu membre correspondant, pour la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Rokitanski, décédé.

SUR LE DOSAGE DE L'URÉE. Note de M. *C. Méhu.* — Tous les chimistes admettent aujourd'hui que le volume d'azote est inférieur de 8 pour 100 au volume prévu par le calcul. Une longue série d'observations a conduit l'auteur à penser que les urines des diabétiques donnaient un rendement d'azote plus complet que les urines non chargées de glycose. Il a donc été amené à comparer les rendements d'azote de deux solutions contenant rigoureusement le même poids d'urée sous le même volume de liquide, l'une d'elles préparée avec de l'eau pure, l'autre avec de l'eau chargée de glycose ou de sucre de canne. Constamment la solution d'urée sucrée fournit un rendement d'azote plus élevé de 1/14 que la solution non sucrée. Constamment de la solution sucrée il se dégage un volume d'azote en parfait accord avec la théorie, tandis que la solution non sucrée produit un volume d'azote inférieur d'environ 8 pour 100, toutes les corrections de température et de pression étant faites. Il s'ensuit donc que, pour obtenir à froid tout l'azote de l'urée qu'une urine renferme, il faut préalablement ajouter du sucre à un volume déterminé de cette urine avant de faire réagir sur elle l'hypobromite de sodium.

SUR LE FER RÉDUIT PAR L'HYDROGÈNE. Note de M. *H. Moissan.* — Lorsque l'on veut obtenir du fer réduit par l'hydrogène, l'opération demande un certain temps; si le courant d'hydrogène n'est pas sec et assez rapide, si l'expérience n'est pas poussée assez loin et si la température, bien qu'élevée, n'est pas uniforme, on obtient un mélange de fer, de protoxyde de fer et d'oxyde magnétique. C'est ce qui arrive pour la plupart des fers réduits du commerce.

EXCITATION ÉLECTRIQUE DE LA POINTE DU CŒUR. Note de MM. *Dastre* et *Morat.* — On sait que chez les vertébrés à sang froid la portion inférieure du ventricule séparée par une section ou par une ligature du reste de l'organe demeure inerte, tandis que l'autre segment du cœur (base du ventricule et oreillettes) continue ses battements rhythmiques pendant un certain temps. La pointe du cœur est dans les conditions d'un muscle ordinaire muni de ses terminaisons nerveuses, puisque, comme celui-ci, elle ne se contracte qu'autant qu'on l'excite. C'est cette circonstance qui a permis d'étudier méthodiquement le muscle cardiaque en comparaison avec les muscles volontaires, de préciser l'action qu'exercent sur lui les divers stimulants et de vérifier les lois de l'excitation électrique.

Action du courant continu. — Nous employons un courant toujours de même durée (un quart de minute, par exemple), mais dont, chaque fois, on augmente l'intensité. L'action d'un tel excitant présente quatre phases bien déterminées. On observe :

1° Une contraction à la fermeture du courant. L'intensité venant à augmenter, on voit se produire : 2° une contraction à la fermeture et une à l'ouverture. Il convient, pour observer ces phénomènes, d'employer un courant très-faible et de faire croître très-lentement et graduellement son intensité; 3° on observe ensuite une contraction à la fermeture, suivie de contractions rhythmiques pendant toute la durée du passage du courant; 4° la tétanisation. De ces quatre effets, le premier, le deuxième et le quatrième sont assimilables à ceux du courant continu sur les nerfs moteurs et les muscles de la vie de relation. Le troisième est un phénomène nouveau...

Action des courants induits répétés à court intervalle (courant interrompu). — Nous employons un courant interrompu cent fois par seconde au moyen d'un diapason : les courants induits engendrés par ces interruptions traversent la pointe du cœur pendant la même durée (un quart de minute). Nous faisons, à chaque fois, varier l'intensité d'une façon graduelle. *Une excitation interrompue composée d'éléments très-rapprochés se comporte tout à fait comme le courant continu...*

1° Contraction au commencement de l'excitation; 2° contraction au commencement et à la fin (équivalant aux contractions de fermeture et d'ouverture); 3° contractions rhythmiques pendant la durée de l'excitation, fait déjà observé par Eckhardt, mais qui, lui aussi, ne constitue qu'un cas particulier de l'action des courants répétés; 4° tétanisation. Cette expression de *tétanisation* ne doit pas être prise dans le sens qu'on lui donne habituellement. Le tétanos du cœur ne paraît pas résulter de l'association d'un certain nombre de secousses composantes : c'est plutôt une contracture; M. Ranvier l'a décrite et figurée sous le nom de *tetanos de tonicité.*

NOTE RELATIVE A L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU BROMHYDRATE DE CONINE, par M. *J.-L. Prevost.* — Voici les conclusions tirées par l'auteur de ses expériences sur divers animaux :

1° La paralysie produite par le bromhydrate de conine est le résultat de la paralysie des nerfs moteurs, qui perdent aussi leur excitabilité.

2° Quand on interrompt la circulation dans le train postérieur d'une grenouille, en ménageant les nerfs qui s'y rendent, et que l'on introduit une dose de 15 milligrammes à 2 centigrammes de bromhydrate de conine sous la peau du dos, les nerfs des membres postérieurs restent excitables, et ces membres postérieurs réagissent aux excitations faites sur les membres antérieurs situés en amont de la ligature, ces membres antérieurs étant eux-mêmes paralysés par le poison.

3° On rend cette expérience plus manifeste en strychnisant la grenouille; on peut alors observer simultanément, sur le même animal, l'effet de la strychnine et du bromhydrate de conine.

4° Le nerf pneumogastrique est paralysé avant les autres nerfs, et son excitabilité réapparaît plus promptement que celle des autres nerfs dans la période d'élimination du poison.

5° Les sécrétions urinaire, salivaire, lacrymale, sont excitées par le bromhydrate de conine.

6° J'ai pu constater expérimentalement le passage du bromhydrate de conine dans les urines; les urines d'un chat empoisonné par le bromhydrate de conine, évaporées au bain-marie jusqu'à consistance sirupeuse et injectées sous la peau de plusieurs grenouilles, ont produit chez ces animaux les symptômes caractéristiques de l'empoisonnement par le bromhydrate de conine.

7° Les nerfs glandulaires conservent encore leur excitabilité et provoquent la sécrétion quand on les électrise; lorsque les nerfs vagues et les nerfs des muscles striés ont perdu leur excitabilité sous l'influence du bromhydrate de conine, l'excitation électrique du sympathique cervical et du nerf tympanico-lingual a produit l'écoulement de la salive. L'excitation du bout périphérique des nerfs du bras a produit la sécrétion de la sueur dans la paume de la patte d'un chat, quand l'électrisation de ce nerf ne provoquait plus de contractions musculaires.

8° Chez les animaux à sang chaud, empoisonnés par le bromhydrate de conine, et dont on a entretenu la respiration artificielle, le cœur présente une grande résistance : il est l'*ultimum moriens;* il continue à battre pendant plus longtemps qu'un cœur normal après la cessation de la respiration artificielle, ou quand on le sépare du corps.

Chez les lapins et les chats, l'électrisation directe du cœur par un fort courant d'induction n'a pas produit sa paralysie quand l'empoisonnement était poussé jusqu'à la perte complète de l'excitabilité du nerf sciatique. Cette expérience a échoué chez un coq. Quand, chez les lapins, l'excitabilité du sciatique n'était pas tout à fait détruite, l'électrisation du cœur a pu produire sa paralysie, mais il a fallu des tentatives réitérées pour obtenir cet effet.

9° Il est fort douteux que les centres nerveux soient directement atteints par le bromhydrate de conine; les convulsions observées chez les animaux à sang chaud, dans la dernière période de l'empoisonnement, sont le résultat de l'asphyxie due à la paralysie des

agents mécaniques de la respiration. Ces convulsions peuvent être évitées au moyen de la respiration artificielle.

10° La contractilité musculaire n'est point modifiée par le bromhydrate de conine.

SUR LA SÉCRÉTION BILIAIRE. Note de M. *P. Picard*. — De plusieurs expériences sur des chiens, l'auteur conclut que la sécrétion biliaire ne développe que des pressions faibles et très-inférieures à celles que peuvent produire les sécrétions salivaires ou même rénales; que la sécrétion biliaire se rapproche de la sécrétion rénale quant aux conditions physiologiques qui la déterminent. Les différences qui séparent ces deux fonctions peuvent se déduire des deux points suivants : 1° C'est un système vasculaire artériel qui fournit l'urine, tandis que c'est un système veineux qui donne la bile. 2° Dans la sécrétion biliaire, certaines substances formées dans le foie sont entraînées par le mouvement de sortie du liquide.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit : 1° Une note de M. le docteur *Bourdin* (de Choisy-le-Roi), intitulée : *La constatation des décès, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être*. — 2° Un extrait du testament de M. le docteur *Jacquemier*, qui lègue à l'Académie la somme de 20,000 francs, à la charge de fonder un prix triennal qui portera son nom, et qui sera décerné par elle, en séance publique, à l'auteur d'un travail sur un sujet d'obstétrique qui aura réalisé un progrès important. Ce travail devra être publié six mois au moins avant l'ouverture du concours. — 3° Une note de M. le docteur *Burcq*, sur la statistique des décès. — 4° Une note de M. le docteur *Rosolimos*, intitulée : *Recherches expérimentales sur l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires ; du premier bruit du cœur*. — 5° Un mémoire de M. le docteur *Rozan*, sur le rétablissement des tours. — 6° Un rapport de M. le docteur *Doin*, médecin-major de 1re classe, sur le service médical de la troisième division à l'hôpital militaire de Bourbonne.

M. *Hardy* présente, au nom de M. le docteur *Patay* (d'Orléans), une brochure intitulée : *Statistique médicale de la ville d'Orléans*.

M. *Chatin* présente, au nom de M. *Heckel* (de Marseille), un mémoire intitulé : *Considérations générales sur la répartition des alcaloïdes dans les végétaux*, et Étude physiologique de l'action de la strychnine et de ses sels sur les mollusques gastéropodes.

M. *Lancereaux* offre en hommage le premier fascicule du tome II de son *Traité d'anatomie pathologique*.

M. *Laboulbène* présente, au nom de M. *Émile Brasseur*, un volume intitulé : *Étude de chirurgie dentaire*.

M. *Le Fort* présente, au nom de M. le docteur *Michaux* (de Louvain), une brochure intitulée : *Résumé du traitement des polypes naso-pharyngiens*.

M. *A. Chereau* présente, au nom de M. le docteur *Rampal* (de Marseille), le tome X des Comptes rendus des travaux d'hygiène et de salubrité de la ville de Marseille.

EMPLOI DU CRISTAL DE ROCHE EN OPHTHALMOLOGIE. — M. le *Président* met sous les yeux de l'Académie des échantillons de cristal de roche recueillis au Mexique, aux environs de volcans, et envoyés à M. Galezowski. Ce médecin a soumis un certain nombre de morceaux de ce cristal de roche à la segmentation et a obtenu ainsi des lames de verre pouvant remplacer les verres teintés en noir de fumée, et offrant une translucidité graduée suivant l'épaisseur des lames. Ces verres ont, sur les verres ordinaires, l'avantage de ne pouvoir être ni rayés ni cassés, et d'être sans valeur commerciale.

STATISTIQUE MÉDICALE MUNICIPALE. — M. *Lagneau* donne lecture, au nom de la commission, des conclusions modifiées d'après la discussion de la dernière séance.

Voici ces conclusions :

1° L'Académie approuve pleinement l'intention qu'auraient le Conseil municipal de Paris et l'administration préfectorale de demander aux médecins traitants leur coopération dans la détermination des causes de décès ; mais elle pense que cette coopération ne doit être obtenue qu'en se conformant aux conditions suivantes :

2° Il ne sera introduit aucune modification dans le service des médecins de l'état civil ;

3° Après les formalités relatives à la déclaration et à la constatation d'un décès, l'administration enverra par la poste au médecin traitant un bulletin sur lequel il indiquera la cause de la mort ; il le renverra par la poste au bureau de statistique. Ce bulletin ne portera ni le nom ni les prénoms du décédé ;

4° Des deux certificats de décès actuellement remplis par le médecin de l'état civil, celui envoyé au bureau de statistique, de même que le bulletin nosologique du médecin traitant, ne portera aucune indication des nom et prénoms du décédé ;

5° La statistique des causes de décès sera faite à l'Hôtel de Ville par des médecins ;

6° Le bulletin hebdomadaire de la statistique des causes de décès sera gratuitement expédié à tous les médecins de la ville.

Après quelques observations de MM. Bourdon, Hardy et Fauvel, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

RAPPORTS. DÉCORATION DES JOUETS PAR DES SUBSTANCES INOFFENSIVES. — M. *J. Rochard* donne lecture, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bergeron et Delpech, d'un rapport sur un mémoire de M. Turpin sur la décoration des jouets par des substances inoffensives. M. Turpin, à l'aide de substances complètement inoffensives, dont quelques-unes étaient alors de découverte toute récente, a dressé une table chromatique qui ne comporte pas moins de 1440 teintes différentes disposées suivant la coordination des couleurs telle qu'elle a été indiquée par M. Chevreul.

L'auteur a adressé cette table à l'Académie, ainsi qu'une collection de 72 tubes de ces couleurs sans poison. Il en donne, dans son mémoire, la composition exacte, le mode de préparation et d'emploi.

Déjà les substances employées par M. Turpin avaient été analysées dans le laboratoire de M. Wurtz, mais il n'était pas démontré que celles dont l'Académie était mise en possession fussent de même nature. Elles ont été analysées de nouveau par M. Ernest Hardy, chef des travaux anatomiques de la savante Compagnie, qui a reconnu l'exactitude parfaite des formules données par M. Turpin et la complète innocuité des matières colorantes dont il se sert.

En résumé, les jouets préparés selon les formules de l'auteur du mémoire ont pour base une combinaison de caoutchouc, de carbonate de chaux, de soufre et d'oxyde de zinc. Ce dernier est complètement exempt d'arsenic ; les matières colorantes dont les échantillons ont été adressés ne renferment aucun principe toxique.

M. Turpin a donc rendu à l'hygiène un important service. M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur, et de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie.

Après avoir entendu la lecture de ce rapport, l'Académie en adopte les conclusions, et décide le renvoi du mémoire de l'auteur à M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

DU RÔLE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES DANS LA GENÈSE DU CHARBON. — M. *Colin* fait connaître à l'Académie le résultat de nouvelles recherches qui ont pour but de déterminer la porte d'entrée des agents virulents.

Le point délicat, dit M. Colin, est de déterminer d'une manière comparative le mode d'évolution des lésions ganglionnaires dans les deux formes du charbon, spontané ou inoculé.

Or, ce mode d'évolution offre des variantes qu'il est possible de reproduire à volonté. L'une d'elles établit la transition entre la forme expérimentale et celle qui est ou paraît être spontanée. Dans cette forme lente, les lésions qui portent sur la totalité du système lymphatique n'infirment pas la règle qu'il a posée. Les lésions étudiées avec soin peuvent être distinguées par leur âge, leur succession et leurs degrés. Il y a un ordre dans la tuméfaction et l'injection des ganglions. Le

ganglion s'injecte à un moment, s'infiltre à un autre ; il devient virulent à une certaine heure, se sature de bactéries, les met en circulation, se trouve frappé de sphacèle et de mort à des époques qui peuvent être précisées.

Après avoir constaté comment se comportent les ganglions sur les animaux qui contractent le charbon dans de courts délais, M. Colin est arrivé à voir ce que leur action a de particulier sur les animaux où le charbon se développe avec une extrême lenteur et tue seulement au bout de dix à douze jours. Ici, la bactéridie se multiplie difficilement et meurt souvent sans déterminer d'accidents.

Enfin, M. Colin a trouvé que, sur les animaux le plus souvent réfractaires au charbon, comme le chien et le chat, la virulence ne réussit pas à s'établir dans le ganglion, quoique cet organe soit en libre communication avec la plaie où l'état virulent est pleinement réalisé pour un certain temps.

Opération césarienne par la méthode de Porro. — M. *Tarnier* présente à l'Académie une malade sur laquelle il a pratiqué l'opération césarienne suivie de l'ablation de l'utérus et des ovaires d'après la méthode de Porro.

Cette opération avait déjà été pratiquée une première fois sans succès par M. Tarnier.

Voici un résumé de l'observation de l'opération qui fait l'objet de la présentation de M. Tarnier.

Marie C..., trente-six ans, entre à la Maternité le 20 mars 1879, à onze heures quarante-cinq du matin. Cette femme présente tous les signes du rachitisme: taille, 1 mètre 23 centimètres; bassin rachitique, pseudo-ostéo-malacique; il mesure 6 centimètres d'avant en arrière, mais les parois antéro-latérales sont fortement déprimées, faisant saillie en dedans, et il eût été absolument impossible de faire la céphalotripsie. D'ailleurs le col n'était pas dilaté. Les membranes étaient rompues depuis le 17 mars.

L'enfant était mort depuis deux jours. Opération le 20, à trois heures de l'après-midi. Ouverture des parois abdominales, ouverture de l'utérus; on retire l'enfant, on amène au dehors l'utérus et les ovaires, et on place sur l'utérus, entre le corps et le col, un serre-nœud de Cintrat; au-dessus du premier fil de fer, une broche transversale, comme pour l'ovariotomie, et au-dessus de cette broche un semi-fil de fer destiné à donner de la solidité à la broche. Pas de frissons, pas de vomissements, pas de douleurs de ventre. Température maxima de l'aisselle 38,6°. Champagne, bouillon, lait. Guérison sans aucun accident.

Ce succès, dit M. Tarnier, n'est pas dû au hasard. L'ablation de l'utérus est une opération qui supprime deux des causes de mort les plus ordinaires après l'opération césarienne, à savoir, l'hémorrhagie utérine et la péritonite par épanchement des lochies dans le péritoine, puisqu'on enlève l'utérus et la plaie par laquelle on a extrait l'enfant.

La seconde raison, c'est que la méthode antiseptique a été employée dans toute sa rigueur. M. Tarnier croit que ces précautions ont accru les chances de l'opération considérée en elle-même. En effet, depuis trois ou quatre ans, MM. Tarnier, Polaillon et Lucas-Championnière ont pratiqué huit grandes opérations dans les salles de la Maternité. MM. Polaillon et Lucas-Championnière ont fait cinq ovariotomies qui ont toutes été suivies de guérison ; M. Tarnier a ouvert deux fois l'abdomen dans deux cas de grossesse intra-utérine et enfin pratiqué l'opération de Porro. Or, sur ces huit malades, une seule femme a succombé; sept succès sur huit, dans un hôpital décrié et réputé un foyer d'infection, c'est un résultat magnifique qu'il faut attribuer à l'emploi de la méthode antiseptique. M. Tarnier saisit l'occasion qui se présente pour dire à l'Académie que, malgré la mauvaise réputation de la Maternité au point de vue de la mortalité, c'est un des hôpitaux où l'on meurt le moins.

M. Tarnier croit être le premier chirurgien qui ait pratiqué en France l'opération de Porro. A sa connaissance, elle a été pratiquée déjà vingt-neuf fois, et suivie quinze fois de succès. L'opération de Porro a été pratiquée pour la première fois le 21 mai 1876.

Qu'adviendra-t-il de cette opération? M. Tarnier croit qu'elle prendra rang dans la chirurgie classique comme l'une des meilleures que l'on puisse faire. Elle lui paraît supérieure à l'opération césarienne simple. Il est vrai qu'on lui reproche de supprimer les organes de la génération et d'empêcher les femmes de devenir de nouveau enceintes; mais c'est là un reproche qui a bien peu d'importance quand avant tout il faut songer à sauver la femme d'un danger immédiat.

Jusqu'ici M. Tarnier a été partisan de la céphalotripsie; aujourd'hui ses convictions anciennes sont un peu ébranlées par le succès que donne l'opération de Porro et par celui qu'il a obtenu lui-même. Dans les rétrécissements moyens du bassin, on pourrait hésiter entre l'opération césarienne et la céphalotripsie. M. Tarnier comprend mieux qu'on préfère celle-ci, parce que, une fois la femme guérie, elle peut avoir d'autres enfants quand on a recours pour elle à l'accouchement artificiel. Mais dans les bassins dont le rétrécissement est extrême, mesurant moins de 66 millimètres, la céphalotripsie tue tous les enfants et sauve à peine la moitié des femmes. L'opération de Porro sauverait tous les enfants et la moitié des femmes. M. Tarnier croit donc que c'est une opération rationnelle qui rendra de grands services, au moins dans les cas de retrait extrême du bassin.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Deux observations de résection. — Angiome sous-cutané douloureux. — Traitement de l'étranglement interne — Névrome du nerf sciatique. — Fracture du maxillaire supérieur

La correspondance comprend : 1° *Traité du palper abdominal*, par M. *Pinard*.

2° *Comparaison des différentes méthodes de taille*, par *Dollivera Martens* (de Lisbonne). Relation de la pratique du professeur d'Almeda, qui est partisan de la taille hypogastrique, opération qu'il a pratiquée 23 fois; 7 opérés sont morts. Il emploie le procédé opératoire de Vidal (de Cassis).

3° *Traitement des polypes naso-pharyngiens*, par M. *Michaux* (de Louvain).

— M. *Théophile Anger* fait un rapport sur deux observations adressées à la Société de chirurgie par M. *Napieralski* (de Pont-Audemer).

Le 20 janvier 1879, un individu reçut un coup de fusil à l'épaule droite. Résection de tout le tiers supérieur de l'humérus. Au bout de quarante-cinq jours, la cicatrisation était complète. Au moyen d'un appareil prothétique, l'opéré peut travailler (il est jardinier).

Deuxième observation : Résection du fémur pour une fracture non consolidée après dix-sept mois de traitement; la fracture n'avait pu être réduite. Consolidation. Six centimètres de raccourcissement.

— M. *Trélat* fait un rapport sur un mémoire de M. *Charles Monod* sur l'angiome sous-cutané douloureux. Une femme de cinquante-deux ans avait une tumeur à la région postérieure du coude droit. Trois ans auparavant, la malade avait fait une chute sur le coude, et il restait une induration qui alla en augmentant. La tumeur avait l'aspect d'un lipome avec coloration bleuâtre de la peau. Opération; guérison.

C'était la troisième fois que M. Trélat rencontrait une

tumeur sous-cutanée qui n'était pas un fibrome et qui avait ce caractère spécial d'être très-douloureuse. Au Congrès de Bordeaux M. Trélat avait communiqué les deux premières observations. Comment pouvait-on expliquer cette douleur? M. Ch. Monod a fait l'examen histologique de la tumeur du coude, et il a rencontré des filets nerveux comprimés par un épaississement de leur gaîne en divers points de l'angiome. La douleur n'est cependant pas un signe pathognomonique, car on la rencontre aussi dans le fibrome sous-cutané et plus rarement dans les lipomes.

— Nomination d'une commission chargée de présenter la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie. Sont élus : MM. *Berger*, *Farabeuf* et *Giraud-Teulon*.

— M. *Le Dentu* a cherché à démontrer, il y a trois ans, que la gastrotomie n'était pas irrationnelle pour la cure de l'étranglement interne. Depuis, la question a marché; mais, aujourd'hui, comme il y a trois ans, c'est encore le diagnostic qui est la base du traitement. On a dit que la gastrotomie était plus grave que l'opération de l'anus artificiel. Il y a des statistiques; mais elles ne sont pas l'expression de la vérité : tous les insuccès n'ont pas été publiés.

M. Le Dentu a fait quatre fois l'opération de l'anus artificiel. Le premier malade, déjà en état de péritonite; anus artificiel; mort. Cancer de l'intestin.

Deuxième observation. — Hôpital Sainte-Eugénie. Enfant de dix ans. Par le toucher rectal, on constate une tumeur assez proche de l'anus. Incision à droite, sur le cæcum. Mort par péritonite développée non du côté de la plaie, mais autour de l'intestin. Rétrécissement fibreux du rectum.

Troisième cas. — Fille de dix-huit ans, à l'Hôtel-Dieu. Compression de l'intestin par une tumeur. Opération du côté du cæcum; guérison. Morte huit mois après d'un cancer de l'ovaire qui comprimait l'intestin.

Quatrième cas. — Homme jeune. Opération; mort. Une bride comprimait l'intestin et n'aurait pu être coupée.

Nélaton a fait six fois l'opération de l'anus artificiel : 2 guérisons, 4 morts.

Il est inutile de savoir si la cause de l'obstruction est une bride, une tumeur fibreuse, etc.; mais le point important est de savoir si la cause est extrinsèque ou intrinsèque, dans les parois de l'intestin ou en dehors. L'exploration du rectum donne des indications. De même, on recherchera le boudin de l'invagination. Hutchinson conseille d'endormir le malade pour explorer le ventre. On cherchera encore le point maximum de la douleur; au niveau du cæcum existe parfois un point douloureux dû à la distension de cette partie de l'intestin.

Dans l'étranglement par brides, le ballonnement du ventre est rapide, mais peu considérable. Chez les enfants, il s'agit presque toujours d'une invagination. Chez les vieillards, c'est le plus souvent une lésion organique de l'intestin. La marche de l'étranglement par brides est ordinairement rapide et les vomissements fécaloïdes sont plus fréquents. Dans l'invagination, ils manquent souvent. La gastrotomie, quand elle réussit, permet le rétablissement immédiat du cours des matières. Mais, dans les deux cas d'anus artificiel guéris par Nélaton, le cours des matières se rétablit complètement. Chez un malade opéré par M. Richet (anus artificiel pour un cancer du rectum), le cours des matières se rétablit. M. Le Dentu voudrait savoir dans combien d'observations on a noté ce rétablissement du cours des matières; car la gastrotomie perdrait un de ses avantages, s'il était établi qu'avec l'opération de l'anus artificiel le cours des matières se rétablit le plus souvent. Cependant, comme on ne supprime pas la cause de l'étranglement avec l'anus contre nature, la gastrotomie vaut mieux en définitive. Il y a quelques réserves à faire au sujet des invaginations. Dans une statistique allemande comprenant 593 cas d'invagination, la terminaison est notée dans 557 observations et il y a 406 morts, soit près de 27 pour 100 de guérisons. Les selles sanguinolentes et fétides, les vomissements fécaloïdes peuvent faire prévoir l'expulsion du boudin invaginé séparé par la gangrène.

Chez les enfants, l'invagination se fait rapidement et prend tout de suite les allures de l'étranglement vrai. Chez les vieillards la mortalité est considérable. M. Le Dentu est partisan de l'abstention, qui donne 60 pour 100 de mortalité; avec l'intervention chirurgicale, on n'obtiendrait peut-être pas un résultat plus favorable. Peut-on faire cesser l'étranglement interne avec les ponctions aspiratrices? Quelques faits paraissent le prouver, mais ils ne sont pas assez nombreux pour être concluants.

M. *Trélat*. Les obstructions dépendant d'altérations siégeant dans les tuniques de l'intestin ne doivent pas être traitées par la gastrotomie. De plus, la maladie peut guérir spontanément et nos chances opératoires ne sont pas absolues.

Supposons un individu bien portant, ou presque bien portant, ou un individu ayant eu déjà plusieurs crises d'obstruction, pris tout à coup de nausées, de vomissements; si les symptômes sont violents, si l'on ne trouve pas d'étranglement herniaire apparent, on est en droit de se demander s'il faut faire la gastrotomie ou un anus artificiel. Il faut agir.

Cette année, M. Trélat a observé un cas où il a fait la laparotomie. C'était un homme de trente-trois ans qui, à dix ans, avait eu une hernie inguinale droite. Cette hernie avait amené à plusieurs reprises des accidents d'étranglement. Elle était irrégulièrement maintenue par un bandage.

Le 14 février 1879, le malade eut du malaise, puis des coliques atroces; vomissements, constipation résistant aux purgatifs.

Le 18, il entra à l'hôpital de la Charité. Les orifices étaient libres; pas de hernie. Vomissements fécaloïdes. Douleur vive à la partie latérale droite du ventre.

Le 19, les mêmes phénomènes persistent; même point douloureux. Opération à cinq heures du soir. La malade étant sous l'influence du chloroforme, M. Trélat fait une longue incision sur la ligne médiane. Il s'échappe aussitôt une fusée de gaz indiquant une perforation intestinale. On constate une forte adhérence ou une bride allant du bord externe du muscle droit vers la partie latérale droite de l'abdomen; cette bride est rompue. On amène alors vers la plaie une anse intestinale perforée en trois points. M. Trélat résèque 6 centimètres de l'anse gangrenée et réunit les deux bouts de l'intestin avec une suture de Gély. L'opéré mourut au bout de quarante-huit heures.

Si un autre malade, dans les mêmes conditions, mais avec un étranglement récent, se présentait à M. Trélat, il recommencerait l'opération.

En résumé, dans les cas de tumeur ou de cancer de l'intestin, faire un anus artificiel ou ne rien faire. Pour les invaginations, peut-être faire la gastrotomie; mais M. Trélat comprend que l'on n'opère pas. Dans l'étranglement subit par bride ou autre cause, il faut opérer si la péritonite n'est pas très-développée.

— M. *Marchand* lit une observation de névrome du nerf sciatique; résection.

— M. *Lannelongue* présente un enfant de cinq à six ans qui, tombé d'un premier étage sur le nez, se fractura les os propres du nez et le maxillaire supérieur. La fracture du maxillaire supérieur est exactement sur la ligne médiane. Quand le malade ouvre la bouche, on croirait à une division congénitale de la voûte palatine, car la muqueuse est déchirée sur la ligne médiane.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Poisons musculaires et sulfocyanure de potassium : M. Laborde. — Deux cerveaux d'idiotes : M. Bourneville. — Action prolongée du sulfate de magnésie : M. A. Moreau. — Circulation du corps strié : M. Hallopeau. — Nerfs accélérateurs du cœur : M. François-Franck. — Injections intra-veineuses de lait : M. Moutard-Martin. — Éclairage des écoles et myopie : M. Javal.

M. *Laborde*. Cl. Bernard, qui avait si bien étudié les poisons musculaires, avait fini par déclarer lui-même que sur ce sujet toutes les expériences devaient être revues. J'ai entrepris cette révision et commencé mes recherches par l'examen des effets physiologiques du sulfocyanure de potassium. Mais auparavant il m'a paru nécessaire de bien délimiter la question et de donner une définition précise du *poison musculaire.* Il faut entendre par ce terme toute substance capable d'abolir la contractilité d'un muscle sans altérer anatomiquement le tissu même de ce muscle et sans toucher aux propriétés de ses nerfs. Ce point ainsi fixé, j'ai procédé de la façon suivante. Sur une grenouille, un des muscles gastrocnémiens mis à nu a été mis en contact avec un petit cristal de sulfocyanure ou touché avec une solution au 1/30 de ce sel. Il a perdu sa contractilité au bout de dix minutes, mais, malgré l'absorption d'une certaine quantité de poison, le muscle symétrique du côté opposé a conservé sa contractilité et le cœur a continué de battre. En examinant au microscope le muscle paralysé, j'ai constaté que sa striation était détruite dans les points qui avaient paru fonctionnellement le plus compromis et qui étaient justement ceux qui avaient le plus immédiatement souffert au contact du sulfocyanure. Au contraire une grenouille dont la membrane interdigitale plongeait seule dans une solution de ce sel s'est intoxiquée sans que les muscles aient présenté de paralysies. Des expériences analogues ont été essayées sur le chien, mais dans des circonstances difficiles, car le chien vomit très-facilement le sulfocyanure. Aussi vaut-il mieux donner ce médicament en injections intra-veineuses; dans ces conditions, si la dose est très-forte, le cœur s'arrête au bout de peu de temps, mais à un moment où le sel a déjà impressionné les centres nerveux et peut être retrouvé dans le sang de la jugulaire. D'ailleurs l'arrêt n'est pas définitif et cesse par l'application sur le cœur même d'un courant de moyenne intensité. Des doses moyennes produisent l'arrêt après une période d'accélération ; des doses faibles successives déterminent à la longue un arrêt définitif, et le cœur présente alors une altération complète de ses fibres. Cet arrêt semble donc reconnaître plusieurs causes : tantôt une lésion des éléments histologiques du cœur, tantôt une action nerveuse centrale ; enfin dans quelques cas peut-être c'est un phénomène réflexe ou le résultat de la perturbation apportée dans le fonctionnement des ganglions intracardiaques. Mais jamais le sulfocyanure de potassium n'agit comme un véritable poison musculaire.

— M. *Bourneville* présente deux cerveaux d'idiotes. Le premier appartenait à une enfant de neuf ans qui n'avait jamais marché ni parlé; il est atrophié dans tout son lobe antérieur. Le second était celui d'une fille de quinze ans, qui, outre les mêmes symptômes, était atteinte de convulsions épileptiformes à peine suivies d'une courte période de stertor. Ce dernier phénomène manquait même souvent. Les attaques étaient devenues de plus en plus fréquentes : 1200 dans le dernier mois, 340 dans le dernier jour. Sur ce cerveau les circonvolutions antérieures sont hypertrophiées et présentent des plis secondaires surajoutés aux plis normaux.

M. *Magnan* fait observer que ce deuxième cas se rapproche d'une observation de M. Mierzejewsky : le premier, au contraire, rentre tout à fait dans les lésions classiques de l'idiotie. L'examen histologique expliquera peut-être la similitude des symptômes qui ont accompagné des lésions si différentes, en montrant des altérations des fibres d'association, si fréquentes dans l'idiotie.

— M. *A. Moreau* présente un liquide extrait d'une anse intestinale dans les conditions suivantes. Cette anse isolée entre deux ligatures reçoit une solution à 1/5 de sulfate de magnésie, puis au bout de deux heures elle est vidée, lavée et refermée. Environ sept heures après, le chien est tué par section au bulbe, et l'on trouve dans cette même anse le liquide actuellement présenté. L'effet purgatif du sulfate de magnésie survit donc à la présence de ce sel dans l'intestin.

— M. *Hallopeau* a continué ses recherches sur la circulation du corps strié. Contrairement à l'opinion de M. Duret, il a trouvé que la sylvienne n'est pas la seule artère de cette région ; sur cinq cerveaux qu'il a examinés depuis huit jours, il a constaté la présence soit d'un rameau de la cérébrale antérieure qui gagne le noyau lenticulaire en traversant l'espace perforé, soit d'un ramuscule de la choroïdienne antérieure qui se rend au même point à travers la bandelette optique. Grâce à cette disposition, le segment interne du corps strié doit être épargné dans les hémorrhagies et les ramollissements dont l'origine est due à une lésion de l'artère sylvienne.

— M. *François-Franck*. — *Sur les nerfs accélérateurs du cœur et sur leurs interférences avec les nerfs modérateurs.*

Dans les recherches sur les influences qui accélèrent le rhythme des battements du cœur, et sur les conducteurs nerveux qui transmettent ces influences aux appareils cardiaques périphériques, on peut utiliser l'effet de la compression des carotides chez les différents animaux, comme le chien et le chat. On sait depuis les expériences d'Astley Cooper que la compression ou la ligature des carotides produit une grande accélération du cœur ; cette accélération s'accompagne d'une élévation considérable de la pression artérielle, mais il n'y a aucun rapport de dépendance entre l'augmentation de la fréquence du cœur et l'élévation de la pression sanguine. Je n'insiste pas sur le mécanisme de l'effet que produit la compression carotidienne : on a étudié depuis longtemps ces phénomènes et, bien que l'explication qu'on en donne me paraisse très-douteuse, je me borne pour le moment à parler de la compression carotidienne comme d'un moyen simple et certain d'obtenir l'accélération du cœur chez le chien.

J'ai cherché à l'aide de ce procédé : 1° à contrôler les opinions relatives au trajet des filets accélérateurs du cœur dans les nerfs de la région cervicale et de la région thoracique ; 2° à répéter par la voie indirecte les expériences que M. Boroditsch et M. Baxt avaient faites sur la combinaison des influences modératrices et des influences accélératrices en s'adressant directement aux nerfs modérateurs et aux nerfs accélérateurs eux-mêmes.

Ce sont les résultats principaux de ces deux séries de recherches que je soumets aujourd'hui à la Société, réservant pour de prochaines communications d'autres points relatifs à l'accélération du cœur.

I. *Les nerfs laryngés supérieurs servent-ils, comme l'a indiqué M. Schiff, à la transmission des influences accélératrices?* — On comprime les deux carotides d'un chien qui n'a été soumis à aucune opération préalable et qui n'a absorbé ni anesthésique, ni curare, et on inscrit à l'aide du manomètre l'effet produit sur la fréquence des battements du cœur et sur la pression artérielle.

Cette notion étant acquise, on fait la section de l'un des deux nerfs laryngés supérieurs entre l'origine du pneumogastrique et l'émergence du laryngé externe : la compression carotidienne produit encore le même effet sur le cœur et la pression.

Le second nerf laryngé supérieur est ensuite sectionné : on

obtient encore la même fréquence des battements du cœur et la même élévation de la pression artérielle qu'au début.

Cette persistance des effets de la compression carotidienne malgré la double section des laryngés supérieurs semble déjà faire rejeter l'opinion que les laryngés supérieurs contiennent la totalité ou une partie des filets accélérateurs du cœur. Cependant, les mêmes expériences avaient donné entre les mains de M. Schiff un résultat différent. Je les ai donc répétées un grand nombre de fois sans observer dans aucun cas non point la suppression de l'accélération, mais même une atténuation de l'effet accélérateur.

Comme contre-épreuve j'ai soumis à l'excitation électrique, dans des conditions très-variées, le bout périphérique des nerfs coupés : l'accélération du cœur ne s'est jamais produite *quand les deux nerfs étaient sectionnés*. On observe quelquefois une légère accélération du cœur quand on excite le bout périphérique du nerf laryngé supérieur, *le nerf du côté opposé étant intact;* mais j'ai des raisons de croire qu'il ne s'agit pas là d'une influence directe sur le cœur, que l'excitation du nerf d'un côté provoque l'accélération du cœur chez certains animaux très-sensibles à cause de l'association des nerfs laryngés supérieurs par la sensibilité récurrente. Cet effet disparaît quand on coupe les nerfs du côté opposé, ou quand on administre à l'animal une dose d'anesthésique modérée suffisante pour faire disparaître la sensibilité récurrente dans le bout périphérique du laryngé, du facial, etc.

Je crois donc pouvoir conclure que la présence des filets accélérateurs du cœur dans les nerfs laryngés supérieurs n'est démontrée ni par l'effet de l'excitation directe ni par le résultat de la section de ces nerfs. Au contraire, la section des filets du premier ganglion thoracique et du ganglion cervical inférieur supprime les effets accélérateurs de la compression carotidienne. D'où cette seconde conclusion, que les filets du sympathique étaient les voies de transmission de l'accélération indirecte produite par la compression des carotides.

A propos de ce point spécial, je crois devoir signaler ici un fait anatomique qui peut avoir une certaine importance : le filet anastomotique qui réunit chez l'homme la partie intra-laryngée du laryngé supérieur au nerf récurrent (anastomose de Galien) constitue chez le chien un filet dissocié qui n'affecte avec le récurrent que des rapports de contiguïté : il descend le long de la trachée en dedans du récurrent, auquel il s'accole quelquefois, mais dont il reste le plus souvent distinct. Cette notion anatomique, que j'ai contrôlée moi-même et qui est indiquée dans la dernière édition de l'*Anatomie comparée* de MM. Chauveau et Arloing, prend un véritable intérêt dans la question qui nous occupe. En effet, si, après la section du laryngé supérieur, on cherche dans le récurrent lui-même les fibres dégénérées qu'on suppose y trouver en considérant comme descendants les filets de l'anastomose de Galien, on risque fort de ne les point rencontrer, à moins que l'examen ne porte à la fois sur les deux nerfs indépendants, le récurrent et la branche descendante du laryngé; l'accolement de ces deux nerfs rend compte du résultat qu'ont obtenu MM. Philipeaux et Vulpian (*Arch. phys.*; 1869) : Ces physiologistes ont constaté des fibres dégénérées dans le tronc du récurrent à la suite de la section du laryngé supérieur. On pourra ne pas trouver de tubes dégénérés dans le récurrent lui-même; il faudra alors chercher en dedans du récurrent un autre filet nerveux, branche descendante du laryngé supérieur, qui contiendra les tubes nerveux altérés.

II. *Combinaison des effets accélérateurs indirects produits par la compression carotidienne et des effets modérateurs réflexes provoqués par l'excitation du bout central d'un nerf laryngé supérieur.* — La compression carotidienne provoque l'accélération du cœur par voie indirecte; ceci ne préjuge rien sur le mécanisme de l'accélération ainsi produite. D'autre part, l'excitation électrique du bout central d'un nerf laryngé supérieur parfaitement isolé, chez un animal qui ne réagit pas par des mouvements généraux ou qu'on a au préalable engourdi par la morphine ou à demi anesthésié, produit un ralentissement considérable, quelquefois un arrêt des battements du cœur.

Nous avons donc le moyen de déterminer une accélération ou un ralentissement notable chez le chien ou le chat sans toucher directement aux nerfs accélérateurs ou aux nerfs modérateurs du cœur : j'ai repris, en combinant de façons variées ces deux influences antagonistes, les expériences de M. Boroditsch et de M Baxt sur l'interférence des nerfs modérateurs et des nerfs accélérateurs du cœur.

Les expériences de ces deux auteurs, faites dans le laboratoire de M. Ludwig, avaient établi ce fait essentiel que, quand on fait agir simultanément sur les nerfs modérateurs et sur les nerfs accélérateurs du cœur des excitations électriques de même intensité, l'effet modérateur seul apparaît, ce qui implique une excitabilité plus grande des appareils modérateurs. Il résultait encore de ces recherches que pour obtenir l'interférence de ces deux influences contraires, c'est-à-dire pour ne produire ni accélération ni ralentissement en excitant simultanément les deux ordres de nerfs, il fallait diminuer considérablement l'intensité des excitations appliquées aux nerfs modérateurs ou augmenter beaucoup celles auxquelles on soumettait les nerfs accélérateurs.

Mes propres recherches sur la combinaison des influences accélératrices indirectes de la compression carotidienne et des influences modératrices réflexes des excitations du bout central du laryngé supérieur confirment de tous points les conclusions de M. Boroditsch et de M. Baxt.

Voici les résultats d'une expérience type : sur un chien normal, tranquille, un peu sensible, à jeun ou en digestion, je comprime sans tiraillements, avec un compresseur spécial en forme de lithotriteur que je présente à la Société, les deux artères carotides; le double effet cardiaque et vaso-moteur s'accuse aussitôt sur le tracé par une grande accélération des battements du cœur (dans le rapport de 3/1), et par une élévation de pression artérielle (plusieurs centimètres de mercure).

L'excitation du bout central du nerf laryngé supérieur d'un côté est faite ensuite, quand la circulation a repris ses caractères normaux; on observe un certain degré de ralentissement des battements du cœur, par exemple, une diminution de 1/3, avec une chute plus ou moins profonde de la pression artérielle.

Ces deux résultats opposés étant acquis, il s'agit de les combiner en les opposant l'un à l'autre pour savoir laquelle l'emportera, de l'influence accélératrice ou de l'influence modératrice. On fait donc simultanément la compression carotidienne et l'excitation du bout central du nerf laryngé supérieur. Suivant l'importance relative des deux effets initiaux, on augmente ou on diminue l'intensité des excitations du nerf laryngé supérieur. On voit que les excitations réflexes des nerfs modérateurs n'ont pas besoin d'être très-fortes pour atténuer, masquer, ou supprimer la manifestation des influences accélératrices. On arrive très-vite à l'interférence complète, c'est-à-dire au maintien du rhythme initial malgré la compression carotidienne, en excitant avec des courants très-faibles le nerf laryngé supérieur; en d'autres termes, *les influences* qui peuvent agir sur le cœur pour le ralentir par la *voie réflexe sont beaucoup plus puissantes que celles qui peuvent produire l'accélération par voie indirecte*.

Ceci s'observe chez les animaux. Pour l'appareil modérateur, le cœur a conservé toute son activité. Mais si l'on fait subir aux animaux en expérience telle opération ou tel empoisonnement préalable (la curarisation, par exemple) qui atténue notablement l'excitabilité des appareils modérateurs, la prédominance d'action de ces derniers appareils cesse de se manifester. C'est sans doute la raison pour laquelle on observe le plus souvent l'accélération du cœur à la suite de

l'irritation douloureuse des nerfs sensibles chez les animaux curarisés.

Ces recherches sont donc confirmatives de celles de M. Boroditsch et de M. Baxt. Elles ont donné d'autres résultats relatifs à la combinaison des influences vaso-motrices, constrictives et dilatatrices, que je soumettrai plus tard à la Société.

— M. *Moutard-Martin*, en son nom et au nom de M. *Charles Richet*, expose les résultats de quelques recherches, entreprises dans le laboratoire de M. Vulpian, sur les injections intra-veineuses de lait. Après des doses massives que l'on peut porter jusqu'à plus de 1000 grammes, la mort survient par arrêt du cœur, sans troubles respiratoires. Cet arrêt du cœur n'est pas dû à une action locale du lait, car il ne se produit pas quand ce liquide est directement injecté dans la coronaire. Les vomissements, la salivation, les mouvements de déglutition de l'animal et quelques autres phénomènes permettent de croire qu'il s'agit d'une anémie bulbaire ou d'un défaut d'oxygénation. Cette hypothèse serait d'accord avec ce fait que le lait est très-avide d'oxygène. Les deux expérimentateurs ont recherché quel est dans le lait l'élément qui produit tous ces accidents; ce n'est pas le ferment lactique, mais le sucre de lait injecté dans les veines détermine une polyurie très-abondante et tue l'animal en peu de temps. C'est lui sans doute qu'il faut incriminer. Quoi qu'il en soit, les injections de lait doivent être proscrites.

M. *Laborde* s'étonne que M. Moutard-Martin ne signale ni les embolies pulmonaires, ni surtout les embolies bulbaires, les premières déterminant une dyspnée presque constante, les secondes des hémorrhagies ou des anémies bien plus capables d'expliquer la mort que la désoxygénation supposée. Ces faits ont été déjà signalés et étudiés. Quant aux conclusions cliniques, il les accepte et rappelle que M. Béchamp n'a obtenu que des résultats négatifs chez les chiens exsangues qu'il essayait de relever par des injections de lait.

— M. *Javal* lit quelques conclusions d'un travail sur la myopie dans les écoles. La myopie peut résulter de l'action prolongée d'un éclairage insuffisant. De là la nécessité de surveiller non-seulement la construction des salles d'étude, mais encore celle des bâtiments situés vis-à-vis, dont la hauteur, lorsqu'elle dépasse la moitié de la distance étendue entre eux et l'école, obscurcit notablement des salles bien disposées en elles-mêmes.

X. Arnozan.

Société de médecine légale.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DEVILLIERS.

Sur les caractères médico-légaux fournis par l'utérus au point de vue de la constatation des grossesses antérieures : M. Lutaud.

Il y a bientôt trois ans qu'un procès criminel très-important, dont nous avons rendu compte dans la *Gazette* (*Gazette hebd.*, 1876, n° 15, p. 227, *affaire de White-Chapel*), et qui s'est déroulé en Angleterre, est venu appeler l'attention sur les caractères médico-légaux qui pouvaient être fournis par l'utérus au point de vue de la constatation *post-mortem* des grossesses antérieures.

Cette constatation, qui ne semble pas, au premier abord, présenter de sérieuses difficultés et dont l'importance peut devenir considérable, a récemment donné lieu à la Société de médecine légale à une discussion qui nous paraît de nature à intéresser nos lecteurs.

Il s'agissait, dans l'affaire de White-Chapel, d'établir l'identité d'un cadavre de femme trouvé dans un état avancé de putréfaction et qui avait été grossièrement mutilé par l'assassin quelques jours avant la découverte du *corpus delicti*. La femme dont on avait constaté la disparition, et dont on cherchait à établir l'identité avec les restes informes trouvés dans la maison de White-Chapel, avait eu deux enfants; son utérus devait présenter les caractères de la multiparité. Telle était l'opinion des juges qui désignèrent des experts afin d'être éclairés sur ce point.

Les experts ayant émis des opinions contradictoires, la question fut apportée devant la Société obstétricale de Londres où elle a donné lieu à une discussion assez animée. Quelques gynécologistes attirèrent l'attention sur le plus ou moins de convexité des parois de l'utérus. D'après M. Meadows l'utérus nullipare présente sur sa face interne et supérieure une convexité plus ou moins marquée qui disparaît après un ou plusieurs accouchements. M. John Willams a signalé l'état des sinus utérins du côté placentaire; pendant la grossesse ceux-ci se remplissent de caillots qui deviennent organisés et peuvent encore être observés six mois après l'accouchement. En second lieu cet auteur insiste sur l'état des vaisseaux dans les parois de l'utérus; ces vaisseaux se présentent sous la forme de petits tubes visibles à l'œil nu, leur tunique est épaissie, jaunâtre, et l'ensemble des tissus de l'utérus est plus ou moins déchiqueté. Cet état persiste pendant un temps assez long et, dans un cas exceptionnel, le docteur Willams a pu l'observer quinze mois après le dernier accouchement.

En somme les débats de la Société obstétricale de Londres n'avaient pas jeté une lumière suffisante sur les caractères médico-légaux de la multiparité. M. le docteur Lutaud a pensé que la question méritait une étude plus approfondie, et c'est pour cette raison qu'il l'a soumise à la Société de médecine légale.

Parmi les travaux qui paraissent de nature à éclairer la question, nous devons citer au premier rang le travail remarquable de M. le professeur Guyon (*Étude anatomique sur l'utérus*. Paris, 1859), qui n'était certainement pas connu des experts anglais appelés à donner leur opinion dans l'affaire de White-Chapel. Le savant professeur s'est spécialement occupé dans ce travail de l'utérus à l'état de vacuité et il nous fournit des données d'une importance considérable au point de vue médico-légal.

Les dimensions de la cavité utérine présentent des différences notables chez un utérus suivant qu'il est nullipare ou multipare. Chez la femme nullipare l'étendue verticale de la cavité de l'utérus mesure en moyenne 50 millimètres. Le diamètre vertical se partage chez les nullipares en deux portions inégales dont la plus longue l'emporte de 3 millimètres et appartient au col. Chez les femmes vierges ces dimensions varient de quelques millimètres, mais il est permis en médecine légale de négliger ces différences qui sont du reste peu appréciables.

Le diamètre transverse présente les dimensions suivantes chez les nullipares : diamètre supérieur ou intertubaire, 20 millimètres ; diamètre de l'orifice interne, 10 millimètres.

Chez les femmes multipares, la cavité du corps est nettement triangulaire; les lignes qui la circonscrivent sont courbes et *leur convexité dirigée en dedans*. Cette disposition ne ressort pas nettement de l'inspection de l'utérus fendu et étalé, mais elle devient évidente lorsqu'on prend des empreintes de l'organe, comme l'a fait M. Guyon qui a bien voulu nous communiquer le résultat de ses recherches. Cette description s'éloigne donc totalement de ce qui a été écrit et enseigné par les auteurs. Paul Dubois disait, en effet, que la cavité du corps, au lieu de représenter un triangle à bords curvilignes dont la convexité est dirigée en dedans, représente une surface ovalaire à bords concaves.

La convexité du bord supérieur est beaucoup moins accusée et, si l'on examine les bords latéraux, on s'assure bientôt qu'au lieu de suivre comme chez la femme nullipare la ligne oblique qui limite la corne utérine et vient former, avec la ligne limitante de la seconde section de la cavité du corps, un angle obtus ouvert en dehors, la ligne qu'ils parcourent des-

cend directement jusqu'à l'orifice interne, si bien qu'au lieu d'un sinus obtus ouvert en dehors, à peine existe-t-il une très-légère concavité.

Mais ces mensurations et ces caractères, quoique résultant d'observations précises et nombreuses, sont toujours sujets à des variations qui leur enlèvent une grande partie de leur valeur médico-légale. D'après M. Guyon, le trait caractéristique de l'utérus multipare est l'*élargissement des cornes de l'utérus* aux dépens de la cavité intermédiaire et l'accroissement du segment supérieur du corps. Cet élargissement des cornes a été constaté sur tous les utérus multipares examinés par M. Guyon, et il nous paraît être le seul signe destiné à acquérir en médecine légale une certaine importance.

Il n'est pas question dans le travail de M. Lutaud des signes fournis par l'aspect extérieur du col. Ces signes ont du reste été bien étudiés et leur importance médico-légale est suffisamment connue.

M. *Devilliers* remarque que les caractères fournis par le corps n'ont pas une importance aussi considérable que ceux fournis par le col. C'est surtout sur la convexité des parois de l'organe et sur le volume qu'on peut juger de la nulliparité ou de la multiparité.

M. *Leblond* rapporte un fait qui prouve que le col ne fournit pas toujours une preuve suffisante en faveur d'un accouchement antérieur. Il a observé récemment à Saint-Lazare une femme qui présentait sur le col des cicatrices syphilitiques qui auraient certainement pu être prises pour des indices d'un accouchement.

M. *Gallard* dit que ces questions sont excessivement délicates et qu'on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour les résoudre. Comme l'a dit M. Leblond, il arrive assez souvent qu'on trouve sur le col des déchirures ou d'autres signes qui peuvent faire croire à un accouchement antérieur qui en réalité n'a pas eu lieu.

Il arrive également assez souvent que par suite d'affections inflammatoires, la métrite chronique, par exemple, le col s'élargit et s'évase au point de ressembler à un col multipare; mais cet état ne persiste pas toujours et donne le plus souvent lieu à une rétraction ultérieure.

Pour se prononcer sur ce point, M. Gallard accorde une plus grande importance aux signes fournis par la vulve qu'à ceux fournis par le col; les déchirures de la fourchette et des lèvres sont également des indices plus sûrs.

Il est vrai que le passage d'une tumeur, les opérations, les violences, sont de nature à induire en erreur, mais il faut dans ces cas utiliser les renseignements fournis par l'interrogatoire et l'enquête.

Quant à la question posée par M. Lutaud, c'est-à-dire à savoir si l'on peut après la mort reconnaître la nulliparité ou la multiparité de l'utérus, elle est plus difficile. Mais M. Gallard pense que les caractères fournis par le volume et la forme de l'utérus ont une grande valeur. L'utérus nullipare conserve sa forme triangulaire, il est petit; lorsqu'il y a des grossesses antérieures il est dilaté, les angles ont perdu de leur acuité, les parois sont affaissées.

Il reste cependant à déduire les cas dans lesquels l'utérus a été distendu par des tumeurs solides ou liquides.

M. *Devilliers* termine la discussion en appelant l'attention sur les caractères qui permettent de reconnaître le col nullipare du col multipare. Ces caractères sont assez tranchés pour qu'il soit relativement facile d'établir une distinction.

M. Devilliers dit qu'il a rarement rencontré à la suite de la métrite chronique la rétraction du col dont parle M. Gallard.

Il pense que la question est assez intéressante pour être reprise et il invite MM. les membres qui en auraient l'opportunité à faire quelques recherches sur ce sujet et à vouloir bien les communiquer à la Société.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

De l'influence exercée sur la tension sanguine et le pouls par la position du corps, par M. Zybulski. — Quand on suspend la tête en bas un chien curarisé, on observe une augmentation de la tension vasculaire dans les artères de la moitié antérieure du corps et un ralentissement des pulsations cardiaques. En mettant l'animal dans la position horizontale, puis la tête en haut, la tension redevient normale et le cœur s'accélère. L'auteur pense que ces phénomènes sont dus, dans le premier cas, à une irritation du centre du pneumo-gastrique, irritation allant en s'éteignant dans le second cas. (*Journal hebdom. de méd. de Saint-Pétersbourg*, 1878.)

De l'emploi de l'ipécacuanha pendant le travail, par M. le docteur Garriger. — En se basant sur l'utilité de l'ipécacuanha dans le traitement des hémorrhagies utérines, Garriger a eu l'idée de l'employer pendant le travail et a reconnu que cette substance excite puissamment l'utérus et facilite la dilatation du col rigide. Il change des douleurs pénibles et inutiles en douleurs expulsives moins douloureuses. Administré à la dose de 10 à 20 centigrammes, l'ipécacuanha paraît régulariser le travail en augmentant la puissance des contractions utérines. (*New-York med. Journ.*, novembre 1878.)

Sur la signification diagnostique du retard de la pulsation carotidienne sur le choc du cœur, par MM. G. Bozzolo et M. Fiori. — Les auteurs ont noté (à l'aide d'appareils enregistreurs) le retard de la pulsation carotidienne chez les sujets affectés d'altération cardiaque autre que des insuffisances aortiques, et même chez les sujets tout à fait sains. Le retard de la pulsation carotidienne ne saurait donc plus être considéré comme un signe pathognomonique de l'insuffisance aortique. (*Giornale della Acc. di med. di Torino*, n° 233.)

BIBLIOGRAPHIE

Réunion primitive et pansement des grandes plaies, par le docteur Azam. In-8 de 94 pages, 1 planche, 1879. — Paris, G. Masson. Prix : 3 fr.

L'étude de la réunion primitive et des conditions qui la favorisent est pour les chirurgiens l'une des préoccupations les plus constantes; c'est aussi l'un des sujets qui comportent et qui entretiennent des discussions dont l'actualité se renouvelle chaque jour. On peut dire que le plus grand nombre d'inventeurs de méthodes opératoires et de procédés de pansement a pris pour but de favoriser la réunion primitive. Nous ne sommes plus au temps où les efforts de Richerand, de Dubois, de Delpech, de Roux, restaient impuissants pour faire admettre à Paris les avantages de la réunion immédiate, et aujourd'hui les enseignements de Serre et de l'école de Montpellier ont facilement trouvé des imitateurs parmi les chirurgiens de Bordeaux. En même temps en Angleterre, en Allemagne, à Paris enfin, les chirurgiens les plus autorisés ont accepté ou préconisé tous les moyens qui favorisent la réunion *la plus prompte possible*. On ne saurait nier que la réunion immédiate ne soit l'idéal de la chirurgie, comme le disait tout dernièrement M. Farabeuf, à la Société de chirurgie, mais par les mots de « réunion immédiate » il faut comprendre le fait d'adhésion de la plaie bien plus que le procédé opératoire qui assure cette adhésion.

Depuis le remarquable traité d'Alanson jusqu'à la méthode de Lister, l'occlusion de Chassaignac, le pansement ouaté d'Alphonse Guérin, en y ajoutant les opérations dont M. Azam a groupé les résultats sous le titre de « Méthode de Bordeaux », et sans parler d'un nombre considérable d'opérations chirurgicales dans lesquelles on s'est inspiré de principes analogues tout en variant plus ou moins les procédés opératoires, en résumé,

pendant une période chirurgicale déjà longue il a été facile de voir dans quel sens progresse la chirurgie, et les grands succès obtenus dans ces dix dernières années ont montré que la grande majorité des chirurgiens en France et à l'étranger recherche la réunion immédiate.

Un problème plus restreint et plus pratique, qu'il importe de résoudre, est de savoir comment cette réunion peut être obtenue avec plus de rapidité, plus de sécurité ; c'est ici que la solution apparaît aussi complexe que le but proposé est simple. Il faut d'abord tenir compte du procédé opératoire en lui-même, et nous savons que cette préoccupation a été l'origine des procédés élégants, précis, rapides, qui font l'honneur de la médecine opératoire, mais il devient aussi indispensable de tenir compte du mode de pansement, dont l'importance a été démontrée d'une manière si éclatante par les méthodes de Lister, de A. Guérin, pour ne citer que les deux plus célèbres. Enfin les conditions nosocomiales, l'état particulier du blessé, dont M. Verneuil nous a appris l'importance extrême, toutes ces conditions doivent être prises en considération lorsqu'on veut apprécier la valeur réelle d'une méthode particulière, parce que, si l'on ne possède pas des statistiques très-étendues, il serait dangereux de s'en remettre à la seule éloquence des chiffres. Ces considérations générales étaient nécessaires pour montrer le point de vue auquel il faut se placer pour comprendre la méthode de Bordeaux. Nous ne saurions mieux résumer les caractères particuliers de cette méthode qu'en empruntant à M. Azam ses propres expressions :

« Les chirurgiens de Bordeaux, dit-il, obtiennent depuis environ dix ans la réunion primitive incomplète, particulièrement des plaies opératoires, en combinant la suture superficielle et la suture profonde avec le drainage du fond de la plaie ou la suture superficielle avec le drainage. »

C'est donc la réunion immédiate aussi complète que possible que cette méthode veut assurer ; mais elle fait la part de la suppuration nécessaire de l'os dans les opérations, du fond de la plaie dans les ablations de tumeurs ; et ce résultat elle l'obtient au moyen de la suture profonde et de la suture superficielle pour l'affrontement parfait, et du tube à drainage pour l'écoulement de la plaie. Considérée ainsi, la méthode peut être rapprochée sous bien des rapports des procédés de Laugier, de ceux que Le Fort emploie depuis longtemps, et d'ailleurs le tube à drainage et même la suture profonde font partie de la méthode de Lister, de sorte que M. Azam pourrait multiplier sa statistique s'il comprenait les procédés, les opérations dans lesquels les chirurgiens ont employé le drainage profond, la suture profonde et la superficielle, ou tout moyen analogue permettant l'affrontement parfait et l'écoulement du pus au centre du moignon ou de la plaie, c'est-à-dire « *la réunion immédiate incomplète* ».

M. Azam s'explique à cet égard avec une grande franchise, il rapproche même volontiers la méthode de Bordeaux de celles de Lister, de Guérin, de Le Fort, de Laugier ; loin de renier l'affinité, la parenté de ces méthodes entre elles, il s'en fait honneur, mais il demande que l'on conserve pour les procédés mis en pratique à l'hôpital Saint-André de Bordeaux un nom spécial.

« Je n'ai pas la pensée, dit-il, de faire l'historique des divers temps qui constituent la méthode que je recommande, et je sais assez l'histoire de la chirurgie pour ne pas ignorer qu'aucun d'eux n'est nouveau et qu'employé isolément chacun d'eux a rendu des services, depuis Guy de Chauliac jusqu'à nos jours ; donc je manquerais de justice si je ne savais rendre à mes devanciers et à mes maîtres un hommage reconnaissant. Ainsi, en ce qui touche l'usage isolé de chacun de ces temps, je ne réclame aucune priorité soit pour moi, soit pour l'école de Bordeaux ; une pareille prétention serait injustifiable. Ce que je crois équitable, c'est qu'il soit reconnu, comme le fait M. Gosselin, que les chirurgiens de Bordeaux sont les premiers qui, en combinant le drainage profond avec les deux sutures, ont obtenu d'incontestables succès. »

Le jugement porté par M. Gosselin sera sans doute définitivement accepté; mais il y aurait quelque avantage à ne pas le séparer d'un certain nombre de considérants qui offrent quelque intérêt historique. La méthode de Bordeaux aurait plutôt une origine locale qu'une origine personnelle ; car, M. Azam nous l'apprend, dès 1860 M. Labat aurait commencé à mettre en pratique quelques-unes des idées qui la constituent, et en 1869 « M. Lannelongue a fait plusieurs amputations en mettant en usage les trois temps du nouveau pansement », et en 1870 M. Azam décrivait « cette méthode dès lors complète, comme étant d'usage ord'naire à l'hôpital Saint-André de Bordeaux ».

L'importance de ces dates est manifeste si l'on se rappelle l'origine de la méthode de Lister de 1867 à 1870, et les réclamations de M. Le Fort en 1874, et celles que M. Trélat rappelait dernièrement à la Société de chirurgie.

La méthode de Bordeaux comporte d'ailleurs des modifications de détail et surtout de pansement qui permettent de la combiner avec l'occlusion ou de la transformer en pansement de Lister ; il importe donc que l'on soit bien fixé non-seulement sur les principes qui la dominent, mais sur le mode d'exécution que l'on puisse considérer comme représentant la méthode dans sa simplicité originelle, et, pour ce faire, nous citerons les termes précis employés par M. Azam.

« Voici, dit-il, comment je procède :

» *Amputations.* — L'opération étant faite à lambeaux, je fais une hémostase aussi parfaite qu'il est possible, et par un lavage complet j'enlève tous les caillots; cela fait, je place dans les profondeurs de la plaie, en dessous ou en arrière de la section osseuse, un gros tube à drainage préalablement lavé dans l'eau chaude pour en ôter l'excès du sulfure de carbone; ce tube est relevé sur le membre et solidement fixé par plusieurs bandelettes au collodion; alors j'affronte les lambeaux le plus exactement possible et je les fixe au moyen d'une suture enchevillée, placée le plus près possible de leur base. A la cuisse trois points suffisent. Il en faut deux ou un seul pour les membres plus petits. Je fais cette suture avec un fil d'argent recuit, introduit au moyen d'une aiguille à manche ou tubulée, et fixée à des fragments de sonde de gomme élastique de 4 ou 5 centimètres de long. Cette suture profonde doit être faite de façon à prévoir le gonflement des tissus. On arrive aisément à ce but en fixant au préalable le fil à l'un des fragments de sonde et après la transfixion des lambeaux en enroulant seulement ce fil autour de l'autre fragment ; le simple déroulement suffira pour donner aux lambeaux le jeu nécessaire.

» Les lambeaux réunis, je passe au troisième temps : la suture superficielle ; celle-ci doit être faite avec un soin minutieux égal au soin qu'on donne aux sutures d'autoplastie de la face. J'emploie la suture entortillée faite au moyen d'épingles fines assez rapprochées ; il en faut de dix à vingt-cinq suivant la grosseur du membre amputé ; cette suture ne laisse d'autre ouverture que celles qui sont nécessaires à la base des lambeaux, pour le passage du drain et des ligatures ; lorsqu'elle est terminée, j'applique sur elle, pour la rendre plus parfaite, une couche de collodion. Ces trois temps accomplis, le moignon est absolument clos, sauf les deux ouvertures par lesquelles passe le drain. Le pansement est des plus simples : après un lavage avec l'eau phéniquée, je recouvre la peau de la partie inférieure du moignon d'un corps gras pour la garantir du contact des liquides qui sortiront par la partie inférieure du drain. Je place sous les orifices de celui-ci un amas spécial de charpie et je recouvre le reste d'une très-forte couche de coton, particulièrement épaisse au niveau des plaies par où passe le tube à drainage.

» Le surlendemain de l'opération, plus tôt si le suintement primitif a été très-abondant, j'enlève les épingles et la réunion est en général parfaite. De plus, on relâche la suture profonde

si le gonflement des lambeaux l'exige. Plus tard, pansements au coton tous les trois ou quatre jours avec lavage à l'eau phéniquée; la plupart du temps trois à cinq pansements suffisent. Au troisième ou quatrième jour on peut enlever la suture profonde et à ce moment la réunion est en général solide. Après un temps dont le minimum a été neuf jours et le maximum (sans complications) vingt jours, les ligatures tombent, le moignon n'est presque plus douloureux et on peut ôter lentement le drain. Je fais alors un dernier pansement occlusif avec légère compression et le lendemain la guérison est complète, absolue, sauf naturellement dans les cas à complications, que je n'ai pas à détailler ici. J'entends par guérison complète un état du moignon tel que, sauf la couleur de la ligne cicatricielle, il est semblable à un moignon de dix ans, et que le malade peut sortir de l'hôpital ou être transporté hors du lieu où il a été opéré; en chirurgie militaire ce point n'est pas à dédaigner. J'ajouterai une remarque importante : j'ai absolument renoncé depuis longtemps déjà aux injections dans le tube à drainage, car l'expérience m'a montré qu'elles sont non-seulement inutiles, mais dangereuses; le drain doit être assez solidement fixé sur la peau du membre pour que tout mouvement lui soit impossible; il ne devra jamais être déplacé avant sa sortie définitive. »

Lorsqu'il s'agit d'ablations de tumeurs, on se guide sur des principes analogues, et nous croyons inutile d'insister sur ce sujet; nous renvoyons au livre de M. Azam ceux qui voudraient connaître les modifications dans les sutures, dans le mode d'application du drain, la suppression de la suture, l'emploi du cat-gut, détails qui d'ailleurs modifient la méthode sur quelques points; nous ne serons pas tenté de critiquer ces améliorations ni de préconiser l'usage exclusif de la méthode de Bordeaux, parce que, si nous reconnaissons un avantage à désigner sous ce nom la série des temps qui représente le mode de traitement des grandes plaies adopté à Bordeaux et dont M. Azam est le partisan le plus autorisé, nous pensons que, dans l'application, l'opéré est mieux soigné, que les chances de la réunion sont singulièrement augmentées lorsque le chirurgien, s'inspirant des diverses méthodes qu'il connaît, choisit pour le cas particulier le mode de coaptation et de réunion, le pansement qui lui inspire plus de confiance, en apportant les modifications qui constituent l'originalité et la personnalité de la pratique d'un chirurgien.

Nous sommes habitués à rechercher dans les résultats statistiques la consécration des avantages d'une méthode, et la comparaison des statistiques est un des moyens de notre appréciation, que nous utilisons sous toutes les réserves qui conviennent en pareille matière. Si nous nous plaçons à ce point de vue, la méthode de Bordeaux nous apparaît avec de brillants succès; en effet, sur 117 amputations, désarticulations et résections, il n'y a eu que 12 morts, soit 10,25 pour 100; sur un total de 262 opérations, la mortalité est de 6,10 pour 100. Si nous nous bornons aux amputations de cuisse, nous trouvons comme résultat 8 morts sur 42 opérations, soit 19 pour 100; ce qui est un chiffre remarquablement faible quand on le compare aux statistiques des amputations de cuisse les plus récentes, c'est-à-dire celles qui ont participé aux bénéfices des pansements par diverses méthodes antiseptiques ou par occlusion, et dans lesquelles le principe d'une réunion primitive plus ou moins incomplète a été adopté.

Cette année même M. Le Fort rappelait à la Société de chirurgie les chiffres suivants de la mortalité des amputations de cuisse : Lister pour 33 opérations a eu une mortalité de 27 pour 100; Volkmann sur 15 opérations une mortalité de 30 pour 100; M. Le Fort sur 15 opérations une mortalité de 20 pour 100; M. Guyon sur 4 amputés de cuisse a eu 3 guérisons, soit une mortalité de 25 pour 100.

En définitive, les résultats signalés par M. Azam méritent d'être placés au premier rang, et l'on comprend sans peine qu'ils aient vivement impressionné les chirurgiens qui poursuivent avec ténacité la réalisation d'une réunion primitive, sinon complète, au moins approchant le plus possible de ce but si souvent désiré, et qui semble maintenant bien plus facilement accessible.

Il y aurait injustice à ne pas reconnaître que la méthode de Bordeaux a réalisé un progrès important si elle est prise dans son ensemble; et, soit qu'on l'accepte en partie, soit qu'on la modifie ou bien qu'on se contente d'invoquer ses liens de parenté plus ou moins rapprochée avec les méthodes d'occlusion, les méthodes antiseptiques, dans tous les cas on doit avec M. Azam « désirer que les idées sur lesquelles cette méthode est basée se généralisent ». Nous ajouterons que le désir de l'habile chirurgien de Bordeaux est largement réalisé, et que ces idées sont partagées et même revendiquées par le plus grand nombre des chirurgiens de France et d'autres pays, où elles ont suivi un développement parallèle et produit ces méthodes de pansement, de réunion, de protection qui donnent à la chirurgie de ces dix dernières années un caractère remarquable, et très-profitable aux opérés, ainsi que le démontrent les statistiques.

Albert Hénocque.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

ANGLETERRE ET AMÉRIQUE : ASSOCIATIONS MÉDICALES ET CONGRÈS. — UNIFICATION DES POIDS ET MESURES. — FIÈVRE JAUNE. — INFIRMIÈRES LAÏQUES. — LE DOCTEUR CARPENTER. — ALLEMAGNE : LE NOUVEAU MINISTRE DE L'AGRICULTURE. — DUELS DANS LES UNIVERSITÉS. — CRÉMATION.

Nous avons fait connaître, dans notre dernière chronique, le programme du Congrès médical anglais de Cork. Nous n'avons plus qu'à rappeler à ceux de nos confrères qui désireraient assister à cette solennité scientifique que l'ouverture du meeting est fixée au 4 août. Nous donnerons dans la *Gazette* le compte rendu des principaux travaux qui auront été discutés au Congrès.

— On sait qu'il existe en Amérique une association médicale analogue à la *British medical Association*, quoique moins importante. Cette corporation vient de tenir sa trentième session annuelle à Atlanta, sous la présidence du docteur Th. Parvin.

Un grand nombre de questions scientifiques ont été discutées dans ce Congrès. Parmi les plus importantes, nous citerons celles qui ont trait à la fièvre typhoïde et à la fièvre jaune On a également mis à l'ordre du jour l'étude des moyens prophylactiques de nature à combattre l'envahissement toujours croissant de la phthisie pulmonaire. La création de vastes *sanitaria* destinés à recevoir les phthisiques au premier degré a été proposée et adoptée en principe.

Le Congrès a adopté ensuite une question d'un ordre plus général et sur laquelle nous appelons particulièrement l'attention, parce qu'elle présente une grande importance pratique; nous voulons parler de l'unification des poids et mesures et de l'adoption universelle du système métrique dans les sciences médicales. Un de nos compatriotes qui habite les Etats-Unis, M. le docteur Seguin, a entrepris depuis longtemps une campagne en faveur de l'unification, et le succès ne tardera pas à couronner ses efforts, car le Congrès a voté les conclusions qu'il avait proposées. On peut donc dire que le système métrique ne tardera pas à être employé aux Etats-Unis dans les sciences médicales. On sait qu'il a été adopté depuis longtemps pour les monnaies.

— Les nouvelles que nous recevons des pays où la fièvre jaune est endémique deviennent chaque jour plus inquiétantes. L'épidémie continue de sévir à Memphis (Etat du Tennessee), dont la population émigre en masse.

Une dépêche du 29 juillet porte que l'émigration a réduit la population de Memphis à 4283 blancs et 11 827 noirs.

Shreveport dans la Louisiane et Natchez dans le Mississipi ont établi une quarantaine contre les provenances de la Nouvelle-Orléans.

Nous reviendrons sur cette importante question lorsque nous aurons pu recueillir des documents plus nombreux et plus précis sur la marche de la maladie.

— Pendant ces dernières années, l'Angleterre s'est particulièrement occupée de créer des corps spéciaux d'infirmières chargés de desservir les ambulances volantes qui accompagnent les armées. Des cours ont été organisés, à cet effet, à l'hôpital militaire et naval de Netley, et ont formé d'excellentes élèves. Nous apprenons que, dans la dernière campagne du Zululand, ces infirmières ont rendu de grands services et se sont fait remarquer par leur courage et leur dévouement. Parmi celles qui ont été particulièrement signalées, nous citerons madame Deble, directrice des surveillantes à l'hôpital de Netley, et les garde-malades de l'hôpital royal de Victoria. Les journaux anglais insistent d'une façon spéciale sur le dévouement de celles qu'ils appellent leurs *infirmières laïques*, car on sait que les religieuses hospitalières ne sont pas employées dans les hôpitaux anglais, à part quelques rares exceptions.

— Nous sommes heureux de signaler aujourd'hui un hommage public rendu à un de nos confrères éminents dont les travaux sont depuis longtemps connus et appréciés en France. L'éminent physiologiste et naturaliste anglais Carpenter, membre correspondant de notre Académie des sciences, quitte le poste de secrétaire-archiviste (*registrar*) de l'Université de Londres, après vingt-quatre ans d'exercice. Un comité présidé par lord Granville, chancelier, et composé de sir John Lubbock, vice-chancelier, de lord Derby et sir James Paget, sénateurs, de M. Robert Lowe, membre du Parlement, du docteur William Smith, du savant Huxley et de tous les examinateurs de l'Université, a résolu de perpétuer le souvenir de M. Carpenter par un grand portrait qu'un des meilleurs artistes de l'Angleterre sera chargé de peindre. Ce portrait sera placé dans la salle du Sénat, à côté de celui du regretté Grote, qui fut vice-chancelier de l'Université. La somme de 12 500 francs est requise, et le comité invite tous les gradués à souscrire.

— Il n'est pas rare de voir des membres de notre profession s'adonner à la politique et y parcourir une carrière brillante. Le Parlement français, qui compte près de quarante membres médecins, en est un exemple. Mais le nombre des médecins ministres est encore assez restreint pour que nous appelions l'attention de nos lecteurs sur la nomination d'un de nos confrères comme ministre de l'agriculture en Prusse. Le docteur Robert Lucius, qui vient d'être appelé à ces hautes fonctions en remplacement de M. Friedenthal, est né à Erfurth en 1835. Après avoir fait d'excellentes études médicales à Heidelberg et à Breslau, il fit, comme médecin, la campagne du Maroc, en 1860, avec les armées espagnoles. Il fut ensuite attaché à une expédition scientifique allemande qui visita l'Asie centrale. C'est alors qu'il abandonna la carrière médicale. Il prit part, comme officier de cavalerie dans la landwehr, aux plus importantes campagnes de la Prusse en 1864, 1866 et 1870. Dans les intervalles de paix, il vécut retiré dans ses domaines et s'adonna à l'agriculture.

Le docteur Lucius est à la fois membre du Parlement prussien et du Reichstag, et il a été élu vice-président de ce dernier corps au mois de septembre 1878. Quoique catholique romain, il appartient au parti impérialiste et a voté les récentes lois de mai relatives aux traités de commerce. Son frère, qui est député d'Aix-la-Chapelle, a pris place dans le camp catholique ultramontain.

Nous voudrions terminer ce court aperçu sur le médecin ministre d'Allemagne en faisant l'éloge de son libéralisme; mais la position qu'il occupe au Parlement et l'amitié qui l'unit au prince de Bismarck ne nous permettent pas de placer le docteur Lucius parmi les partisans les plus avancés de la liberté.

— Puisque nous sommes en Allemagne, disons quelques mots d'une tendance qui a paru assez inquiétante pour motiver de la part du gouvernement quelques mesures répressives. Nous voulons parler des duels entre étudiants, qui deviennent de plus en plus fréquents. L'autorité cherche aujourd'hui à y mettre obstacle, non qu'elle puisse les défendre, car il n'y a pas de loi en vertu de laquelle elle pourrait interdire aux étudiants de se hacher et de se balafrer mutuellement la figure, ces mutilations étant toutes volontaires. Mais elle s'efforce de les rendre moins faciles en leur enlevant le terrain sur lequel ces rencontres ont lieu d'habitude. C'est ainsi que l'autorité du district de Leipzig vient de signifier aux hôteliers et aubergistes de son ressort défense formelle de prêter leurs locaux aux duels d'étudiants, sous peine de 150 marcs d'amende. La police a reçu en même temps l'ordre de poursuivre les contrevenants avec la dernière rigueur.

— La crémation fait chaque jour de nouveaux progrès en Allemagne. Nous apprenons qu'une nouvelle incinération vient d'avoir lieu à Gotha. M. Isaac Lilienfeld, membre de la communauté israélite de cette ville, a demandé par testament que son corps fût soumis à la crémation. Ses dernières volontés ont été scrupuleusement exécutées et l'incinération a eu lieu le 14 juillet à Gotha, dans le four qui avait déjà été employé dans quelques circonstances précédentes. Un grand nombre de personnes assistaient à la cérémonie, parmi lesquelles on a remarqué plusieurs savants et des membres de différentes confessions religieuses.

A. L.

Légion d'honneur. — Ont été nommés *au grade d'officier* : MM. les docteurs Broca, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Horteloup (Paul), chirurgien des hôpitaux de Paris; Dumesnil, inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur; Lallour (Jacques-Joseph-Marie-Valery), médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Claisse (Henri), médecin en chef de l'institution nationale des Jeunes Aveugles; Passant, médecin du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement de Paris; Escoffier (Sylvère-Alphonse-Napoléon), médecin du bureau de bienfaisance du 3e arrondissement de Paris; Masson (Elie-Narcisse), médecin à Paris; Regnier, médecin en chef de l'hôpital civil de Blaye (Gironde); Cipières (Jean-Joachim); Duhamel (François-Honoré), chirurgien à l'hôpital de Boulogne (Pas-de-Calais); Dunoyer (Jean-François-Alexandre); Chauvin (Marcelin-Prosper), médecin de 1re classe de la marine; Granger (Auguste), médecin de 1re classe de la marine; Marnata (Jacques-Marius-Philomen), médecin de 1re classe de la marine; Maurel (Edouard-César-Emile), médecin de 1re classe de la marine; Boudet (Jean-Antoine), médecin de 1re classe de la marine.

On nous permettra de saluer plus particulièrement, dans cette liste, les noms de ceux que la *Gazette hebdomadaire* s'honore d'avoir comptés parmi ses collaborateurs, MM. Broca et Horteloup.

Asile Sainte-Anne. — Au *conseil général* de la Seine (séance du 29 juillet), M. *Manier* rappelle qu'il a signalé à l'administration des faits relatifs à la comptabilité et à l'organisation de l'asile : « Les livres y sont mal tenus; la nourriture des pensionnaires laisse à désirer; les sœurs commettent de nombreux abus. » Il demande la nomination d'une commission.

M. *le Secrétaire général* a répondu : L'enquête administrative qui a eu lieu sur les faits signalés par M. Manier a démontré en l'état la parfaite régularité des comptes de l'économe; les médecins interrogés ont été unanimes à reconnaître que la nourriture était excellente : de très-légers abus constatés dans le service confié aux sœurs ont été redressés. Une commission d'enquête dans le sein du conseil serait une superfétation. La loi du 30 juin 1838 a placé à côté du préfet une commission de surveillance; cette commission se réunit fréquemment, et son contrôle, pour ainsi dire permanent, est une garantie de la bonne gestion des asiles d'aliénés. Au moment du vote du budget du prochain exercice, le conseil général pourra d'ailleurs porter avec plus d'efficacité ses investigations sur le mode d'administration de ces établissements.

Association générale. — Le docteur Campbell a légué aux deux Associations médicales la somme de 20 000 francs, soit 10 000 francs à l'Association générale des médecins de France, et 10 000 francs à l'Association des médecins du département de la Seine.

Nomination. — M. Dumont (Albert), correspondant de l'Institut, recteur de l'Académie de Montpellier, est nommé directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts, en remplacement de M. Dumesnil, nommé conseiller d'Etat et directeur honoraire.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences, dans sa séance du lundi 28 juillet, a désigné comme candidats à la chaire d'anatomie comparée, laissée vacante au Muséum d'histoire naturelle par le décès de M. Gervais. *En première ligne* : M. Georges Pouchet; *en seconde ligne* : M. Sylvain Jourdain.

Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques. — Le conseil d'administration de l'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques, sous la présidence de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, met au concours les questions suivantes :

1° Montrer les conséquences de l'abus du tabac et des boissons alcooliques au point de vue économique et au point de vue moral. Apprécier l'influence de ces consommations et des habitudes qu'elles entraînent sur le travail, sur l'épargne, sur l'esprit d'ordre, de famille et de société. Dire ce qu'elles coûtent, tant en dépenses directes qu'en dépenses indirectes, et indiquer ce qu'elles engendrent fatalement de crimes, de suicides, d'aliénations mentales, et, par suite, de pertes et de charges privées et publiques.

2° Déterminer, à l'aide de faits bien constatés, d'observations pathologiques et d'expériences, quels sont les lésions organiques et les troubles fonctionnels qui peuvent résulter de l'abus du tabac.

3° Déterminer, à l'aide de faits bien constatés, d'observations pathologiques et d'expériences, quels sont les lésions organiques et les troubles fonctionnels que peut produire l'abus des boissons alcooliques.

Un prix de 200 francs et une médaille de vermeil seront décernés au meilleur travail sur chacune de ces questions. Le prix serait réservé pour l'année suivante si les mémoires présentés n'étaient pas jugés répondre suffisamment à la question proposée.

Les mémoires devront être adressés, avant le 28 février 1880, au siége de l'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques, rue de Rennes, 44, hôtel de la Société d'encouragement. Ils devront être écrits en français, non signés, et porter une devise qui sera reproduite, pour chacun, dans un pli cacheté portant les noms et adresse de l'auteur. Les prix seront décernés dans la séance générale annuelle de l'Association, qui aura lieu dans le courant du mois de mars suivant.

Le fanatisme et l'insensibilité physique. — Il ne sera peut-être pas sans intérêt, au point de vue de la résistance à la douleur dans certains états psychologiques, de faire connaître l'exemple suivant :

Une « danse du Soleil » a été exécutée, il y a peu de temps, près de Poplar-River (Montana) par des guerriers Sioux, en présence du docteur Woobridge, médecin de l'agence de Fort-Peck, qui vient d'en envoyer à Washington une intéressante description. On sait que ce cérémonial sauvage est célébré afin d'obtenir du Grand-Esprit une chasse fructueuse. De grands préparatifs avaient été faits par les Sioux en vue de la danse du Soleil. Au milieu d'une plaine assez vaste pour les manœuvres de milliers de cavaliers s'élevait le Pavillon ou *Loge de médecine*, formé de pieux de peuplier et entouré de peaux de buffalo. Les hommes étaient admis dans l'espace central, entièrement exposé au soleil...

Le mépris des souffrances déployé pendant la première après-midi de la danse peut être taxé de merveilleux. Plusieurs Sioux se sont coupé de cinquante à deux cents morceaux de chair vive des bras et du dos. La danse a continué toute la nuit avec la même ardeur. Le matin, la torture régnait en souveraine. Des Sioux dansaient avec deux, trois et quatre têtes de bison pendues à des trous qu'ils s'étaient faits dans la chair. Un Indien traînait après lui huit têtes de bison attachées aux chairs de son dos. D'autres dansaient attachés à des pieux par quatre cordes dont deux leur passaient dans la poitrine et deux dans le dos. Quelques-uns, attachés comme il vient d'être dit, avaient en outre des têtes de bison suspendues au dos, et dont les cornes les transperçaient jusqu'à mettre leur vie en danger. On en voyait tomber évanouis ou épuisés; mais la danse, la musique et les cris n'en continuaient pas moins.

Danses, prières et invocations étaient marquées par une ferveur extraordinaire. Les Sioux posaient le visage sur les têtes de bison en priant pour le succès de la chasse, pendant que le prêtre demandait à haute voix au Grand-Esprit de leur accorder un gibier abondant, afin qu'ils pussent nourrir leurs femmes et leurs enfants; enfin, une marque blanche ayant été faite en un endroit de 4 pieds carrés dont l'herbe et le gazon ont été enlevés, la distribution des offrandes, consistant principalement en armes et en chevaux, a terminé « la danse du Soleil ».

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur A. Poncet, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, vient, à la suite de brillantes épreuves, d'être nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Imprimerie. — Il est question en Russie d'opérer une révolution dans l'art de l'imprimerie. A l'une des dernières séances de la Société russe d'hygiène, M. Malarevsky, traitant des progrès de la myopie chez les hommes d'étude, a proposé d'imprimer dorénavant en lettres blanches sur fond noir. Le système a été essayé; des expériences ont été poursuivies simultanément sur cinquante personnes, et les résultats obtenus ont été assez concluants pour que la médecine doive pousser à la réforme proposée.

Fièvre jaune. — La fièvre jaune continue à sévir aux États-Unis. Un télégramme de New-York, en date du 25 juillet, annonce que l'épidémie, qui était jusqu'alors localisée à Memphis, s'est déclarée sur d'autres points. On a constaté deux cas à Louisville et un à Hoboken, parmi les réfugiés de Memphis. Un homme venant de la Havane a été atteint à Broocklyn. On a aussi constaté plusieurs cas à bord des vaisseaux venant des Antilles; ces vaisseaux sont en quarantaine à New-York.

Nécrologie. — M. le docteur de Hübsch, de nationalité danoise, représentant, croyons-nous, le Danemark à Constantinople, et médecin de l'hôpital de Gulhané, vient de mourir. Il s'était fait connaître par des travaux d'ophthalmologie, dont quelques-uns ont paru dans la *Gazette hebdomadaire*. C'était un esprit actif, intelligent et tout dévoué à la science, et d'une affabilité qu'ont pu apprécier la plupart des Français qui se rendaient à Constantinople.

École du Val-de-Grace. — Un concours aura lieu, le 15 décembre prochain, à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, pour l'admission à dix emplois de médecin stagiaire et à deux emplois de pharmacien stagiaire. Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de vingt-huit ans.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 17 au 24 juillet 1879, on a constaté 866 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 20. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 3. Variole, 9. — Croup, 13. — Angine couenneuse, 19. — Bronchite, 30. — Pneumonie, 57. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 20. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 5. — Erysipèle, 8. — Autres affections aiguës, 225. — Affections chroniques, 373 (dont 149 dues à la phthisie pulmonaire.) — Affections chirurgicales, 36. — Causes accidentelles, 20.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène, pour 1879. Contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1878, et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur les vignes phylloxérées, par A. Bouchardat. 39e année. 1 vol. grand in-32. Paris, Germer Baillière et Cie. 1 fr. 50

Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation, avec un appendice sur l'inspection, la palpation et la mensuration de la poitrine, par E.-J. Woillez. 1 vol. in-18, avec 101 figures intercalées dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 10 fr. Cartonné. 11 fr.

Éloge de Bouvier, par le docteur de Saint-Germain. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr

La comédie et la musique dans leurs rapports avec la santé, par le docteur E. Verrier. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : **A. DECHAMBRE**, *président;* **BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND**

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

HISTOIRE ET CRITIQUE

VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE LA FUCHSINE DANS LA MALADIE DE BRIGHT.

Dans un précédent article (*Gaz. hebd.*, n° 30), j'ai analysé et discuté les observations dans lesquelles la fuchsine a été employée, seule ou associée à un autre traitement. Je vais donner actuellement le résultat de mes observations personnelles, prises dans mon service de l'hôpital Ménilmontant.

OBS. I. — Zélie Dargent, entre à l'hôpital Ménilmontant (salle Laennec, n° 14), le 2 avril 1879. Il y a trois ans, cette malade fut prise de douleurs lombaires, de toux, et d'accès d'oppression qui apparaissaient surtout dans la première partie de la nuit. Vers la même époque, fréquentes envies d'uriner (1); bourdonnements dans les deux oreilles, demi-surdité dans l'oreille gauche (*Des troubles auditifs dans le mal de Bright;* Dieulafoy, in *Gaz. hebd.*, 1878, n° 4).

Un an plus tard, il y a deux ans par conséquent, crampes très-douloureuses dans les membres inférieurs, fourmillements et engourdissement dans les doigts des mains, refroidissement passager et sensation du *doigt mort* (2).

Depuis cette époque, quelques épistaxis peu abondantes; la malade a souvent mouché du sang.

Il y a trois semaines, l'œdème s'est montré pour la première fois aux malléoles, puis aux jambes et aux cuisses.

(1) Les troubles urinaires sont variés chez les brightiques; certains ont envie d'uriner, 5, 6, 8, 10 fois par nuit, sans que pour cela il y ait polyurie. D'autres ont de la polyurie sans être sollicités à chaque instant par le besoin d'uriner. La quantité des urines rendues et le nombre des mictions sont deux phénomènes distincts et souvent indépendants.

(2) Chez un grand nombre de brightiques j'ai trouvé ce phénomène. Le malade éprouve des fourmillements dans un ou dans plusieurs doigts de la main. Ces fourmillements sont souvent accompagnés de refroidissement, de décoloration de l'extrémité des doigts, de la sensation vulgairement nommée le *doigt mort*. C'est un symptôme sur lequel je reviendrai plus longuement dans une autre circonstance.

Actuellement, à l'œdème des extrémités s'est joint un œdème des paupières. La dyspnée est très-accusée (35 inspirations par minute); crampes dans les jambes, bourdonnements d'oreille. Râles sibilants et sous-crépitants des deux côtés de la poitrine; rien au cœur.

La malade répond mal et lentement aux questions qu'on lui adresse, son regard est fixe, son air hébété ; je redoute une complication cérébrale (œdème ou hydrocéphalie).

État de l'urine. — En vingt-quatre heures, une seule miction, 125 grammes d'urine ; la quantité d'albumine équivaut à 26 grammes par litre.

Devant un état aussi grave je n'ose pas expérimenter la fuchsine seule, et je joins le régime lacté à 15 centigrammes de fuchsine par jour. Je ferai la part des deux agents à la fin de cette observation.

En dix jours de traitement, la malade rend 1800 grammes d'urine en vingt-quatre heures, il y a cinq mictions, et l'urine ne contient plus que 9 grammes d'albumine par litre. L'état comateux a disparu, la dyspnée est beaucoup moindre, les râles sont moins nombreux.

Le 24 avril, même régime lacté, on *supprime la fuchsine.* La malade urine plus souvent (6 à 7 fois en vingt-quatre heures) et la quantité d'urine, d'abord stationnaire, augmente ensuite d'un demi-litre. L'œdème a disparu.

Le 5 mai, même régime lacté, on *reprend la fuchsine* à la même dose. Le nombre des mictions et la quantité des urines, en tenant compte de quelques oscillations, persistent dans les mêmes proportions. Il y a 3 grammes d'albumine par litre.

Le 21, *suppression de la fuchsine:* état sensiblement stationnaire dans le nombre des émissions et dans la quantité d'urine ; $2^{gr},40$ d'albumine par litre. L'état général de la malade est fort amélioré.

Le 5 juin, *reprise de la fuchsine :* aucune modification sensible ne survient dans la quantité d'urine et dans le nombre des mictions ; $2^{gr},40$ d'albumine par litre. Alternatives de dyspnée et de calme.

Le 15, *suppression de la fuchsine :* aucune modification à signaler.

FEUILLETON

L'antiquité de la syphilis.

Ceci n'est pas, à coup sûr, une question urgente et ce n'est pas d'aujourd'hui que les pièces du procès, pour ou contre, ont été présentées au public. Nous ne l'eussions probablement jamais reprise par pur amour de l'archéologie; mais elle se rattache à une question plus générale, à savoir si, dans les temps modernes, des maladies positivement *nouvelles* ont surgi et s'il y a des chances d'en voir quelque jour encore éclater de pareilles. Avouons tout de suite que nous répugnons instinctivement à la solution dans le sens de l'affirmative.

Nous devons rendre cette justice à l'école dualiste qu'elle a reculé devant l'hypothèse d'une maladie absolument nouvelle, tombée du ciel un jour, ou sortie de terre, en l'an 1494 ; elle a préféré se rattacher à l'importation d'une maladie toute faite, laquelle, venant de loin et d'un pays jusque-là inexploré, dispensait de recherches étiologiques. Cette solution, au contraire, entraînait une grave lacune à la doctrine des « maladies nouvelles » de M. Ch. Anglada (*Etudes sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles*, Paris, 1869); simple fleur exotique, acclimatée en Europe à la faveur d'une aptitude merveilleuse, la syphilis perdait pour lui le plus positif de son intérêt : il mentionne à peine cette origine et ne daigne pas la discuter. Toutes réserves faites vis-à-vis de ce qu'il met à la place, M. Anglada a foncièrement raison, car l'importation américaine, si chère à Astruc, a tout l'air d'une fable. On sait qu'elle a pour bases les remarques d'Oviédo, quarante ans après la découverte du Nouveau-Monde, lesquelles ont eu le but capital de chanter les louanges du gaïac. Renseignements pris depuis, il y a lieu de croire que les Espagnols trouvèrent la vérole chez les Indiens, mais qu'au besoin ils l'y eussent débarquée. On pourrait, avec autant de raison, la faire venir d'Afrique, avec Sydenham et Sprengel; comme

Résumé de l'observation. — Une malade atteinte de néphrite, probablement mixte, avec symptômes thoraciques et cérébraux graves, est mise au régime du lait et de la fuchsine. L'amélioration a été rapide dès les premiers jours, mais, malgré deux mois et demi de traitement, la malade a conservé plus de 2 grammes d'albumine par litre, les symptômes thoraciques ont reparu plusieurs fois, l'amélioration n'a pas été complète; à plus forte raison la guérison n'a-t-elle pas eu lieu. Donc ce que le régime lacté n'a pas pu faire, la fuchsine ne l'a pas fait davantage.

La fuchsine a-t-elle du moins agi sur quelques-uns des symptômes? Pas davantage. Trois fois j'ai donné la fuchsine, trois fois je l'ai supprimée, les symptômes thoraciques n'en ont pas été modifiés, le nombre des mictions et la quantité d'urine sont restés sensiblement *stationnaires.* Il est facile d'embrasser ces détails, en jetant les yeux sur la *courbe* de l'observation, qui tient une place beaucoup trop étendue pour être placée ici.

Obs. II. — Marie Laroze, âgée de cinquante-deux ans, entre à l'hôpital Ménilmontant (salle Magendie, n° 9), le 16 mai 1879. Il y a déjà six ans que cette malade s'est aperçue qu'elle urinait plus souvent que d'habitude et en grande abondance. Elle se levait deux ou trois fois par nuit, et remplissait presque son vase. Vers la même époque ont apparu des maux de tête.

Il y a deux ans, œdème des paupières suivi de l'œdème des pieds; crampes dans les mollets; épistaxis fréquentes par l'une et l'autre narine, indifféremment. A la même époque, douleurs lombaires, affaiblissement de la vue, bourdonnements d'oreille.

Il y a dix-huit mois, hémiplégie gauche (1) ayant laissé la force musculaire moins développée que dans le côté droit.

Actuellement, œdème de la face et des membres inférieurs. Dyspnée avec râles nombreux. Rien au cœur. Vomissements alimentaires assez fréquents.

État des urines. La malade a 7 à 8 mictions par vingt-quatre heures, elle urine 1 litre par jour, et l'urine contient 6gr,30 d'albumine par litre.

Le 20 mai, on donne le régime alimentaire habituel, on prescrit 15 centigrammes de fuchsine par jour. Pendant les neuf jours qu'a duré le traitement, l'état général ne s'est pas amélioré : la quantité des urines, d'abord stationnaire, a diminué plus tard d'un tiers de litre, le nombre de mictions est resté sensiblement le même, l'albumine n'a diminué que de 50 centigrammes. La malade se plaint d'avoir la tête lourde, des nausées fréquentes et des vomissements. Elle a mouché du sang. En somme, son état a empiré.

Le 30 mai, *suppression de la fuchsine :* je prescris le régime lacté. La quantité des urines augmente en six jours de 1 litre environ et les mictions d'abord montées à seize retombent à huit par jour. Les vomissements cessent, mais la malade a des coliques suivies de diarrhée. Les jours suivants l'amélioration s'établit.

Le 11 juin, il y a 7 grammes d'albumine par litre. Nouvelle *prescription de la fuchsine* associée au régime lacté. Les nausées et les vomissements reparaissent et persistent; la quantité des urines diminue de 1 litre par jour.

Le 16, *suppression de la fuchsine:* les vomissements s'arrêtent. Le régime lacté est bien supporté; l'œdème a disparu, les troubles visuels sont peu accusés Rien d'appréciable à l'ophthalmoscope.

Le 10 juillet, l'état général est assez satisfaisant, la quantité des urines oscille aux environs de 2 litres par jour. 2 grammes d'albumine par jour.

Résumé de cette observation. — Chez cette malade atteinte de néphrite, probablement interstitielle, la fuchsine administrée seule pendant neuf jours n'a donné que de mauvais résultats. Elle n'a pas amélioré l'état général, elle n'a pas agi comme diurétique et à deux reprises elle paraît n'avoir pas été indifférente à l'apparition des nausées et des vomissements.

Obs. III. — Berthe Malter, âgée de trente ans, entre à l'hôpital Ménilmontant (salle Magendie, n° 16), le 15 avril 1879.

Il y a un an, douleurs lombaires, crampes d'estomac, affaiblissement progressif. Il y a un mois, nouvelles douleurs lombaires, œdème des jambes et des cuisses ; quelques jours plus tard œdème de la face. Sensation d'oppression plus forte le soir que le matin. Céphalalgie violente. Toux fréquente. Aucun autre symptôme.

État des urines. — Quatre mictions par jour; un litre et demi d'urine, 9 grammes d'albumine par litre.

Je prescris un régime alimentaire mixte, c'est-à-dire deux portions d'aliments et 1 litre de lait.

Le 22 avril. J'y joins 15 centigrammes de fuchsine. A part quelques oscillations en plus ou en moins, la quantité d'urine reste la même, et le nombre des mictions ne varie pas. Dès les premiers jours, et avant l'administration de la fuchsine, l'œdème avait presque disparu. L'état général est satisfaisant.

Le 5 mai. *On supprime la fuchsine.* L'amélioration continue; le nombre des mictions reste le même, la quantité des urines augmente d'un litre par vingt-quatre heures.

Le 5 juin. *Reprise de la fuchsine.* La quantité des urines diminue d'un litre par vingt-quatre heures. On trouve 2 grammes d'albumine par litre.

Le 30. La malade quitte l'hôpital très améliorée, mais non guérie.

Résumé de l'observation. — Chez cette jeune femme, atteinte de néphrite, probablement parenchymateuse, la

(1) Les hémorrhagies cérébrales sont très-fréquentes dans la néphrite interstitielle.

dérivé plus ou moins intime des Yaws; des Juifs Marranos d'Espagne, avec Gruner; de l'Inde par les Bohémiens (Zigeuner), comme l'a essayé Schaufuss (*Neueste Entdeckungen über das Vaterland der Pocken und der Lustseuche.* Leipzig, 1805). Cette multiplicité des sources n'est pas la moindre preuve de l'impossibilité de préciser la source unique et réelle, ou plutôt elle est l'indice que l'ancien continent, sur bien des points très-divers, était en possession de cette plaie avant le moment des bruyantes manifestations de la fin du quinzième siècle en Europe.

Des médecins de la plus grande valeur et répugnant aussi, sans doute, à l'idée d'une maladie nouvelle, ont voulu voir dans la syphilis la transformation d'une maladie antérieurement connue. La plupart ont eu en vue la lèpre. Maynard (*in* Luisinus : *Aphrodisiacus, sive de lue venerea;* Lugduni Batav., 1728) formula ainsi cette théorie : « Et se habet hic » morbus gallicus ad lepram, sicut posterius ad prius et ut » homo vel asinus ad animal. » Manardi, Sébastien dell' Aquila (Aquilanus), Paracelse (*Grosse Wundarzney*, Basel, 1581); plus tard, Vogel, Mansa, Chevalier, Lagneau, Autenrieth, Choulant, Neumann, Weatherhead, Dieterich, Simon (cités par A. Hirsch), Ch. Bœrsch (cité par Anglada), se sont ralliés plus ou moins à cette doctrine. Or, elle repose simplement sur une erreur de diagnostic et sur la confusion qui était faite, depuis les temps les plus reculés, entre la lèpre et les accidents secondaires ou tertiaires de la syphilis. On ne s'expliquerait pas que l'antiquité et le moyen âge aient cru à la contagion de la lèpre, si les traditions de ces époques n'avaient englobé dans la lèpre des accidents syphilitiques; on ne comprendrait pas, sans la connaissance de cette confusion, que des observateurs éclairés aient raconté sérieusement la genèse de la lèpre par le coït, ou la filiation de la syphilis par la lèpre, à la faveur du même acte. « Et provenit etiam », dit Gordon de la lèpre, « ex nimia confibulatione cum leprosis, et ex coitu » cum leprosâ, et qui jacet cum muliere cumquâ jacuit lepro- » sus. » Et Gaddesden : « Ille qui concubuit cum muliere

fuchsine ne paraît avoir eu aucune efficacité. Il est même remarquable que, loin d'avoir une action diurétique, la quantité des urines a diminué avec l'administration de la fuchsine et a augmenté après la suppression du médicament.

Obs. IV. — Anne Cotecelle, âgée de vingt-sept ans, entre à l'hôpital Ménilmontant, salle Laennec, n° 6, le 2 mai 1879.

La malade a eu, il y a sept ans, une bronchite avec pleurésie. La guérison n'a jamais été complète, et l'oppression reparaissait par intervalles.

Il y a deux ans, nouvelle pleurésie. Depuis sa première maladie (qui n'était probablement qu'une atteinte thoracique du mal de Bright), la malade a remarqué qu'elle urinait beaucoup et souvent. Elle se levait plusieurs fois par nuit, sollicitée par le besoin d'uriner.

Il y a deux ans, troubles passagers de la vue. Il y a un an, épistaxis assez fréquentes.

Depuis deux mois, bourdonnements dans les deux oreilles et palpitations de cœur. Rien de particulier à l'auscultation du cœur.

Depuis plusieurs mois fourmillements dans les doigts des mains, refroidissement et sensation du *doigt mort*.

Les douleurs lombaires, l'œdème des extrémités, la bouffissure de la face, que nous constatons à l'arrivée de la malade, ont existé déjà il y a sept ans au début de la maladie. Depuis quelques jours, nausées, vomissements, céphalalgie. Toux fréquente et violents *accès d'oppression*, surtout la nuit. On trouve à l'auscultation de nombreux râles sibilants et sous-crépitants disséminés dans les deux côtés de la poitrine. Les fourmillements et l'insensibilité du bout des doigts (le *doigt mort*) se répètent souvent.

État des urines. — Huit mictions par jour; 1800 grammes d'urine. 12 grammes d'albumine par litre.

Je prescris le régime alimentaire ordinaire et 15 centigrammes de *fuchsine* par jour. La quantité des urines diminue et oscille entre 1 et 2 litres par vingt-quatre heures; le nombre des mictions tombe de huit à cinq; l'état général ne s'améliore pas. Les vomissements et l'oppression continuent. La somnolence et les vertiges apparaissent.

Le 10 mai. *Suppression de la fuchsine*, que je remplace par le régime lacté. La quantité des urines augmente progressivement jusqu'à 2 litres 200 grammes, et les mictions atteignent de nouveau le nombre huit en vingt-quatre heures. En quelques jours, les vomissements disparaissent, la céphalalgie et les vertiges s'amendent, la bronchite diminue, l'état général s'améliore.

Résumé. — J'arrête ici cette observation, car la première tentative de fuchsine faite chez cette malade m'a si mal réussi que je n'en ai pas tenté une seconde. On a vu, en effet, que la fuchsine n'a amélioré ni la bronchite, ni l'oppression, ni la céphalalgie; les symptômes ont persisté et ont empiré. Elle n'a pas agi comme diurétique : au contraire, les urines ont diminué de quantité. L'amélioration n'a commencé qu'avec le régime lacté.

Aux observations que je viens de citer, j'en pourrais joindre d'autres. Je ne le crois pas utile, les résultats obtenus ayant été invariables. Mais à ces observations personnelles, je joins bien volontiers les observations de M. le docteur Marguerite (du Havre), qui vient de me les envoyer sommairement dans la lettre suivante :

Très-honoré confrère,

Je viens de lire, dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, la première partie d'un travail que vous publiez sur la valeur thérapeutique de la fuchsine dans la maladie de Bright. Permettez-moi de vous communiquer deux cas d'insuccès que j'ai observés dans ma clientèle, notamment chez un brightique qui a été vu par M. Gueneau de Mussy.

Au commencement d'avril 1879, j'envoyai à M. Gueneau de Mussy un de mes malades atteint de maladie de Bright, qui présentait certains accidents à propos desquels nous désirions avoir l'avis de ce savant maître. Le résultat de la consultation fut qu'il s'agissait plutôt d'une néphrite interstitielle que d'une néphrite épithéliale; et M. Gueneau de Mussy nous traça tout un plan thérapeutique, en tête duquel figurait le retour au régime lacté qui, déjà employé, nous avait donné de l'amélioration. Cette fois encore, nous vîmes les symptômes s'amender par l'emploi du lait; puis le malade fut soumis à l'iodure de potassium dont l'usage le maintint dans des conditions relativement bonnes.

Sur ces entrefaites, je lus dans la *France médicale* une note du docteur Feltz sur l'emploi de la fuchsine, et les résultats m'en parurent si merveilleusement rapides que, dès le lendemain, j'en parlai au malade qui voulut bien se soumettre à ce nouvel agent, et, en même temps, faire examiner, chaque jour, ses urines, pour en doser l'albumine. Eh bien! nous eûmes la déconvenue la plus complète qui se puisse imaginer. La quantité d'albumine ne diminua nullement; — les urines qui étaient jusque-là assez abondantes (trois quarts de vase par nuit) diminuèrent de quantité; l'œdème des jambes reparut, ainsi que des accidents de bronchite et d'asthme dont nous étions débarrassés. Bref, nous avions fait un très-grand pas en arrière, et n'avions gagné rien autre chose que la coloration rose des urines, ce qui était manifestement insuffisant. Aussi n'hésitâmes-nous pas à abandonner la fuchsine aux teinturiers, et à recourir de nouveau au régime lacté sévèrement appliqué, pour regagner le temps perdu, ce qui heureusement ne se fit pas attendre. Ayant eu depuis l'occasion de voir M. Gueneau de Mussy, je lui parlai de ce fait, et il me répondit qu'il n'avait pas lui-même expérimenté la fuchsine, mais que le professeur Potain lui avait déclaré n'avoir jamais obtenu de cet agent aucun autre résultat que la coloration rose des urines.

» cum quâ coivit leprosus, puncturas inter carnem et corium » (virgæ) sentit, et aliquando calefactiones in toto corpore, et » postea frigus et insomnitates et circâ faciem quasi formicas » currentes. » Citons encore Manardi, dans ce passage où il montre justement la vérole naissant de la lèpre : « Cœpisse » in Valentiâ Hispaniæ Taraconensis à nobili quodam scorto, » cujus noctem Elephantiasus quidam ex equestri ordine » miles quinquagenta aureis emit, cum ad mulieris concubi- » tum frequens juventus accureret, intra paucas dies supra » quadringentos infectos, è quorum numero nonnulli Carolum Italiam petentem secuti, præter alia, quæ adhùc vigent, » importata mala, et hoc addiderunt. »

Ce que l'on sait aujourd'hui de la non-contagion de la lèpre et de l'absolue distinction de cette maladie d'avec la syphilis, possible et parfaitement établie dans divers pays où les deux fleurissent à côté l'une de l'autre, ne permet pas de laisser place à la théorie pathogénique dont nous parlons ici et sur laquelle nous nous sommes déjà trop étendu. Il est sans doute inutile aussi de reprendre les hypothèses analogues, relatives à la parenté de la syphilis avec diverses maladies chevalines, la morve en particulier, selon la visée (ou mieux la vision) de Van Helmont, sur laquelle M. Ricord et Beau n'ont pas cependant dédaigné de s'arrêter; superflu encore de discuter l'opinion de Heine (*Beiträge zur Lehre von der Syphilis*. Wurzbourg, 1874), pour qui la syphilis serait issue de la pourriture d'hôpital.

Nous n'avons donc plus en présence que deux doctrines : la syphilis, maladie nouvelle et née spontanément à la fin du quinzième siècle, ou la syphilis, maladie existant en Europe depuis les temps les plus reculés, mais s'étant révélée plus fréquente et plus grave aux approches de l'an 1500, en même temps qu'elle était plus étudiée et mieux connue des médecins de l'époque. Comme on l'a pu pressentir, nous nous rangeons formellement à ce dernier avis, avouant qu'il nous attire tout d'abord, par sa conformité avec nos principes généraux. Nous l'eussions cependant abandonné, si des déroga-

Même insuccès m'attendait à propos d'un vieillard de quatre-vingt-un ans, atteint d'un rétrécissement aortique et, par suite, d'œdème des membres inférieurs et d'un léger anasarque des parois abdominales, mais sans albumine dans les urines. Déjà, deux ou trois fois, j'avais diminué ces infiltrations à l'aide de la macération de digitale, mais je ne pouvais continuer l'usage de ce médicament pendant plus de quatre ou cinq jours, à cause de son action sur l'estomac. Je fis alors prendre, chaque jour, 15 centigrammes de fuchsine, afin de continuer l'action diurétique de la digitale; mais, loin d'obtenir ce résultat, je vis la proportion des urines diminuer de jour en jour, et au bout d'une semaine j'abandonnai la fuchsine, et, depuis, je ne l'ai pas voulu employer, bien que j'eusse pu en trouver plusieurs fois l'occasion.

Veuillez agréer, etc.

Dans les quatre premières observations dont j'ai donné le résumé, on a vu que la fuchsine a été administrée à la dose de 15 centigrammes par jour et d'une façon intermittente. Je la donnais et je la supprimais alternativement par périodes de dix à douze jours. Je l'ai administrée tantôt seule, et sans autre médication, tantôt associée au régime lacté, avec ou sans aliments. Les malades chez lesquels la fuchsine a été expérimentée étaient atteints du mal de Bright, néphrites interstitielle, parenchymateuse ou néphrite mixte.

Dans chacune des observations, j'ai observé et consigné deux choses : 1° l'action de la fuchsine sur les symptômes multiples et divers qui constituent la maladie de Bright; 2° l'action locale de la fuchsine sur le rein.

1° L'action *générale* de la fuchsine me paraît nulle. Dans aucun cas je n'ai constaté une amélioration réelle des symptômes thoraciques (dyspnée, accès d'oppression, associés à la bronchite ou à l'œdème), aucune amélioration des symptômes céphaliques (céphalalgie, vertige, torpeur), ni des symptômes cardiaques (palpitations, angoisse), et je ne suis même pas certain que, dans deux circonstances, administrée à la dose de 15 centigrammes par jour, la fuchsine n'ait pas entretenu les nausées et les vomissements.

2° L'action *locale* de la fuchsine est incertaine et irrégulière. Elle n'est pas diurétique. Dans deux cas elle a modéré les envies fréquentes d'uriner.

Dieulafoy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

Recherches expérimentales sur l'infection et l'immunité vaccinales, par le docteur Maurice Raynaud, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière. — Mémoire lu à l'Académie de médecine dans les séances des 13 et 20 août 1878.

(Fin. — Voyez les numéros 29 et 31.)

Il semble, au total, que dans les conditions normales les choses se passent de la façon suivante. Le virus, une fois déposé sous le peau, y subirait une première élaboration, une sorte de germination s'exprimant par le bouton vaccinal. Là, il serait repris par la lymphe et transporté dans le ganglion le plus proche, au fur et à mesure de sa production. Une fois arrivé dans le ganglion, il s'y accumulerait, y provoquerait un travail réactionnel, et déterminerait le gonflement du ganglion; mais en même temps il subirait une seconde élaboration, en vertu de laquelle il perdrait la propriété de pouvoir se transmettre par inoculation, pour acquérir la propriété immunifère ou préservatrice; de telle sorte que le ganglion, ayant reçu par ses vaisseaux afférents une lymphe virulente et inoculable, rendrait par ses vaisseaux efférents un lymphe élaborée, ayant subi une sorte de maturation, et capable de transmettre à la masse sanguine, et par elle à tout l'organisme, l'inaptitude à une nouvelle infection.

Plusieurs considérations, qui ne sont pas sans importance, viennent à l'appui de cette manière de voir. Elle expliquerait assez bien l'apparente contradiction qui existe, dans mes expériences, entre la non-inoculabilité, à très-petites doses, de la lymphe provenant d'une région vaccinée, et la possibilité, avec quelques grammes de cette même lymphe injectés dans le sang d'un cheval, de faire éclore le *horse-pox*. Le virus peut fort bien, en effet, ne se trouver dans cette lymphe qu'à l'état de dilution extrême, de sorte qu'il faille des quantités relativement considérables de ce liquide pour obtenir un effet appréciable.

On s'expliquerait de même que, dans les cas de virulence exubérante, le ganglion ne suffit pas à faire subir à la totalité du virus l'élaboration et la transformation dont j'ai parlé. Le virus franchirait alors la barrière ganglionnaire et pourrait se retrouver dans le sang, mais seulement d'une manière accidentelle, contingente et dans tous les cas incomplète, puisque, en somme, jamais l'inoculation du sang ne peut produire un bouton de vaccin.

Une circonstance qui plaide encore en faveur de l'élaboration du virus par le ganglion, c'est précisément la lenteur

---

tions à ces principes étaient suffisamment établies pour le cas particulier; mais on a vu combien sont faibles les arguments de l'importation américaine et ceux de la théorie de la transformation morbide. L'origine spontanée au quinzième siècle resterait à défaut d'autre; mais nous espérons pouvoir retrouver la syphilis avant cette date, aussi clairement que le comporte une recherche pratiquée sur des temps obscurs, à travers des erreurs de nosologie, des confusions décevantes, et une terminologie peu en correspondance avec les mots qui circulent aujourd'hui, aussi bien qu'avec les idées modernes.

Frappé, on peut le croire, de ce qu'aurait d'étrange l'éclosion spontanée, si largement et en des points si distants, avec une sorte de simultanéité des cas, d'une maladie spécifique à virus fixe, M. Anglada atténue lui-même la rigueur de sa doctrine. Ses paroles sont presque un aveu; nous les citons, parce qu'elles font faire un pas dans notre sens à la question: « Je pourrais tout au plus accorder qu'aux approches de son irruption historique la syphilis avait commencé à poindre, comme pour préluder par des essais sporadiques à sa prise de possession définitive. Je me rappellerais que l'origine des épidémies remonte souvent assez loin du moment où elles éclatent. Avant de s'implanter avec tous leurs caractères, elles s'annoncent par le cachet particulier qu'elles impriment aux états morbides de tous les ordres; et cette empreinte se dessine d'autant plus nettement que le génie épidémique prend plus d'énergie et d'indépendance. » Passons condamnation sur le « *génie* épidémique » à propos de syphilis et sur le « cachet particulier » que la vérole dans l'air peut bien imprimer aux états morbides chez les gens qui ne l'ont pas: la vérole existait en France avant 1493, c'est tout ce que nous voulons retenir de cette déclaration.

A. Hirsch se rattache expressément à l'opinion de l'ancienneté de la syphilis, avec Léonicène, Fracastor, et d'autres contemporains de la grande épidémie du quinzième siècle, et en s'éclairant des travaux de Rosenbaum, Littré, Hœser, après ceux de Gruner, Swediaur, Walch, etc. Nous le suivrons

relative de l'infection vaccinale. Si celle-ci n'était réglée que par les lois de l'absorption, il semblerait qu'elle dût être pour ainsi dire instantanée; quelques minutes au plus devraient suffire, et l'économie devrait se trouver à l'abri des effets d'une nouvelle inoculation. Or, chacun sait qu'il n'en est pas ainsi; pendant trois, quatre, cinq jours, et quelquefois un peu plus, comme on l'a vu plus haut, il est possible de faire des réinoculations successives qui réussissent, mais qui réussissent de moins en moins bien, puis vient un moment où, l'une de ces inoculations, et très-probablement la première de toutes, ayant produit tout son effet, l'immunité est dûment acquise et toute tentative ultérieure reste stérile. N'est-il pas naturel de chercher à établir un parallèle et peut-être une relation causale entre cette lenteur des phénomèmes vaccinaux et la lenteur même de la progression de la lymphe dans des canaux interrompus sur leur trajet par des amas ganglionnaires? Cela est d'autant plus naturel que l'intervalle pendant lequel les réinoculations sont possibles correspond exactement, comme durée, au temps que les ganglions mettent à se développer.

Mais, pour que ce rôle des ganglions dans l'évolution de la vaccine ne restât pas une vue de l'esprit, pour qu'il pût être scientifiquement admis, il faudrait qu'il fût, de par l'expérimentation, démontré constant et indispensable. Or c'est cette preuve qu'il est infiniment difficile d'obtenir. Dans la première des expériences que j'ai rapportées, celle où l'enlèvement, après vingt-six heures, de la languette de peau qui avait reçu l'inoculation n'a pas empêché l'immunité de se produire, on peut *supposer* que déjà, après ce court intervalle, une minime quantité de virus avait pénétré jusqu'au ganglion le plus voisin et y avait subi l'élaboration préparatoire, productrice de l'immunité; en d'autres termes, qu'au moment où l'on croyait couper les communications, l'ennemi était déjà dans la place.

Afin d'obtenir une certitude à cet égard, il faudrait, par un artifice expérimental, supprimer l'action du ganglion et observer le résultat.

Je l'ai essayé. J'ai commencé, sur une génisse, par enlever le ganglion poplité. Cela fait, j'ai vacciné l'animal sur la face externe du canon, près du boulet, région dont les lymphatiques vont se jeter dans le ganglion poplité, en suivant le trajet de la veine saphène externe. Les pustules se sont développées et ont donné un liquide inoculable. Le neuvième jour, j'ai revacciné cette génisse au ventre; aucun bouton ne s'est montré, l'immunité était acquise, malgré l'enlèvement préalable du ganglion.

Mais il convient d'observer que cette expérience est nécessairement défectueuse. En effet, dans l'opération de l'enlèvement du ganglion, les vaisseaux lymphatiques afférents ont dû forcément être coupés. Ils ont charrié le virus, et l'ont déposé dans le tissu cellulaire de la plaie, où il a pu être réabsorbé, pour passer de là dans un autre ganglion. Je dois pourtant ajouter que les ganglions inguinaux, les seuls que j'aie pu observer, ne m'ont présenté, pendant les jours suivants, aucune tuméfaction. Il n'y en a pas moins là une cause d'erreur, propre à jeter un doute sur le résultat obtenu.

Après avoir beaucoup réfléchi sur les difficultés du problème dont je poursuivais la solution, il m'a semblé qu'il y avait peut-être un moyen de sortir d'embarras : c'était de combiner l'expérience de l'extirpation préalable du ganglion avec celle de l'enlèvement précoce de la rondelle d'inoculation. Il était, en tout cas, impossible que cette nouvelle combinaison expérimentale ne fournît pas des résultats instructifs. Voici donc comment je procède (1) :

Ayant commencé par enlever le ganglion poplité d'un veau, je fais, comme ci-dessus, trois points d'inoculation vaccinale sur la face externe du canon. Cela fait, j'attends dix-huit heures; je laisse ainsi un intervalle de temps assez long pour être certain que l'absorption a pu et dû se faire, assez court cependant pour qu'il n'y ait eu encore aucun travail de prolifération locale au point vacciné. Je reviens alors, et j'enlève la languette de peau inoculée; puis, au moyen de sutures métalliques, je réunis par première intention.

Naturellement il ne se produit aucune éruption locale, cela va de soi. Si les choses étaient dans les conditions normales, si aucun autre artifice expérimental n'était intervenu, d'après ce que nous avons vu plus haut, cette absence d'éruption locale ne devrait pas empêcher l'immunité d'être acquise. C'est ce qu'a parfaitement établi M. Chauveau, ce que j'ai confirmé moi même (voy. p. 454). Or, il n'en est rien; cette fois l'immunité fait défaut; car lorsque, après six jours écoulés, je fais une nouvelle inoculation sur le ventre de l'animal, celle-ci réussit et donne lieu à une belle éruption.

Une première conséquence s'impose. C'est qu'ici, lors de la vaccination faite la première fois au membre inférieur, l'absorption du virus a pu se faire librement sans que pour cela l'infection ait eu lieu. Que celle-ci ait fait défaut, c'est ce qui ne peut faire l'objet d'un doute; car c'est énoncer un axiome, que d'affirmer que le critérium infaillible de l'infection vaccinale, e'est précisément l'inaptitude à une réinoculation.

Si maintenant l'on veut bien réfléchir aux conditions nouvelles réalisées par l'expérience que je viens de rapporter, quelle différence trouve-t-on entre elle et l'enlèvement pur et simple de la languette d'inoculation, enlèvement qui, je le répète à dessein, n'empêche pas l'infection? Il n'y a qu'une différence, mais elle est capitale : c'est que le ganglion le plus

(1) Cette expérience et la suivante ont été faites postérieurement à ma lecture à l'Académie de médecine, et communiquées à l'Académie des sciences (séance du 16 décembre 1878).

---

d'assez près dans l'énumération des preuves directes et lui emprunterons quelques-unes des explications qui lui ont paru rendre compte des incertitudes et des confusions anciennes et de celles qui justifient le bruit soudain fait par la vérole dans la dernière décade du quinzième siècle. Nous n'avons pas besoin, d'ailleurs, de rappeler que l'origine ancienne de la syphilis a eu, en France, d'illustres défenseurs.

Après Cazenave et M. Littré, c'est Follin (*Traité élément. de pathologie externe*. Paris, 1861, t. I, p. 609 à 622), qui l'appuie d'une discussion savante; c'est, dans le même temps, M. Dechambre, qui prend nettement parti pour Lindwurm et Hœser contre Simon, Astruc et les *dualistes* modernes, et qui insiste sur les preuves de l'existence reculée des accidents syphilitiques d'*infection*, en rendant compte du livre de Follin (voy. *Gazette hebdomad.*, 1861, n°s 3 et 37).

Remonter à Moïse, Hippocrate, Arétée, Celse, les Arabes, serait peut-être sortir de notre sujet; nous tâcherons de ne pas trop nous en éloigner. Cependant, il nous a semblé que les citations habituelles que l'on fait de Celse gagneraient à être plus étendues. On ne reproduit guère le paragraphe 5 de la section XVIII du livre VI, qui, pourtant, désigne quelque chose d'assez différent du chancre simple et de beaucoup d'autres accidents vulgaires : « *Occallescit* etiam in eole interdum aliquid, idque omni pene sensu caret; quod ipsum quoque excidi debet. Carbunculus autem ibi natus, ut primum apparet, oriculario clystere eluendus est : deinde ipse quoque medicamentis urendus, maximèque chalcitide cum melle, aut ærugine cum cocto melle, aut ovillo stercore fricto et contrito cum eodem melle. Ubi is excidit, liquidis medicamentis utendum est, quæ ad oris ulcera componuntur. » S'il n'est pas question, dans ces lignes, du chancre induré, il est difficile de comprendre ce qu'elles veulent dire; tout comme il faut une puissante imagination pour expliquer, sans la syphilis, l'effondrement des nez des pédérastes Romains (voyez Rosenbaum). En lisant attentivement les paragraphes qui précèdent celui-ci, dans le texte de l'au-

proche avait été préalablement extirpé. Une certaine quantité de virus a incontestablement été absorbée pendant dix-huit heures; mais n'ayant pas rencontré de ganglion où il pût être élaboré, il est resté inoffensif. D'un autre côté, les boutons de vaccin n'ayant pu se développer, grâce à la résection du lambeau cutané récepteur du virus, ce dernier n'a pas proliféré; il n'y a pas eu de matière virulente secondairement absorbée. Aussi, les piqûres faites à la peau n'ont-elles eu que la valeur d'un simple accident local, et l'économie, restée vierge, est demeurée apte à une réinoculation.

Je ne sais si je me fais illusion, mais il me semble que ce fait si curieux de l'*absorption du virus sans infection* est de nature à éclairer singulièrement la théorie du processus physiologique de la virulence. Aussi n'ai-je pas cru devoir m'en tenir là. Si le fait est exact, il doit être possible de le reproduire dans d'autres conditions. Le problème se ramènerait à trouver, pour faire pénétrer le virus vaccin dans l'économie, une voie qui se rapprochât autant que possible de celle des lymphatiques et du tissu conjonctif (ce qui, au point de vue anatomique, est tout un), avec cette différence néanmoins que le virus n'eût pas à passer par un ganglion. Si cette voie existait, si, grâce à elle, il était possible d'obtenir que le virus introduit dans l'organisme y restât inoffensif, sans déterminer d'infection ni d'immunité ultérieure, ce serait un grand argument en faveur de l'importance du rôle dévolu aux ganglions.

Cette voie, dis-je, devrait se rapprocher autant que possible de celle des lymphatiques et du tissu conjonctif. C'est, en effet, volontairement que je laisse de côté les injections directes de virus vaccin dans le sang. Outre que le résultat de ces injections est inconstant, il convient d'observer que l'on ne peut les faire qu'à des doses relativement massives; dès lors, le virus une fois entré artificiellement dans la masse sanguine, on peut toujours supposer qu'il se répand dans tous les organes vasculaires, y compris les ganglions lymphatiques, qu'il s'agit précisément de mettre hors de cause, et qu'il faut éviter de faire intervenir à un degré quelconque.

Cherchons donc, conformément à ce programme, un organe qui possède une structure lymphatique; qui soit, comme tel, éminemment propre à l'absorption; qui cependant ne soit pas en connexion avec un ganglion; enfin, qui soit facilement accessible à l'opérateur. En cherchant bien, je ne vois guère qu'un organe qui satisfasse à ces conditions multiples : c'est la chambre antérieure de l'œil. La membrane de Descemet est, en effet, histologiquement analogue aux espaces lymphatiques. Néanmoins, on ne connaît aucun ganglion qui soit en rapport avec les membranes internes de l'œil; en fait, les inflammations profondes du globe oculaire ne donnent jamais lieu à une adénite.

Il n'est pas douteux que la chambre antérieure de l'œil ne soit un puissant organe d'absorption; tous les chirurgiens savent avec quelle facilité se résorbent les épanchements sanguins sous-cornéaux. J'ai tenu, du reste, à constater par une expérience directe cette propriété absorbante sur l'animal à étudier au point de vue du vaccin. Avec une seringue de Pravaz, j'injecte sous la cornée d'un veau 35 centigrammes de sulfate d'atropine dissous dans un peu d'eau distillée. Trois quarts d'heure après, je recueille l'urine. Une goutte de cette urine instillée dans l'œil d'un cochon d'Inde produit la dilatation pupillaire; l'atropine avait donc été absorbée par l'œil du veau. Cette certitude une fois acquise, j'injecte dans la chambre antérieure de l'œil d'un veau quelques millimètres de bon vaccin, au moyen d'une seringue de Pravaz, en prenant les précautions nécessaires pour ne pas inoculer la cornée elle-même. Sept jours après, je pratique une nouvelle inoculation à la peau par les procédés ordinaires; *elle réussit*. Cette expérience a été faite deux fois avec le même résultat. Inutile de dire que l'œil ainsi opéré s'est troublé, et que la cornée est devenue opaque.

Voilà donc encore un cas où il y a eu absorption du virus, pénétration de ce virus dans l'économie, et où cependant il n'y a pas eu infection, puisqu'il n'y a pas eu immunité consécutive. La prévision qui m'avait guidé dans cette expérience paraît donc avoir été exacte; j'avais compté que la non-existence d'un ganglion sur le chemin du virus après son absorption réaliserait une condition équivalant à celle que je m'étais efforcé d'obtenir ci-dessus en enlevant le ganglion poplité. L'événement m'a donné raison, et il me semble acquis, jusqu'à preuve contraire, que l'absorption du virus vaccin peut avoir lieu sans que l'infection vaccinale en soit la conséquence nécessaire.

En définitive, et c'est ce qui résulte de tout ce qui précède, on voit que j'ai grande tendance à attribuer au système lymphatique, et aux ganglions en particulier, un rôle prépondérant dans ce que j'ai appelé en commençant la transmission de l'infection vaccinale. C'est tout ce que je puis dire, afin de ne pas forcer les faits. Quelle que soit l'importance de ce rôle, il n'en résulte pas que les ganglions ne puissent, à la rigueur, être suppléés dans une certaine mesure. Je n'oublie pas que M. Chauveau a pu, chez le cheval, réussir à faire éclore le *horse-pox* ou du moins déterminer l'immunité par l'injection directe de virus vaccin dans les vaisseaux sanguins. J'ai dit tout à l'heure l'objection que l'on pourrait faire à cette expérience, d'ailleurs très-importante. Par contre, chez la vache, le même expérimentateur, par le même procédé, non-seulement n'a pu produire aucune éruption, mais ne paraît même pas avoir pu produire l'immunité; preuve que le sang est, au total, un mauvais véhicule du virus vaccin; preuve aussi que le virus peut séjourner dans l'économie sans l'in-

---

teur latin, on ne peut manquer d'être frappé d'une sorte d'embarras de sa part vis-à-vis du traitement de quelques manifestations morbides spéciales à la verge, ou survenant *principalement aux ulcères de la verge;* malgré l'emploi des caustiques, les *phymata* reparaissent quelquefois, et les ulcères envahis par le chancre tournent mal...; ne serait-ce pas que les chirurgiens d'alors se seraient souvent adressés à des ulcérations que l'excision ou le caustique ne détruisent point, par la raison que l'infection générale est par-dessous?

Les médecins *Arabistes* semblent à Hirsch avoir laissé, du douzième au quinzième siècle, des témoignages irrécusables de l'existence de la vérole à cette époque. Le savant auteur de la *Pathologie historique et géographique* cite particulièrement Roger, Roland, Théodoric, qui décrivit les condylomes, Trotula, Arnauld de Villeneuve, Guy de Chauliac, Jean de Concorreggio. Peut-être que, renchérissant sur la pruderie de Celse, les médecins de ce temps-là imitaient l'abstention religieuse des médecins Arabes vis-à-vis des organes génitaux de la femme; moyen certain de fermer les yeux sur la moitié environ des accidents vénériens, et syphilitiques à l'occasion. Guillaume de Salicet, dans le chapitre : *De apostemate calido et frigido sanioso in inguinibus*, écrit ce qui suit : « Et fit etiam (bubo), cum homo infirmatur in virga propter fœdam meretricem, ita quod corruptum multiplicatur in ea... »; ailleurs, il distingue les condylomes larges des condylomes en pointe et, de même que plus tard Gaddesden et Argelata, recommande les soins de propreté à donner aux organes génitaux après un coït suspect. Valescus de Tharanta (Balescon) parle de victimes d'un coït impur qui sont morts pour être venus trop tard s'adresser à un bon médecin. Thomas Gascoigne (*Extrait d'un manuscrit de Lincoln College, d'Oxford*, par Becket; in *Philosoph. transact.*, XXXI, 54) a vu plusieurs cas du même genre, entre autres : Jean de Gent, duc de Lancastre; le roi de Pologne Ladislas, qui, au milieu de succès en Italie, « morbo correptus ex illito genitalibus à scorto Perusino, ut aiunt, veneno, sive igne

fecter et qu'il a besoin, qu'on me passe l'expression, d'y être travaillé. Par quels organes? Probablement, selon moi, par les ganglions lymphatiques.

Mais, quelles que soient les obscurités dont ce difficile sujet reste encore entouré, un fait important me semble dès à présent bien établi : c'est qu'il faut renoncer, du moins en ce qui concerne la vaccine, à toute notion plus ou moins mécanique de la virulence, à toute théorie tendant à assimiler le virus, soit à un poison qui se propage par diffusion, soit à un parasite qui se généralise par prolifération. J'ai été assez heureux pour déceler la présence du virus entre son lieu d'insertion et le ganglion le plus prochain. A partir de ce ganglion (le ganglion compris) il disparaît, ou ne se retrouve que par rare exception. Or, comme il continue à manifester son existence par un effet très-appréciable et persistant qui est l'immunité, il faut bien admettre que sa disparition n'est, à vrai dire, qu'une transformation, dont le ganglion a vraisemblablement été le théâtre; transformation que j'appellerai *vitale*, parce que je ne connais pas de meilleur mot pour la désigner.

Que si, contrairement aux vues que je viens d'énoncer, il venait à être démontré que le retentissement de la vaccine sur les ganglions voisins n'est qu'un incident secondaire et sans importance dans l'évolution des phénomènes vaccinaux, et que la lymphe n'est pas plus que le sang l'agent de la généralisation du virus; si nous nous trouvions avoir ainsi épuisé la liste des intermédiaires possibles entre le point d'inoculation et l'ensemble de l'économie, sans rencontrer cet intermédiaire; s'il était prouvé, par conséquent, que le virus vaccin porte primitivement son action, non pas sur un organe, mais sur l'organisme, et que, directement, d'emblée, sans intervention d'aucune cause seconde, il atteint et va modifier la vie jusqu'en ses dernières profondeurs; il n'y a pas à se dissimuler qu'une telle preuve, même donnée à propos d'un fait aussi limité que la vaccine, aurait cependant une singulière portée philosophique, car il ne s'agirait pas moins que d'une démonstration directe de l'unité vitale.

Il ne sera pas inutile, en terminant, de résumer en quelques propositions les points principaux qui se dégagent de ce mémoire.

1° En ce qui concerne le bouton vaccinal :

L'évolution de ce bouton n'est pas nécessaire pour que l'immunité ait lieu. Celle-ci se produit même lorsque, après l'inoculation sous-épidermique, on empêche par un artifice expérimental la naissance du bouton de vaccin.

2° En ce qui concerne le système nerveux :

A. Le système nerveux reste complètement étranger à l'accomplissement des phénomènes vaccinaux. La section préalable des nerfs qui se distribuent à la région inoculée n'empêche pas l'infection de se produire avec tous ses effets.

B. Cette interruption du courant nerveux ne modifie même pas sensiblement la marche de la pustule de vaccin.

3° En ce qui concerne le sang :

A. L'inoculation sous-épidermique de sang vaccinal ne donne jamais la vaccine ; cette opération n'est donc susceptible d'aucune application pratique.

B. La transfusion même, à doses massives, de sang vaccinal n'est le plus souvent suivie d'aucun effet appréciable; après comme avant, l'animal reste apte à contracter la vaccine.

C. Il est possible cependant que, dans quelques circonstances, la transfusion produise chez l'animal récepteur l'immunité vaccinale seule, sans aucun phénomène extérieur.

D. Mais, alors même, l'immunité ainsi acquise ne serait pas transmissible par une seconde transfusion.

E. D'après tous ces faits, il est infiniment peu probable que ce soit par le sang, du moins en tant que véhicule direct, que le virus vaccinal se généralise dans l'économie tout entière.

4° En ce qui concerne les vaisseaux lymphatiques :

A. L'inoculation sous-épidermique de lymphe provenant d'une région vaccinée et prise en deçà du ganglion le plus proche m'a donné les mêmes résultats négatifs que l'inoculation sous-épidermique de sang vaccinal.

B. Par contre, en injectant quelques grammes de cette lymphe dans le sang d'un cheval, j'ai réussi à déterminer l'apparition du *horse-pox*.

C. Cette lymphe paraît donc susceptible de virulence, pourvu qu'elle soit employée à dose un peu forte.

5° En ce qui concerne les ganglions lymphatiques :

A. Après la vaccination normale, l'engorgement du ganglion le plus voisin de la région vaccinée est un fait constant, quoique jusqu'ici méconnu, et justifie le nom de *bubon vaccinal* dont je me suis servi. Ce bubon est indolent, et sans réaction inflammatoire.

B. Cependant l'inoculation du suc de ce ganglion, à quelque époque qu'elle soit faite, ne donne pas la vaccine.

C. Il est donc possible, en définitive, de surprendre des traces de virulence dans le système lymphatique, entre le lieu d'inoculation et le ganglion le plus proche. A partir de ce ganglion, on n'en retrouve plus.

D. Cette circonstance semble de nature à faire attribuer aux ganglions lymphatiques un rôle élaborateur se traduisant par la disparition de la virulence et l'apparition de l'immunité, deux faits simultanés et corrélatifs.

E. Ce qui donne à cette hypothèse un grand degré de plausibilité, ce sont les expériences dans lesquelles je suis parvenu à dissocier deux faits généralement solidaires, savoir: l'absorption du virus, et l'infection vaccinale. Celle-ci n'est pas la conséquence nécessaire de celle-là. Or, cette dissociation a été obtenue précisément par la suppression expéri-

---

sacro divinitus immisso », revint à Naples et y mourut misérablement le 8 août 1410. La chronique d'Auersperg dit de l'évêque Jean de Spire qu'il eut un ulcère des parties honteuses, dont il fut longtemps malade et dont il mourut en 1104 ; dans la chronique de Hornek, il est raconté que le roi de Bohême Wenceslas mourut d'un don d'amour de sa bien-aimée Agnès. Voilà, certes, des accidents vénériens à longue portée; faut-il toujours croire qu'il s'agissait d'ulcères non infectants?

On a révoqué en doute l'authenticité de l'ordonnance de police sanitaire de la reine Jeanne; mais Becket (*Philosophic. transact.*, XXX et XXXI) en rapporte de pareilles pour Londres, datées des années 1162 et 1430; Doglioni (*Cose notabili di Venetia*, 1675) en a retrouvé d'autres, révélant parfaitement la croyance à la contagion des maladies vénériennes, pour les années 1302 et 1421, à Venise. Chose singulière! l'expression même de *morbus gallicus*, *Mala Franzos* (chez les Allemands), n'était pas nouvelle en 1494: dans un document de la fondation Saint-Victor, à Mayence, daté de l'an 1472, on lit qu'un choriste est dispensé de son service parce qu'il souffre de la maladie appelée *Mala Franzos*. Une lettre de Pierre Martyr à Arius Lusitanus, professeur de la langue grecque à Salamanque, contient des compliments de condoléance à ce dernier de ce qu'il souffrait de la maladie appelée en Espagne *bubas*, en Italie *morbus gallicus;* cette lettre porte la date du 5 avril 1488. Ce serait dans la même année, au souvenir de Delgado (*in* Hœser), que la syphilis aurait éclaté aux environs de Gênes chez des soldats français, à la suite du pillage par eux d'une léproserie. Nous ne devons pas ici passer sous silence l'interprétation donnée par Hœser à l'origine du mot : *morbus gallicus*. Il y aurait là, selon cet auteur, un malentendu étymologique ; l'adjectif *gallicus* viendrait simplement du français *gale*, maladie de la peau, ou de l'anglais *galle*, *to gall*, écorchure, écorcher.

J. Arnould.

mentale de l'intervention des ganglions, soit en les extirpant dans certaines conditions que j'ai déterminées, soit en faisant pénétrer le virus dans un organe lymphoïde sans connexion avec les ganglions, tel que la chambre antérieure de l'œil.

F. Le rôle élaborateur des ganglions n'est même pas contredit par les faits d'immunité obtenue au moyen de l'injection directe de virus dans les veines, puisque les ganglions, en tant qu'organes vasculaires, sont sans cesse baignés par le sang.

G. Il est certain, en toute hypothèse, que le virus vaccin inoculé à la peau, en passant par les ganglions lymphatiques les plus proches, y perd son inoculabilité, ce qui établit entre lui et la matière inoculable du charbon une différence fondamentale, très-importante à signaler, au point de vue de la théorie générale des virus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

SUR L'EFFET DES EXCITATIONS ÉLECTRIQUES APPLIQUÉES AU TISSU MUSCULAIRE DU CŒUR. Note de M. *Marey*. — Dans une note insérée aux *Comptes rendus* de la dernière séance, MM. Dastre et Morat exposent la manière dont le tissu musculaire du cœur réagit aux excitations électriques de différente nature : courants continus ou induits d'intensités plus ou moins grandes. Les faits constatés par ces deux physiologistes sont parfaitement exacts; plusieurs étaient déjà signalés, et M. Marey les a pour la plupart observés (voyez *Comptes rendus des travaux du laboratoire de M. Marey*, 2e année, p. 63). Mais l'interprétation qu'il en a donnée diffère de celle que proposent MM. Dastre et Morat. Elle est basée sur un fait qu'il a découvert : c'est que le cœur, pendant chacun de ses mouvements rhythmés, présente une phase où il est inexcitable; c'est la phase de raccourcissement de ses fibres musculaires. Plus l'intensité des courants employés est grande, plus cette phase est courte; elle se réduit aux premiers instants des périodes systoliques, puis disparaît complétement si l'excitation est plus forte encore.

L'existence de cette phase d'inexcitabilité explique naturellement tous les phénomènes précités. 1° Si un courant continu produit sur le cœur des effets intermittents, c'est que ce courant est rendu intermittent lui-même par les phases d'inexcitabilité du cœur; celles-ci pratiquent, en quelque sorte, des interruptions dans la durée du courant. 2° Si des courants induits successifs ne sont pas tous efficaces pour produire des systoles du cœur (Bowditch), c'est que parmi ces courants il en est un certain nombre qui sont comme non avenus, parce qu'ils tombent sur les instants où le cœur est inexcitable. 3° Plus les courants induits sont intenses, plus ils accélèrent le rhythme du cœur; c'est que pour eux la phase d'inexcitabilité du cœur est plus courte et que le nombre des excitations inefficaces est moindre.

SUR LES EFFETS DES INHALATIONS DES VAPEURS DE NITROBENZINE. Note de M. *Poincaré*. — Cinq cobayes furent successivement maintenus dans une atmosphère qui était constamment renouvelée, mais que chargeait incessamment de vapeurs de nitrobenzine un encrier à siphon contenant cette substance et placé au fond de la caisse. Les cinq cobayes ont succombé.

A l'autopsie, tous les organes ont constamment dégagé une odeur très-prononcée d'essence d'amandes amères. Le sang offrait une teinte amarante presque caractéristique. Le foie, les reins, les centres nerveux et les poumons étaient le siége d'une vive congestion qui, au microscope, se traduisait par un tel envahissement des vaisseaux sanguins que les éléments histologiques spéciaux étaient complétement masqués. Dans tous ces organes, cette congestion s'accompagnait d'un plus ou moins grand nombre de raptus sanguins qui, la plupart du temps, n'étaient appréciables qu'aux instruments grossissants. Quant aux éléments histologiques, ils ont toujours été respectés par la nitrobenzine, dans leur forme comme dans leur constitution. Enfin l'auteur a trouvé la reproduction du fait qu'il avait déjà constaté avec le sulfure de carbone et la térébenthine, et qu'il a constaté depuis avec le chloroforme, savoir, la présence dans le torrent sanguin de gouttes libres ayant, au cas particulier, les caractères physiques de la nitrobenzine. (Commissaires : MM. Fremy, Bouley, Vulpian.)

SUR LE DOSAGE DES MATIÈRES ORGANIQUES DES EAUX NATURELLES. Note de M. *G. Lechartier*. — Le défaut d'espace nous empêche d'analyser ce mémoire. Nous renvoyons aux *Comptes rendus*.

INFLUENCE DU SUCRE INJECTÉ DANS LES VEINES SUR LA SÉCRÉTION RÉNALE. Note de MM. *Ch. Richet* et *R. Moutard-Martin*. — Dans une communication antérieure (14 juillet 1879), les auteurs ont annoncé que les injections intra-veineuses de sucre provoquent une polyurie immédiate. Ils ont recommencé ces expériences afin de préciser quelques-unes des conditions de ce phénomène.

Dans un cas, un chien excrétait, après l'injection d'une quantité considérable de sucre, 70 centimètres cubes d'urine par un seul uretère en dix minutes; ce qui supposerait environ 20 litres d'urine en vingt-quatre heures pour les deux uretères. Dans un autre cas, un chien, après avoir excrété en trois heures 28 centimètres cubes d'urine par les deux uretères, reçut en injection intra-veineuse 44 grammes de sucre interverti (dissous dans une petite quantité d'eau). Dans la demi-heure qui suivit l'injection, il excréta 364 centimètres cubes d'urine.

En général, c'est environ une minute et demie après l'injection qu'on voit la polyurie apparaître.

Pour faire naître une polyurie notable, il suffit d'une petite quantité de sucre interverti, c'est-à-dire environ 50 centigrammes pour 1 kilogramme du poids de l'animal.

Les auteurs ont recherché les relations qui pouvaient exister entre la quantité de l'urine et celle de l'urée excrétées à la suite d'injections de sucre interverti. A mesure que l'urine est plus abondante, elle contient par litre une quantité beaucoup moins grande d'urée; mais cette diminution est compensée, et au delà, par l'augmentation de la sécrétion urinaire. L'expérience leur a montré que la quantité totale d'urée excrétée augmente en même temps que l'eau éliminée par le rein avec le sucre.

En résumé, leurs expériences prouvent que la glycémie expérimentale entraîne non-seulement la glycosurie, mais encore la polyurie et l'azoturie.

DE L'EXCITABILITÉ DU MUSCLE PENDANT LES DIFFÉRENTES PÉRIODES DE SA CONTRACTION. Note de M. *Ch. Richet*. — Lorsqu'on excite un muscle par des courants induits d'intensité constante et se succédant régulièrement avec une fréquence moyenne (soit, par exemple, six à dix fois par seconde), on voit que les différentes secousses musculaires ne sont pas égales entre elles, et que, loin de se fatiguer, le muscle devient d'abord plus excitable. Voici quelques chiffres qui indiqueront bien ce fait. Pour mesurer la hauteur de la secousse d'un muscle, il suffit de prendre avec un compas sur les *tracés* obtenus la hauteur de chaque secousse musculaire depuis son point de départ jusqu'à son sommet. Soit la hauteur de la première secousse = 1 ; nous avons :

	1re exp.	2e exp.	3e exp.	4e exp.	5e exp.	6e exp.
Pour la deuxième secousse.	1,2	1,5	18	11	3	1,2
Pour la troisième secousse.	1,3	1,8	24	»	9	1,3
Pour la quatrième secousse.	»	»	»	»	11	1,4
Pour la cinquième secousse.	»	»	»	»	13	»

Les conclusions de ce travail se résument dans les propositions suivantes :

1° Le muscle en état de contraction est plus excitable qu'en état de repos. 2° Le relâchement du muscle n'est pas brusque, mais lent, et la forme véritable de la secousse musculaire est masquée par les poids qui tendent le muscle. 3° Il y a, pour les muscles tendus par un poids, une période de *contraction latente*, période pendant laquelle le muscle est plus excitable.

Recherche des substances médicamenteuses et toxiques dans la salive. Note de M. *A.-Gabriel Pouchet*.

Il a été permis à l'auteur de constater à trois reprises la présence du *plomb* dans la salive des saturnins à la période de paralysie des extenseurs et de tremblement. L'injection de pilocarpine a provoqué chaque fois la sécrétion d'une quantité de salive variant de 100 à 150 grammes, et la quantité de plomb a, dans tous les cas, été trop faible pour qu'il fût possible de la doser.

De semblables recherches, exécutées sur des diabétiques traités par l'acide arsénieux et l'arséniate de soude n'ont pas permis de constater l'existence dans leur salive de la plus faible trace d'arsenic. Dans la salive de ces mêmes diabétiques, on a également pu constater l'absence de toute trace de sucre, comme l'avait déjà remarqué Claude Bernard. Enfin l'auteur a vérifié le fait déjà signalé par M. Vulpian relativement au passage, dans le cas de maladie de Bright, de l'albumine dans la salive.

Influence comparée des injections intra-veineuses de chloral, de chloroforme et d'éther sur la circulation. Note de M. *Arloing*. — Pour amener l'anesthésie et enregistrer les modifications circulatoires qui l'accompagnent, on injecte dans les veines d'un gros animal (cheval ou âne) le chloral en solution à 1/5, le chloroforme et l'éther en dissolution et en suspension dans une grande quantité d'eau (20 volumes). La dose nécessaire doit être poussée à plusieurs reprises, et chaque fois avec lenteur, dans une veine éloignée du cœur. Si l'on prend, avant et pendant les injections, des tracés cardiographiques avec les sondes de MM. Chauveau et Marey, on constate que le chloral, le chloroforme et l'éther ne produisent pas les mêmes effets. Tous les trois déterminent une accélération des battements du cœur, qui est toutefois plus considérable et plus prompte avec le chloroforme; mais l'un d'eux, le chloral, produit au préalable un ralentissement; de plus, le chloral et l'éther font baisser la pression dans le ventricule droit, tandis que le chloroforme la fait augmenter; enfin, ce dernier et l'éther augmentent la force des systoles, alors que le chloral la diminue. De ces données, on peut conclure que la circulation pulmonaire est activée pendant l'action du chloral et de l'éther, ralentie pendant l'action du chloroforme.

De l'examen des modifications simultanées de la circulation dans les artères et dans les veines il résulte : 1° que l'écoulement du sang dans les *capillaires* diminue faiblement au début de la chloralisation et de l'éthérisation, pour augmenter beaucoup ultérieurement; 2° que cet écoulement, après une augmentation très-fugace, diminue au début de l'imprégnation par le chloroforme, pour devenir ensuite graduellement plus considérable, sans atteindre toutefois la rapidité qu'il avait à l'état physiologique.

On ne s'entend pas sur l'état de la circulation cérébrale pendant le sommeil anesthésique. Le meilleur procédé, pour juger si la circulation cérébrale augmente ou diminue de rapidité, consiste à étudier les changements qu'éprouve la vitesse du cours du sang dans l'artère qui se distribue au cerveau, en laissant le crâne intact, et à comparer ces changements à ceux de la pression dans ce vaisseau et dans la veine correspondante. En opérant ainsi, on s'assure : 1° que tous les anesthésiques ne produisent pas les mêmes effets sur le système capillaire et qu'il est impossible de conclure d'un seul anesthésique à tous les autres; 2° que le sommeil par le chloroforme s'accompagne d'anémie; le sommeil par le chloral et l'éther, d'hyperhémie cérébrale.

Sur les organes lympho-glandulaires et le pancréas des vertébrés. Note de M. *J. Renaut*. — Le pancréas, que l'auteur a étudié chez le poulet, le cheval, le chien, le lapin et le rat, s'est partout montré fondamentalement le même. *C'est une glande composée de cordons caverneux, irrégulièrement divisés en loges pseudo-aciniques communiquantes. La paroi de ces cordons est formée de tissu réticulé, leur aire est cloisonnée par le même tissu.* La glande est entourée et pénétrée par le tissu adénoïde, et constitue ainsi un organe lympho-glandulaire compliqué, un ganglion où les cellules lymphatiques sont remplacées par des cellules glandulaires et qui possède un système de canaux excréteurs ramifiés. (Travail du laboratoire d'anatomie générale de la Faculté de médecine de Lyon.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 AOUT 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit une lettre de M. le docteur *Lardier*, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, dont le dépôt est accepté.

M. *Larrey* présente : 1° Au nom de M. le docteur *Gavoy*, médecin-major de 1re classe, un mémoire manuscrit intitulé : *Calcul urinaire adhérant par un pédicule dans la fosse naviculaire*, extrait chez un enfant de sept ans. — 2° De la part de M. le docteur *Billot*, une note sur un cas de monstruosité congénitale, accompagnée de la pièce pathologique : Monstre unitaire, de l'ordre autosite, de la famille des ectroméliens, genre ectromèle (classification d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire).

M. *Depaul* présente, au nom de M. le docteur *Duboué* (de Pau), un ouvrage intitulé : *De la physiologie pathologique et du traitement rationnel de la rage*.

M. *Jules Rochard* présente : 1° Au nom de MM. le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine, et *Porte*, pharmacien de 1re classe de la marine, une brochure intitulée : *Étude sur l'empoisonnement par le perchlorure de fer*. — 2° Au nom de M. le docteur *J. Laure* (d'Hyères), médecin en chef de la marine en retraite, un ouvrage intitulé : *Eaux sulfureuses*.

M. *Amédée Latour* fait hommage à l'Académie du deuxième fascicule du *Traité de la lymphangite endémique des pays chauds*, par le docteur *Mazaé Azéma*.

M. *Laboulbène* présente, au nom de M. le docteur *Corlieu*, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine de Paris, deux brochures intitulées : 1° *Le concours pour la chaire de clinique chirurgicale de Dupuytren*. — 2° *Les chaires de médecine légale et d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris*.

M. *Depaul* présente, au nom de M. le docteur *Pros* (de La Rochelle), un nouveau forceps permettant à l'accoucheur d'imiter le mécanisme de l'accouchement naturel.

M. *Larrey* communique, au nom de M. le docteur *Gavoy*, une observation d'anaplastie. Il s'agit de la réunion d'une partie du gros orteil détaché du pied.

Extirpation de l'utérus. Opération césarienne. — M. le docteur *Fochier*, chirurgien en chef de la Charité de Lyon, adresse à l'Académie une lettre dans laquelle, à l'occasion de la dernière communication de M. Tarnier, il annonce qu'il a pratiqué l'opération césarienne, d'après la méthode de Porro, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 2 février 1879, c'est-à-dire plusieurs mois avant M. Tarnier.

L'opération de M. Fochier a été publiée dans le *Lyon médical* du 27 avril et a été suivie de succès.

Amputations multiples. — M. *Jules Rochard* communique à l'Académie une observation d'amputation triple pratiquée avec succès pour le même traumatisme et sur le même blessé. Cette observation lui a été adressée par M. le docteur de Léséleuc, ancien médecin de la marine, aujourd'hui chirurgien de l'hospice civil de Brest. M. Rochard a eu l'occasion de voir l'opéré dans cet hospice. Il met sous les yeux de l'Académie la photographie représentant le sujet de cette intéressante observation dont voici le résumé :

Le 27 mai 1878, vers cinq heures du soir, le nommé Molé, sous-chef d'équipe de la compagnie des chemins de fer de l'ouest, à Brest, dans un mouvement de wagons qui se faisait en gare, tomba du premier des trois wagons que poussait une locomotive. Dans sa chute il se luxa le coude gauche, et les trois wagons, ainsi que la locomotive, lui passant sur les jambes, y produisirent un affreux traumatisme. Il fut immédiatement transporté à l'hospice civil dans un état voisin de la syncope, le pouls ne se sentant plus aux radiales; la jambe droite ne tenait à la cuisse que par des lambeaux de chair et de peau; le fémur avait été nettement sectionné au-dessus du

genou, la fémorale coupée; un caillot s'étant formé instantanément avait arrêté l'hémorrhagie. Le pied gauche et l'articulation tibio-tarsienne hachés, broyés, ne formaient plus qu'une masse informe. Il y avait une luxation grave du coude gauche, mais sans plaie.

En présence d'un pareil traumatisme chez un blessé presque exsangue, M. de Léséleuc, médecin de l'hospice civil, jugea prudent de ne faire immédiatement que l'amputation de la cuisse droite dont il n'eut qu'à régulariser les lambeaux musculo-cutanés. Pour procéder à l'amputation de la jambe gauche, il attendit que la réaction se fît pendant la nuit, et y procéda le lendemain à huit heures du matin. La gangrène ayant envahi l'avant-bras gauche, l'amputation du bras fut pratiquée le dix-septième jour après l'accident.

Molé a supporté ces trois mutilations avec une grande énergie. Il est depuis longtemps complétement guéri, et il peut marcher, grâce aux appareils prothétiques fabriqués par M. Mathieu.

Cette observation est intéressante non-seulement à cause des circonstances qui ont nécessité et accompagné l'intervention chirurgicale, mais encore parce qu'elle est l'unique exemple connu dans la science d'un blessé ayant survécu à une amputation triple, presque immédiate, pratiquée pour le même traumatisme.

M. Rochard termine cette intéressante communication en proposant d'inscrire M. de Léséleuc sur la liste des candidats au titre de correspondant.

M. *Larrey* fait observer que l'observation rapportée par M. Rochard n'est pas unique dans la science. Il se souvient avoir vu aux Invalides un individu qui avait les quatre membres amputés. Il a vu également en Algérie un jeune Arabe qui avait eu les quatre membres coupés par les roues d'un train et qui a guéri.

Transmission des bruits thoraciques chez les malades atteints d'ascite. — M. le docteur *Emile Vidal*, médecin en chef de l'hôpital d'Hyères (Var), lit un mémoire intitulé : *De la transmission des bruits thoraciques jusque dans la partie inférieure de l'abdomen, chez les malades atteints d'ascite*. Voici les conclusions de ce travail :

1° La transmission dans l'abdomen des bruits nés dans les organes thoraciques pourra servir au diagnostic quelquefois si difficile de l'ascite à son début;

2° La diminution dans l'intensité de la transmission des bruits du cœur, alors que le murmure respiratoire continue à être nettement entendu dans l'abdomen, pourra faire soupçonner le commencement d'un hydropéricarde;

3° La continuation de la transmission des bruits du cœur, avec diminution ou absence de la transmission du murmure respiratoire, pourra indiquer la présence de certains épanchements pleurétiques.

De tout ce qui précède, il résulte que la transmission s'effectue probablement par l'action simultanée de l'intestin et du liquide dans des conditions qu'il ne nous a pas été possible de déterminer d'une manière certaine et qui doivent se rattacher à l'ordre des faits signalés par MM. Noël Gueneau de Mussy, Raynaud et Baccelli, dans leurs travaux sur la transmission des sons dans l'égophonie et dans certaines formes de la pleurésie.

Si, au-dessus d'une anse intestinale de 30 à 40 centimètres de long, préalablement remplie d'air, on place transversalement une anse intestinale remplie d'eau, et si on ausculte la portion pleine d'eau, on entend très-distinctement les moindres frottements effectués sur l'extrémité de la portion pleine d'air.

Les vibrations sont donc transmises à des distances relativement considérables par les gaz de la première partie au liquide de la deuxième partie, et par ce dernier à l'oreille de l'observateur.

(Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Noël Gueneau de Müssy et Woillez.)

Syphilis placentaire. — M. *Hervieux* communique une observation très-intéressante se rapportant à la syphilis placentaire.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans, couturière, qui, étant devenue enceinte au mois de mai de l'année dernière, contracta, au mois de septembre suivant, à la suite de rapports malencontreux, une syphilis bien caractérisée. Elle accoucha, le 27 février dernier, au terme de sa grossesse, d'une petite fille très-bien constituée, pesant 3500 grammes et offrant tous les signes d'une santé florissante. Mais, vers le 15 mars suivant, on vit survenir, dans le creux de l'aisselle de cette enfant, une série de plaques muqueuses.

Après l'accouchement, le placenta, examiné avec soin, avait présenté des lésions que l'étude histologique, faite par M. Malassez dans le laboratoire de M. Ranvier, a montrées être de nature syphilitique. Ce sont des plaques mamelonnées, arrondies, saillantes, au nombre de quinze à dix-huit, offrant le volume de petites noisettes, entourées d'une coque fibreuse contenant dans son intérieur une matière jaunâtre, comme caséeuse. Il s'agit bien évidemment, dans ce cas, de véritables tumeurs gommeuses, c'est-à-dire de manifestations présentant au plus haut degré les caractères de la syphilis.

M. *Depaul* dit qu'il a écouté avec le plus grand intérêt la communication de M. Hervieux, mais il regrette qu'il n'ait pas montré des pièces anatomiques ou tout au moins un dessin. Il a la plus entière confiance dans le savoir de son collègue, mais il aurait aimé se rendre compte par lui-même. Il attache d'autant plus d'importance à cette constatation qu'il sait combien les erreurs sont fréquentes. La malade de M. Tarnier a contracté la syphilis quatre mois seulement avant son accouchement; ce temps est bien court pour l'évolution de la syphilis constitutionnelle; puis, chez l'enfant, les plaques muqueuses siégeaient à l'aisselle, chose singulière.

M. Depaul a reçu à la Clinique un assez grand nombre de femmes ayant contracté la syphilis pendant la grossesse, et le plus souvent les enfants de ces femmes étaient exempts de syphilis.

M. *Tarnier* dit qu'il n'a jamais pu trouver dans le placenta des signes caractéristiques de la syphilis. Il y a des altérations fibro-graisseuses qui présentent une assez grande analogie avec les gommes syphilitiques.

Société de biologie.

SÉANCE DU 2 AOUT 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Myélites consécutives à d'anciennes lésions limitées de la moelle: M. Hayem. — Applications du téléphone et du microphone au traitement palliatif de la surdité : MM. Bert et d'Arsonval. — Analgésie par de simples piqûres dans les points douloureux ou dans les points symétriques du côté opposé : M. Dumontpallier. — Anatomie de la membrane hymen : M. Budin. — Nerfs accélérateurs du cœur : M. François-Franck. — Structure de l'oreille interne : M. Gellé. — Ligature tardive du cordon ombilical : M. Ribsmont. — Section de la cinquième paire sans lésions cornéennes consécutives : M. Laborde.

M. *Hayem*. Dans certaines conditions, des myélites peuvent survenir consécutivement au traumatisme des nerfs. L'arrachement du sciatique détermine chez les animaux des lésions des racines postérieures et des points de la moelle qui correspondent à l'origine du nerf arraché. Dans quelques cas, les lésions au lieu de rester circonscrites à cette zone radiculaire postérieure se propagent jusqu'aux cornes antérieures, qui s'atrophient. Le même fait s'observe chez l'homme dans l'ataxie locomotrice; mais il n'est pas spécial à cette affection. Un homme, après avoir présenté depuis longtemps une atrophie musculaire limitée au bras, mourut avec les signes d'une atrophie musculaire progressive. L'autopsie démontra, d'une part, la présence des lésions récentes de cette dernière maladie; d'autre part, une sclérose ancienne très-limitée, occupant

transversalement les faisceaux postérieurs dans leur partie moyenne, au niveau de la septième vertèbre cervicale. Dans une autre observation, un homme atteint depuis l'enfance de pied bot équin à droite, avec légère atrophie de la jambe correspondante, présenta, à partir de l'âge de vingt-huit ans, une atrophie progressive des deux membres inférieurs. A l'autopsie, les cornes antérieures étaient atrophiées des deux côtés, beaucoup plus à droite qu'à gauche. Les lésions remontaient jusqu'au niveau de la onzième vertèbre dorsale et se limitaient absolument à la substance grise. Elles n'étaient pas partout les mêmes. Le renflement lombaire, dans sa moitié droite et sa partie inférieure, présentait une sclérose complète des cornes antérieures; sur les autres points les lésions étaient beaucoup plus récentes et paraissaient être encore à la période irritative. Toutes ces observations semblent démontrer qu'une lésion très-limitée de la substance grise, même quand elle est depuis longtemps arrivée au terme de son évolution, constitue une épine irritative qui devient un jour le point de départ d'une myélite généralisée à toute la substance grise.

M. *Hallopeau* rappelle qu'il a publié un fait analogue. Des lésions dégénératrices de la moelle, consécutives à un ancien kyste du cerveau, étaient devenues l'origine d'une myélite très-étendue des cordons. Il s'agissait, dans ce cas, d'altérations de la substance blanche; mais la marche est tout à fait comparable à celle des cas de M. Hayem.

— M. *Bert* et M. *d'Arsonval* ont essayé de faire entendre les sourds à l'aide du microphone et du téléphone. Ils avaient d'abord construit un appareil que le malade aurait constamment porté sur son oreille; mais cet appareil grandissait tellement les bruits respiratoires, vasculaires, etc., du malade lui-même que celui-ci n'entendait plus qu'un bourdonnement continu et très-fatigant. Ils ont alors cherché si, au moyen d'un microphone perfectionné, un sourd ne pourrait pas entendre la voix d'un orateur parlant à une tribune, dans les conditions ordinaires d'une assemblée parlementaire. Dans ces termes, le problème semble être résolu : un appareil récepteur est placé à 1 mètre ou 1m,50 devant l'orateur, dont la voix, dans quelque direction et avec quelque intensité qu'elle soit émise, est transmise à une grande distance, suffisamment amplifiée pour être distinctement perçue. Avec cet appareil qui renforce la voix en lui conservant ses caractères, on peut faire entendre aux sourds des paroles prononcées à voix basse, à la distance ordinairement observée dans la conversation.

— M. *Dumontpallier*. Les injections hypodermiques d'eau pure ont calmé la douleur, dans bien des cas, par exemple, les névralgies, la colique saturnine, le rhumatisme articulaire aigu; mais toujours on a eu soin de les faire au point douloureux. Dans des cas semblables, j'ai pu obtenir le même résultat en faisant l'injection sur le trajet des nerfs qui aboutissent au point douloureux, en faisant en ce point une piqûre sans injection d'aucun liquide, et même en faisant cette piqûre au point symétrique du côté opposé. Ces faits se rapprochent des phénomènes de transfert constatés si souvent dans les études métallothérapiques et des expériences de Brown-Séquard et Tholozan sur le refroidissement d'une main obtenu par l'application de glace sur l'autre.

M. *Laborde* fait observer que le traitement de la douleur par simple piqûre n'est qu'un retour vers la pratique de l'acupuncture, si florissante autrefois du temps de la Société médicale d'observation.

— M. *Budin*. L'hymen est généralement considéré comme un repli des muqueuses vulvaire et vaginale qui le constitueraient par leur adossement en se confondant sur les bords de l'orifice vaginal. Il n'en est pas ainsi : l'hymen appartient tout entier au vagin, dont il est, en réalité, l'extrémité antérieure perforée. Cette extrémité fait saillie à travers l'orifice vulvaire, et, suivant les rapports que ces deux orifices affecteront entre eux, l'hymen changera de forme. L'orifice vaginal est-il centré avec le vulvaire, on aura un hymen annulaire; se rapproche-t-il du méat urinaire, on aura un hymen en croissant. Une série de pièces et de moulages justifie les assertions de M. Budin. L'hymen ne se déchire pas toujours au premier coït, qui s'accomplit souvent sans effusion de sang; dans ce cas, la femme peut devenir enceinte, et cette membrane, qui n'a pas gêné les rapports sexuels, va retarder les derniers temps de l'accouchement. Car, ainsi que M. Budin l'a pu constater souvent, c'est elle qui résiste bien plus que l'orifice vulvaire au passage de la tête, c'est elle qui est cause du long temps que met la tête à sortir chez les primipares. Cette tête, qui s'est montrée plusieurs fois à la vulve, puis est rentrée, apparait enfin couverte de sang, signe qu'elle va bientôt se dégager. C'est que l'hymen, jusqu'alors intact, vient de se rompre, et rien ne s'oppose plus au passage. L'hymen ou plutôt les bords de l'orifice vaginal ainsi déchirés constitueront les caroncules myrtiformes que l'on rencontre, non après le premier coït, mais après le premier accouchement.

— M. *François-Franck*. J'ai repris, en étudiant différents détails de l'action des nerfs accélérateurs du cœur, un certain nombre d'expériences déjà faites sur les nerfs pneumogastriques, la comparaison de l'action des nerfs accélérateurs symétriques à droite et à gauche, l'excitation simultanée et successive des nerfs des deux côtés, etc.

Ce sont les résultats les plus généraux de ces recherches que je viens soumettre à la Société.

I. *Comparaison de l'activité des nerfs accélérateurs symétriques droit et gauche chez le chien.* La différence d'activité fonctionnelle qui a été admise entre le nerf pneumogastrique gauche et le nerf pneumogastrique droit, différence au profit de ce dernier nerf, se retrouve-t-elle entre les nerfs accélérateurs droit et gauche? Dans le but de résoudre cette question, j'ai isolé sur le chien le premier nerf accélérateur de chaque côté; les deux nerfs ont été coupés au même moment et excités successivement, à quelques minutes d'intervalle. Sans insister ici sur les nombreuses modifications introduites dans chaque série d'expériences et relatives à l'ordre dans lequel les nerfs étaient excités, à l'intensité, à la nature, à la fréquence des excitations électriques que j'ai employées, je dirai que, sur 41 sujets différents, deux fois seulement le premier nerf accélérateur du côté droit a produit, à égale intensité d'excitation, une accélération plus notable que le nerf symétrique du côté gauche.

Ces deux faits ne suffisent pas pour infirmer la conclusion que, *contrairement à ce qui a été indiqué pour les nerfs modérateurs droit et gauche, il n'y a pas de prédominance d'action des nerfs accélérateurs d'un côté.*

II. *Excitation simultanée des nerfs accélérateurs symétriques.* — Quand on a observé l'effet produit par l'excitation de la première branche accélératrice d'un côté et que, dans l'expérience suivante, on excite simultanément le premier nerf accélérateur de chaque côté, on ne modifie pas l'accélération produite par le premier, à la condition que, dans cette seconde expérience, l'excitation ne soit pas plus intense que dans la première. Il n'y a pas lieu de tenir compte de la résistance plus grande introduite dans le circuit d'excitation, quand les deux nerfs sont excités en même temps avec les électrodes induites bifurquées et entre-croisées. En effet, on se sert de courants induits d'assez grande tension pour que l'interposition d'une étendue un peu plus grande de conducteur nerveux n'atténue pas sensiblement l'activité des excitations employées.

Il semble donc qu'on puisse conclure du défaut d'augmentation de l'effet accélérateur quand les nerfs du côté droit et du côté gauche sont excités simultanément, que les nerfs de chaque côté *commandent à un appareil terminal commun.* Cet appareil périphérique serait également influencé par

l'excitation d'un seul nerf accélérateur et par celle des nerfs des deux côtés.

III. *Excitations successives des nerfs accélérateurs symétriques et du même nerf accélérateur.*—Si, au lieu d'envoyer en même temps une excitation commune dans les nerfs accélérateurs symétriques de droite et de gauche, on commence par produire l'accélération du cœur en excitant d'abord la première branche d'un côté, et que l'on passe ensuite, *pendant la phase d'accélération*, à l'excitation du nerf opposé, on ne modifie point l'effet qu'aurait produit le premier nerf tout seul. Non-seulement la fréquence des battements n'augmente pas, mais la durée totale du phénomène accélération n'est point exagérée.

La conclusion que l'on peut tirer de cette expérience, c'est que *l'appareil accélérateur terminal devient réfractaire à une nouvelle influence accélératrice quand il a été mis en état d'activité par une première excitation.*

La même conclusion résulte de cet autre fait, que les excitations successives de la même branche accélératrice ne produisent pas une fréquence du cœur plus grande ni plus durable qu'une seule excitation suffisante; mais à la condition, comme dans le cas d'excitation successive des nerfs de chaque côté, que la seconde série d'excitations arrive pendant la période d'accélération.

On comprend, en effet, que si la seconde série d'excitations arrive trop tardivement, alors que la première a déjà disparu ou commencé à s'atténuer, on pourra voir la fréquence du cœur augmenter de nouveau. Mais, dans ces conditions, c'est de deux expériences successives qu'il s'agit et non de deux excitations successives dans une même expérience.

— M. *Gellé* présente une série de préparations microscopiques de l'oreille interne de chiens adultes ou nouveau-nés. Il s'agit spécialement des organes de Corti et surtout du bâtonnet interne.

D'après les notions reçues, bien exposées dans la thèse de Coyne, la partie supérieure du pilier interne prolongée en un bec horizontal s'articule avec le pilier externe dans l'angle ainsi formé.

L'examen des coupes montrées par M. Gellé permet de constater que tel n'est pas le mode d'union des deux espèces de bâtonnets auditifs. On voit, en effet, que l'un et l'autre se terminent, au sommet de la voûte qu'ils constituent en s'arc-boutant, par une tête ronde supportée par un col plus délié, obliquement dirigé, comparable au col et à la tête du fémur.

De la sorte, deux têtes de piliers externes, par exemple, se trouvent embrasser le col du bâtonnet interne opposé, dont la tête surplombe. Il en résulte, sur la préparation où l'arcade apparaît complète et vue d'en haut, deux séries linéaires d'éminences arrondies, ponctuées, qui constituent la crête supérieure de tout cet organe. On les voit isolées des *ronds* opaques des cellules ciliées par une partie quadrilatère, claire. Souvent on trouve le bâtonnet privé de la tête et du col; il se termine alors par une section dentelée horizontale. D'autres fois, c'est la tête seule qui a disparu et le bâtonnet se termine par une pointe mousse.

Cette tête est la partie fragile de cet organe; on la trouve le plus souvent nageant dans la préparation, reconnaissable à ses fines crénelures et au fragment de pédicule resté adhérent.

M. Gellé se propose de montrer prochainement le rapport qui existe entre ces éléments délicats et les cellules et filets des plexus nerveux placés soit en dehors, soit en dedans de la voûte formée par l'entre-croisement des piliers.

Le corps du bâtonnet interne, transparent en haut, devient inégal, opaque, noirâtre vers son pied; point d'attache à la membrane basilaire.

Sur une préparation où le bâtonnet apparaît de côté, on constate qu'en bas il se bifurque : 1° en une partie externe (par rapport à la voûte), claire, mince, arrondie en anse par en haut, aplatie en bas au point d'attache à la membrane basilaire; 2° en une branche interne grise, opaque, plus large, irrégulière, et surtout constituée par une grosse masse arrondie, semblable à une grosse cellule, et par des tractus fins et noirâtres qui l'unissent à la face interne du corps du bâtonnet. Les bâtonnets internes seuls offrent ces divers détails de structure.

M. *Pouchet* croit que M. Gellé n'interprète pas d'une façon exacte les préparations histologiques qu'il présente; il a lui-même une série de coupes d'après lesquelles il ne saurait admettre les opinions exposées par M. Gellé.

— M. *Ribemont.* La question du moment où il faut lier le cordon ombilical a été dans ces dernières années le sujet de plusieurs travaux. Après M. Budin qui avait proposé la ligature tardive, d'autres sont venus, soit défendre, soit combattre cette manière d'agir, soit chercher par quel mécanisme le sang placentaire pouvait entrer d'une façon définitive dans la circulation fœtale. Les uns ont pensé que les contractions utérines exprimaient le contenu du placenta et le chassaient par la veine ombilicale jusque dans le cœur du nouveau-né; les autres ont supposé que l'aspiration thoracique due aux mouvements respiratoires de l'enfant appelait le sang dans ses vaisseaux. M. Ribemont a jugé la question en introduisant des canules de manomètre dans une artère et dans la veine ombilicale; la tension dans la première est de 63 millimètres Hg, et subit nettement les influences respiratoires, comme l'indiquent les tracés pris à l'aide d'un manomètre inscripteur; tandis que dans la veine elle n'est que de 34 et varie à peine sous l'influence des contractions utérines accusées sur le graphique par de longues ondulations. On n'a donc pas à craindre la distension exagérée des vaisseaux de l'enfant par le sang qu'y pousserait avec force l'utérus, et l'aspiration thoracique est bien la cause vraie qui fait bénéficier l'enfant du sang placentaire. La pratique des ligatures tardives se trouve ainsi justifiée.

— M. *Laborde* présente un lapin chez lequel il a coupé le nerf de la cinquième paire sans lui faire subir d'autres lésions. Bien que la section date de huit jours et que l'anesthésie de la face démontre qu'elle a été complète, la cornée a presque conservé toute sa limpidité; elle est bien loin de présenter les altérations que l'on rencontre lorsque la section du trijumeau a été accompagnée de grands délabrements.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

De l'action physiologique des alcaloïdes du grenadier : M. Dujardin-Beaumetz. Discussion : MM. Constantin Paul, Labbée, Féréol, Duhomme. — Du climat d'Alger dans le traitement des affections pulmonaires : M. Landowski. — Des lavements nutritifs : M. Catillon. — Fragmentation spontanée de calculs dans la vessie : MM. Constantin Paul, Byasson. — Opération d'empyème faite « in extremis » ; succès : M. Moutard-Martin.

M. *Dujardin-Beaumetz* communique quelques-uns des résultats qu'il a obtenus dans les expériences qu'il fait en ce moment sur les alcaloïdes du grenadier.

Tous ces alcaloïdes seraient toxiques, mais celui qui aurait l'action nocive la plus accusée serait la pelletiérine lévogyre; 20 centigrammes de cette substance administrés à un lapin entraînent la mort en une demi-heure avec des phénomènes de paralysie très-marqués. Chez la grenouille, le même alcaloïde produit des phénomènes analogues à ceux du curare, c'est-à-dire qu'il détruit la faculté motrice des nerfs, tout en conservant dans une certaine limite la contractilité musculaire. Les sangsues placées dans des solutions très-étendues de ces alcaloïdes (au 400e) perdent très-rapidement

la propriété de leur ventouse; au bout de dix minutes, elles sont sans mouvement; seulement, tandis que dans la solution lévogyre la sangsue ne peut être rappelée à la vie, dans les autres alcaloïdes, au contraire, on les voit reprendre leurs mouvements lorsqu'elles sont dans l'eau.

D'ailleurs M. Dujardin-Beaumetz se propose de compléter ses recherches pour un travail qu'il doit lire à l'Académie de médecine.

Chez l'homme, soit administrés par la bouche, soit en injections sous-cutanées, les alcalis du grenadier déterminent à la dose de 50 centigrammes des étourdissements très-accusés; aussi, tont en constatant les merveilleux résultats que l'on obtient de cette substance comme anthelminthique, M. Dujardin-Beaumetz croit que chez les très-jeunes enfants il ne faut pas se servir de ce remède.

D'ailleurs, depuis quelques mois, M. Dujardin-Beaumetz n'a pas d'insuccès; dans un cas seulement, la pelletiérine n'a pas amené la sortie de l'helminthe avec la tête, mais il s'agissait dans ce cas d'un botriocéphale, et l'on sait que contre ce ver l'écorce de grenadier est le plus souvent impuissante; d'ailleurs le remède de Créquy a aussi échoué dans ce dernier cas.

M. *Constantin Paul* dit qu'il serait intéressant d'expérimenter le curare comme ténicide; peut-être en obtiendrait-on d'excellents résultats, le curare pris à l'intérieur n'étant pas toxique pour l'individu et l'étant pour les animaux.

M. *Dujardin-Beaumetz* a fait des injections sous-cutanées de tannate de pelletiérine, à la dose de 20 centigrammes; il a observé des accidents toxiques assez sérieux. Il ajoute qu'il n'administre pas cet alcaloïde aux enfants.

M. *Constantin Paul* a employé un remède dont les Suisses font un grand usage et qui leur rend de grands services, c'est l'extrait de bourgeons frais de fougère mâle.

M. *Créquy* préfère à ces capsules et aux capsules ordinaires, qui passent souvent dans le tube digestif sans avoir subi la moindre altération et sur l'action desquelles il est donc difficile de compter absolument, l'administration de fougère mâle et de calomel en masse dans du pain azyme : M. Créquy prescrit 12 grammes de fougère mâle et 1 gramme de calomel. Une heure après, on fait prendre 100 grammes de sirop d'éther, et dans le cas où le tænia n'est pas rendu, on prescrit 40 grammes d'huile de ricin. Grâce à cette médication, M. Créquy a obtenu de nombreux succès; les insuccès ne sont qu'une exception.

M. *Ernest Labbée* demande à M. Créquy si, à la suite de cette dose un peu élevée de calomel, il n'a pas observé de salivation mercurielle. Quant à lui, tout dernièrement, il a eu dans sa clientèle un cas de salivation mercurielle opiniâtre et intense.

M. *Féréol* trouve que la dose de 1 gramme de calomel, même prise à dose massive, est un peu trop élevée, surtout chez les femmes. Il a vu, en effet, des accidents graves se développer à la suite d'une administration (en une fois) de 60 centigrammes.

M. *Duhomme* cite un cas semblable à celui de M. Féréol : il a eu de grandes difficultés à se rendre maître de cette salivation.

M. *Constantin Paul* a remplacé depuis quelque temps le calomel par la scammonée : il n'a, quant à lui, jamais observé de salivation et d'accidents buccaux à la suite du remède de Créquy. L'action du calomel est lente à se produire; c'est pour la déterminer plus rapidement qu'il a substitué la scammonée au calomel. De plus, grâce à ce moyen, il est possible de le prescrire aux enfants.

— M. *Landowski* fait une communication sur le climat d'Alger au point de vue des affections pulmonaires.

— M. *Catillon* fait une communication sur les lavements nutritifs : il s'agit d'un malade qui, vomissant absolument tous les aliments qu'on lui faisait prendre, presque aussitôt après leur ingestion, a été nourri pendant huit mois à l'aide de lavements nutritifs, de bouillon, d'œuf, de lait, de vin et de café.

— M. *Constantin Paul* présente des morceaux de calculs brisés spontanément dans la vessie. Il s'agit d'un malade qui depuis trois ans rendait des fragments de calculs assez gros pour qu'on puisse s'étonner qu'ils aient pu passer par l'urèthre sans déterminer d'accidents. Dans ces derniers temps, le malade en a éliminé une grande quantité. L'aspect en est singulier : ils ressemblent absolument à des fragments d'obus; il semble qu'il y ait eu comme un éclatement des calculs dont la forme était presque spécifique. M. Constantin Paul ajoute que ces cas ne sont pas absolument rares; on en trouve des exemples dans la collection de Civiale, au musée de l'hôpital Necker, et dans l'excellent article du *Dictionnaire*, article fait par M. Desnos.

Quant à la nature de ces calculs, d'après leur forme, leur aspect, leur couleur et leur fragilité, M. Constantin Paul croit qu'on peut les considérer comme formés par du phosphate ammoniaco-magnésien : en tout cas, ils ne sont certainement pas formés par de l'acide urique. Du reste, ces calculs seront examinés.

Que fallait-il faire à ce malade? Comme le dit M. Durand-Fardel, la gravelle est causée soit par une affection diathésique, comme la goutte, soit par suite du dépôt dans la vessie elle-même (gravelle catarrhale) de substances ingérées avec les substances alimentaires. C'est cette dernière opinion qui doit être la vraie pour son malade. M. Constantin Paul a ordonné de l'eau de Vichy; sous son influence, l'amélioration a été notable; le malade a éliminé une grande quantité de fragments, puis, quelques semaines après, les accidents reparurent. M. Constantin Paul signale l'effet heureux qu'on peut obtenir dans des cas semblables par un traitement d'eaux silicatées. Parmi ces dernières, les eaux de Sail-les-Bains occupent le premier rang, non-seulement à cause de leur propriété diurétique, mais par leur forte réaction alcaline, réaction due à la proportion relativement considérable des silicates de soude et de potasse qui y sont contenus. Sans aucun doute, les eaux silicatées en général, et en particulier les eaux de Sail-les-Bains, sont appelées à rendre des services considérables dans le traitement de la gravelle, ainsi que dans les cas où on voudra diminuer l'acidité du sang et des urines.

M. *Byasson* n'admet pas l'explication de M. Constantin Paul relativement à la cause et au mode de la rupture du calcul dont il présente des fragments. Ces fragments ne seraient-ils pas plutôt dus à la fragmentation de dépôts calcaires sur la périphérie de la vessie? On en a signalé des cas fréquents, principalement lorsque les vessies présentent cette forme particulière désignée sous le nom de vessie à colonne.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande si le malade a été sondé.

M. *Constantin Paul* : Le malade a été sondé, mais on n'a rien constaté d'anormal dans la vessie : il est vrai qu'il n'a été sondé qu'après avoir rendu tous les fragments dont M. Constantin Paul présente les échantillons.

— M. *Moutard-Martin* communique le résultat d'une opération d'empyème qu'il vient de faire sur une petite fille de cinq ans. Quatre semaines auparavant, cette enfant avait été atteinte d'une pleuro-pneumonie avec des symptômes typhoïdes. Les accidents s'aggravèrent rapidement, et, il y a huit jours, M. Moutard-Martin, appelé en consultation, constata un état des plus graves : les lèvres étaient saillantes, bleues, la face pâle, les inspirations fréquentes, incomplètes; on constatait de plus de l'anasarque des membres inférieurs.

Comme signes locaux, on constatait une matité absolue du poumon droit, en avant et en arrière. En présence de cette mort imminente et sur la prière de la famille, M. Moutard-Martin, malgré le peu de succès qu'il pouvait espérer, fit la thoracentèse : la ponction fut faite sans que l'enfant manifestât la moindre sensibilité : il retira deux tiers de litre de pus. Cette ponction fut suivie d'une amélioration presque immédiate, et l'enfant, qui ne parlait plus depuis deux jours, reconnut les siens et dit quelques mots : le pouls était redevenu sensible. Le lendemain, les accidents graves survenaient de nouveau ; on fit une nouvelle thoracentèse qui ne donna issue qu'à une très-petite quantité de pus, à cause des fausses membranes qui oblitéraient la canule. Le jour suivant, M. Moutard-Martin, voyant que l'issue allait être promptement funeste, fit l'empyème sans que l'enfant manifestât la moindre sensibilité : l'opération fut suivie de lavage dans la poitrine. Le soir même l'amélioration était très-grande, l'enfant parlait et demandait à manger : l'anasarque diminuait notablement. Aujourd'hui, c'est-à-dire huit jours après l'opération, l'enfant a retrouvé son appétit et sa gaieté : la suppuration continue, mais elle est moins abondante, et le pus n'est pas fétide. La cicatrisation promet d'être rapide.

M. *Féréol* fait remarquer que l'empyème donne des résultats remarquablement heureux chez les enfants. Appelé en consultation auprès d'un enfant, que le médecin ordinaire croyait atteint de méningite tuberculeuse, M. Féréol constata un épanchement considérable : ayant fait d'urgence l'empyème, il vit les accidents graves disparaître rapidement, l'épanchement diminuer peu à peu et la cicatrisation s'effectuer sans aucun accident.

Dr Joseph Michel.

REVUE DES JOURNAUX

Observation de rein unique, par M. Pichancourt, de Reims.

Ce rein repose sur l'angle sacro-vertébral, il est situé entre les deux branches de bifurcation de l'aorte, son bord supérieur correspond à l'articulation de la deuxième avec la cinquième vertèbre lombaire, en bas il remplit le tiers supérieur de la concavité du sacrum. Ce rein présente à considérer quatre bords et deux faces. Les bords latéraux sont convexes, le bord supérieur très-étroit est convexe également, mais vers sa partie moyenne il présente une légère dépression qui correspond au point de réunion des deux reins ; le bord inférieur est beaucoup plus grand que le précédent, il est convexe en bas et en arrière. La face postérieure légèrement concave se moule sur les parois avec lesquelles elle est en rapport. La face antérieure est la plus intéressante : elle est convexe en avant et en bas, le plan médian du corps la partagerait en deux moitiés à peu près symétriques. De la partie moyenne du bord supérieur part un sillon dirigé verticalement en bas ; ce sillon, arrivé à la jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la face antérieure, se bifurque, et chacune de ses moitiés se dirige vers le bassinet correspondant. C'est dans ce sillon que reposent les artères et veines rénales. Aux extrémités des branches de bifurcation se trouvent les bassinets qui ne présentent rien d'extraordinaire.

Le poids et le volume de ce rein sont sensiblement égaux au poids et au volume de deux reins normaux. Enfin, ce rein mesure dans son diamètre vertical 12 centimètres et dans son diamètre transversal 11 centimètres et demi. (*Union médicale du nord-est*, avril 1879.)

Traitement chirurgical de l'anasarque, par le docteur Wickens.

On connaît l'insuffisance, on connaît surtout le danger des scarifications et mouchetures faites sur les membres affectés d'anasarque dans les maladies du cœur ou des reins. Bien rarement elles amènent un dégorgement notable, et trop souvent elles sont suivies d'inflammation, ulcération, gangrène des téguments. M. Wickens obvie à ces inconvénients par le procédé suivant : après avoir bien huilé le membre, il y fait rapidement vingt ou trente piqûres avec une aiguille à bec de lièvre, en ayant soin que la pointe de l'instrument pénètre jusqu'au tissu sous-cutané. Cela fait, on place sur les piqûres des éponges qui, préalablement, ont été plongées dans une solution d'acide salicylique ; à mesure qu'elles deviennent gorgées du liquide de l'hydropisie, on les exprime ou on les passe de nouveau dans la solution d'acide salicylique, puis on les remet en place. Ce changement doit se faire toutes les deux ou trois heures environ ; on absorbe ainsi plusieurs pintes de liquide pendant les premières vingt-quatre heures. Au bout de quatre ou cinq jours, les piqûres sont fermées. Par l'emploi de l'acide salicylique, on prévient la décomposition du liquide, la fétidité des éponges, l'irritation de la peau et les conséquences fâcheuses qui en résultaient fréquemment. (*Archives médicales belges*, avril 1879.)

Du diagnostic du coma alcoolique, par M. le professeur Macewen, de Glascow.

Le point capital et vraiment original de ce mémoire est relatif aux modifications de la pupille. Il est admis jusqu'ici que dans le coma alcoolique la pupille est dilatée. Sur ce point tous les auteurs s'accordent tant en Angleterre que sur le continent. Or, dans une longue pratique hospitalière, le professeur de Glascow n'a jamais trouvé que des pupilles contractées. Il eut un moment la pensée que cette divergence entre l'opinion des auteurs et le résultat de ses propres observations pouvait tenir à la nature de l'alcool ingéré ; mais la constance de cette contraction pupillaire, quel que soit le liquide ayant amené l'ivresse, que ce soit du gin, du pale ale ou du porter, lui fit rejeter avec raison cette hypothèse. Un jour, pour la première fois de sa vie, trouvant une pupille dilatée chez un homme ivre mort, il fit constater le phénomène à ses collègues de l'hôpital, et voici ce qu'on apprit. Quelques instants auparavant, le malade avait fait une chute assez violente sur la tête. M. Macewen crut pouvoir expliquer la dilatation pupillaire par ce traumatisme survenant dans le cours du coma alcoolique. Il étudia donc avec plus de soin l'état de la pupille sur une série de 50 cas de coma alcoolique qu'il observa depuis, et voici le résultat de cette intéressante étude.

Sur ces 50 malades, il trouva 49 fois la pupille contractée. Cette contraction était toujours très-marquée, le plus souvent la pupille avait le diamètre d'une tête d'épingle, quelquefois elle était complètement oblitérée. Le seul qui au moment de l'examen présentait une pupille dilatée avait reçu une contusion violente sur la tête, on pouvait même craindre une fracture du crâne. Il faut ajouter que tous ces malades ont été observés après quelque temps de repos complet dans leur lit. Chez les 49 sujets qui avaient leur pupille contractée et qui étaient tous dans un coma complet (quand le coma est incomplet, quand le malade a un certain degré de conscience, la pupille peut être normale), chez 49 sujets, disions-nous, on employa divers moyens de stimulation comme pour amener le réveil. On donnait un coup sur le crâne, ou bien l'on secouait un peu la tête, on pouvait même se contenter de tirer assez fortement une poignée de cheveux ou de poils de la barbe. Or, cinq à six minutes après cette tentative de réveil, on voyait la pupille se réveiller, se dilater, arriver à ses di-

mensions normales, puis les dépasser, et, au bout d'un temps variant entre dix et trente minutes, le mouvement inverse se produisait, la pupille revenait à son état de contraction extrême; en sorte que, dès que le malade était resté au moins une demi-heure complètement tranquille dans son lit, on le retrouvait avec sa pupille contractée. On peut s'expliquer maintenant l'erreur des auteurs classiques. Ils ont bien pu voir la pupille dilatée, mais cette dilatation était accidentelle et transitoire. Ce phénomème de dilatation et de contraction consécutive s'observa sur 47 malades; chez deux seulement la pupille persista dans son état de contraction, malgré les stimulations les plus variées. Quand ils furent guéris, on vit que tous deux avaient eu une ancienne iritis, suivie d'adhérences.

De tous ces faits, M. Macewen n'est-il pas en droit de conclure que nous avons là un signe véritablement pathognomonique dans le coma alcoolique?

M. Macewen insiste en terminant sur l'impérieuse nécessité de ne pas abandonner un malade dans le coma alcoolique. Outre le danger pouvant résulter du refroidissement progressif et de la congélation dans la saison froide, l'anesthésie profonde amenée par l'intoxication alcoolique expose le sujet à une asphyxie lente ou rapide: lente, par le seul effet du poids de la langue qui, tombant en arrière, obstrue plus ou moins l'ouverture de la glotte; rapide, par la pénétration dans les voies aériennes des matières rejetées par l'estomac ou des médicaments qu'on introduit de force dans la bouche du patient. (*The Glascow med. journal*, février 1879, et *Lyon médical*, avril 1879.)

Nouvelle méthode de traitement des pseudarthroses, par le docteur Rydygier.

L'auteur divise, dans les pseudarthroses rebelles, les parties molles jusqu'au périoste, puis sépare le périoste des deux extrémités osseuses, de manière à obtenir deux lambeaux aussi grands que possible, à bases situées aux extrémités des deux os. Il replie ces deux lambeaux à leur base, le supérieur se dirigeant en bas et l'inférieur en haut, et les tourne en même temps sur leur axe, de manière que la partie interne du périoste vient recouvrir la pseudarthrose. Le traitement ultérieur consiste dans l'application du pansement de Lister.

Rydygier a obtenu d'excellents résultats par ce procédé, qui, d'après lui, aurait surtout pour avantage d'éviter les raccourcissements obtenus par la résection. (*Archives médicales belges*, avril 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Bulletin de la Société clinique de Paris, année 1878, t. II.

Fondée le 19 janvier 1877, la Société clinique de Paris compte aujourd'hui plus de deux années d'existence, et ses bulletins suffisent à démontrer sa prospérité et les services qu'elle est appelée à rendre. Le premier volume, publié en 1878, contenait plusieurs observations remarquables dues, pour la plupart, à des cliniciens d'une autorité et d'une expérience reconnues. Le second volume est non moins riche en travaux scientifiques dont le plus grand nombre est dû à des médecins ou à des internes des hôpitaux. Presque tous ont donné lieu à d'intéressantes discussions. Nous y remarquons un mémoire sur la pathogénie de la pneumonie, plusieurs communications sur l'asthme et son traitement, sur l'aortite, la maladie de Basedow, la méningite cérébro-spinale suppurée, un travail sur l'ostéopériostite rhumatismale de la tubérosité antérieure du tibia chez les jeunes sujets, de nombreuses observations relatives aux maladies des voies respiratoires, etc. Fondée dans le but de provoquer la publication d'observations cliniques, cette Société ne pourra manquer, grâce au concours des médecins et des internes des hôpitaux, de vivre et de prospérer.

Des eaux thermales sulfureuses de Cauterets, par M. le docteur J.-C. Moinet. 5e édition. — Paris, 1879, G. Masson.

Ce livre est utile à consulter, car il donne une idée très-nette et très-précise des conditions dans lesquelles le traitement hydro-minéral peut être institué à Cauterets. La description de cette station et des conditions hygiéniques dans lesquelles peut se faire une cure sulfureuse, et l'étude de l'action physiologique des eaux de Cauterets y sont très-bien traitées. Il faut toujours se garder, quand on parle d'une station minérale, de considérer les eaux qu'on y trouve comme souveraines dans le plus grand nombre des maladies. L'auteur n'a point toujours su résister au besoin qu'il éprouvait de déclarer les eaux de Cauterets supérieures à toutes les autres; mais il a eu le mérite et le bon goût d'indiquer les conditions dans lesquelles les eaux de Cauterets sont inutiles et même nuisibles. Il y a sans doute quelques réserves à faire au sujet de quelques-uns de ces chapitres, bien que dans son ensemble ce livre soit bien fait et certainement utile.

De la syphilis infantile acquise, par M. le docteur Alfred Pontet. Thèse de Paris, 1878; 50 pages in-8.—V. A. Delahaye et Cie.

Si nombreuses que soient les monographies ou les observations publiées sur cette question, la transmission de la syphilis infantile n'a pas encore été étudiée dans tous les cas qui peuvent se présenter, soit dans la pratique médicale, soit dans la médecine légale. La thèse de M. le docteur Pontet ne comble pas toutes les lacunes, mais elle renferme un certain nombre de faits intéressants : à ce titre seul elle mériterait d'être signalée.

Selon M. Pontet, la transmission de la syphilis à l'enfant se ferait d'abord accidentellement à deux époques assez distinctes de l'enfance pour permettre une division importante : tantôt, en effet, c'est un nourrisson qui est contaminé directement ou indirectement par sa nourrice syphilitique (tel est le cas si bien étudié par M. Camille Appay dans son excellente thèse sur la transmission de la syphilis par l'allaitement, 1873), tantôt c'est à une certaine époque de la seconde enfance que la syphilis se manifeste, et ensuite volontairement et directement par le viol. Quant aux preuves certaines de la syphilis communiquée, et c'est là le fait le plus important au point de vue de la médecine légale, elles sont très-rares et très-aléatoires, dit M. le docteur Pontet, en dehors des deux circonstances suivantes : 1° l'existence d'un chancre induré dans n'importe quelle région du corps; 2° les traces d'un traumatisme plus ou moins violent, avec ou sans rupture de l'hymen. Alors même que la syphilis, communiquée même à une époque très-rapprochée de la naissance, serait nettement établie, il resterait encore à prouver qu'il s'agit d'une syphilis accidentelle ou d'un attentat aux mœurs.

Les affections du foie, par M. le docteur Quinquaud, médecin des hôpitaux. 1er fascicule. Paris, 1879; 104 pages in-8. — Chez V. Adrien Delahaye et Cie.

Ce fascicule comprend quatre mémoires reposant sur des observations personnelles : le premier a rapport aux hémorrhagies des voies biliaires; le second est une étude clinique et anatomo-pathologique sur certaines tumeurs adénoïdes; le troisième a rapport à l'ictère grave et à une épidémie d'ictère simple. Cet ouvrage étant encore incomplet, nous ne pouvons, quant à présent, que le signaler.

Étude sur les causes des variations de l'urée dans quelques maladies du foie, par M. le docteur Valmont. Thèse de Paris, 1879; 65 pages in-8. — V. Adrien Delahaye et Cie.

Les variations de l'urée dans les maladies du foie ont été étudiées avec un soin particulier, depuis quelques années, par un certain nombre d'observateurs et principalement par Charcot, Bouchard, Murchison, Brouardel, etc.; on est ainsi arrivé, par une analyse minutieuse et quotidienne des urines, à des conclusions positives que le travail de M. le docteur Valmont vient confirmer. Si incomplète que soit la thèse de M. Valmont, elle

fournit plusieurs observations inédites, très-bien prises, qui font regretter que l'auteur n'ait pas insisté sur l'importance des affections rénales qui viennent si souvent compliquer les affections du foie. C'était là cependant un des côtés les plus importants de la question; nous regrettons que M. Valmont l'ait à peine signalé.

VARIÉTÉS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Mouvement du personnel, recettes et dépenses des six premiers mois de l'année 1879. — Quinze sociétaires sont décédés depuis le 1er janvier 1879 : MM. Acosta, Benoist de la Grandière, Billard, Brossard, Campbell, Caron, Chauffard, Delmas, Fontès, Gubler, Guérard (L.), Jacquemier, Piorry, Tardieu, Trélat père. Vingt-cinq nouveaux sociétaires ont été admis : MM. Lenoir, Maugin, Paulmier, Séailles, Lefèvre, Oyon, de Beauvais, Reuss, Rizat, Albert Robin, Tranchant, Joffroy, Maury, Sentoux, Charles Richet, Boyer, Fligel, Ad. Bertrand, Ch. Arnaud, Anselmier, Hamon, Cuffer, Troisier, Séguin, Boutigny.

Les *dons* encaissés dans les six premiers mois de l'exercice courant forment un total de 830 francs. Madame Blandin a versé son offrande habituelle de 50 francs. Pour perpétuer leurs cotisations, MM. Roger et Géry ont versé chacun 100 francs, et M. Jules Guyot 500 francs; enfin M. Noël Gueneau de Mussy a remis entre les mains du trésorier une somme de 80 francs, représentant les honoraires qu'il n'a pas voulu accepter pour lui.

Cinquante-huit demandes de secours ont été examinées par la commission générale. Deux mille cinq cents francs (2500 fr.) ont été répartis entre cinq sociétaires, et douze mille huit cents francs (12800 fr.) entre trente-cinq ayants droit de sociétaires. Mille sept cent vingt-cinq francs (1725 fr.) ont été alloués à seize personnes étrangères à l'Association.

Conformément à l'usage, les sommes votées pendant ces six premiers mois représentent la moitié des allocations et secours que la commission se propose de donner dans le cours de l'année. Chaque vote a été émis avec cette pensée qu'à moins d'insuffisance de ressources la somme accordée sera doublée avant la fin de l'exercice courant. Les sociétaires recevront ainsi des allocations variant de six cents à douze cents francs, et les ayants droit de sociétaires des sommes comprises entre cinq cents et mille francs. En résumé, la commission générale a, pour ainsi dire, engagé dès aujourd'hui une somme de 34050 francs.

Dans ces derniers temps, le corps médical a été exceptionnellement maltraité par le sort. Pour se renfermer dans les limites du budget de l'Association, les membres de la commission générale ont dû redoubler de prudence et contenir plus d'une fois les élans de leur sympathie. Quatre mille francs sont encore disponibles. Suffiront-ils pour faire face aux demandes déjà soumises à l'enquête et aux pénibles surprises que nous réserve, à la fin de chaque année, l'approche de l'hiver? Il serait téméraire d'y compter.

En présence de cette situation jusqu'à ce jour inconnue, nous n'hésitons pas à faire appel aux confrères favorisés de la fortune.

Confidents intimes des souffrances qui réclament le secours de l'Association et des services que rend chaque jour notre œuvre d'assistance, nous estimons que ce double privilège nous impose le devoir de solliciter du corps médical un redoublement de générosité.

Muséum. — Par décret en date du 1er août 1879, M. Pouchet (Henry-Charles-Georges), docteur ès sciences, maître de conférences à l'Ecole normale supérieure, a été nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie comparée, en remplacement de M. Paul Gervais, décédé.

Prison de Saint-Lazare. — Par arrêté de M. le préfet de police en date du 25 juillet, M. le docteur A. Lutaud vient d'être nommé médecin adjoint.

Légion d'honneur. — A été nommé au grade de chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur, M. Thouatre (Just), docteur en médecine, médecin en chef de l'hôpital français à la Nouvelle-Orléans. Avait reçu la médaille d'or de 1re classe pour ses services pendant l'épidémie de 1867.

Prix Cameron : M. Paul Bert. — M. Paul Bert vient de recevoir de l'Université d'Edimbourg le « prix Cameron » pour l'année 1878. Ce prix, d'une valeur de 1500 francs, est destiné tous les ans « aux médecins qui ont pendant l'année fait la plus importante découverte dans le domaine de la thérapeutique ». Le prix « Cameron » a été donné à M. Paul Bert pour les résultats pratiques de ses belles recherches sur la pression barométrique, et particulièrement pour sa découverte récente de l'emploi chirurgical du protoxyde d'azote sous pression comme anesthésique de longue durée.

Le nouvel Hôtel-Dieu. — Dans sa séance d'hier, le conseil municipal a ajourné la discussion relative aux travaux de sculpture à exécuter au nouvel Hôtel-Dieu.

École de médecine de Toulouse. — Par décret en date du 28 juillet 1879, il est créé une chaire spéciale de médecine opératoire, par dédoublement de la chaire de pathologie externe et médecine opératoire. — La chaire de médecine légale, à ladite Ecole, est supprimée.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Spire (de Lunéville).

— M. Dupont, ancien vétérinaire du département de la Gironde, qui fut pendant longtemps secrétaire de la Société d'agriculture, vient, en mourant, de léguer toute sa fortune (400000 francs) à l'hospice de la ville de Pau. M. Dupont était originaire de cette ville.

Fièvre jaune a la Havane. — On télégraphie le 5 août : « Les nouvelles de la Havane annoncent que dans le courant de la semaine dernière on a constaté 137 décès de la fièvre jaune. C'est 20 de plus que la semaine précédente. Le nombre des décès pendant le mois de juillet a été de 537.

Errata. — N° 31 (compte rendu de la *Société de biologie*), p. 493, 494, 495 (*passim*), *au lieu de :* Boroditsch, *lisez :* Bowditsch.

P. 494, 2e colonne, ligne 63, *au lieu de :* ceci s'observe chez les animaux. *Pour* l'appareil..., *lisez :* ceci s'observe chez les animaux *dont* l'appareil...

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 24 au 31 juillet 1879, on a constaté 852 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 20. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 3. Variole, 11. — Croup, 11. — Angine couenneuse, 18. — Bronchite, 41. — Pneumonie, 31. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 32. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 3. — Erysipèle, 0. — Autres affections aiguës, 222. — Affections chroniques, 372 (dont 159 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 37. — Causes accidentelles, 23.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité d'optique considérée dans ses rapports avec l'examen de l'œil, par le docteur G. Sous. 1 vol. In-8, avec 89 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 8 fr.

Quelques considérations sur les déviations menstruelles, par le docteur Jules Rouvier. In-8 de 24 pages. Paris, 1879, F. Savy. 1 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE — N° 33 — 15 AOUT 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 14 août 1879.

Académie de médecine : ACTION DES FERMENTS DIGESTIFS EMPLOYÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE. — DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES.

La note lue à l'Académie par M. le professeur Vulpian et le mémoire qu'il a présenté au nom de M. Mourrut ont une importance physiologique et thérapeutique incontestable. Nous ne prétendons point, il est vrai, que les conclusions du mémoire de M. Mourrut devront être prises à la lettre, et qu'il faudra s'abstenir désormais de prescrire les acides ou les préparations de pepsine contre les dyspepsies. Nous pensons, au contraire, ainsi que l'a, du reste, explicitement affirmé M. Vulpian, « que les conditions des digestions artificielles sont très-différentes de celles des digestions naturelles ». Nous nous rappelons que Schiff, qui avait parfaitement reconnu, il y a déjà plus de quinze années, qu'un mélange de pepsine et d'acide chlorhydrique était beaucoup moins actif que l'acide ou la pepsine pris isolément, affirmait cependant que la digestion ne s'effectue que dans la pepsine acidifiée, et expliquait cette contradiction apparente à l'aide d'expériences et de moyens d'analyse que tous les physiologistes connaissent, et qu'il nous semble inutile d'exposer de nouveau. Nous sommes persuadé que les expériences faites en vases clos, avec ou sans étuve, mais dans des conditions qui ne rappellent en rien les conditions physiologiques, ne sauraient dicter au médecin les procédés thérapeutiques qu'il peut et qu'il doit mettre en usage. Sans doute il est toujours très-difficile de bien juger l'action d'un médicament; mais n'est-il pas aussi malaisé de déterminer quelles pourront être les réactions ou les sécrétions provoquées dans l'estomac ou le duodénum à la suite de l'administration d'une substance médicamenteuse? La théorie des *substances peptogènes* développée par Schiff peut être contestable; il n'en est pas moins vrai que la complexité des actes organiques qui se passent dans l'estomac ou l'intestin paraît incompatible avec les théories chimiques, si simples en apparence, que l'on est toujours tenté d'accepter lorsqu'un physiologiste éminent et convaincu vient apporter à l'appui de ses affirmations des faits bien observés. Mais, tout en faisant quelques réserves au sujet de l'application à la thérapeutique journalière des expériences de laboratoire, tout en affirmant les droits de l'expérimentation clinique et de l'observation médicale, nous devons signaler ce qui, dans la note de M. Vulpian, nous semble immédiatement applicable. L'éminent physiologiste affirme que l'addition d'alcool à une solution de pepsine a pour effet d'en neutraliser ou tout au moins d'en modérer l'action. Il déclare qu'il suffit d'ajouter à la solution de pepsine une quantité d'alcool égale à celle que contiennent les vins de Bourgogne ou les vins de Bordeaux pour arriver à ce résultat négatif. Il condamne donc absolument tous les élixirs de pepsine.

M. Mourrut, qui a complété ces recherches et qui a étudié comparativement les divers élixirs de pepsine, est même allé plus loin en insinuant que l'élixir qui lui a servi ne renfermait pas ou qu'il renfermait peu de pepsine. Et, en effet, la précipitation par l'alcool peut retenir sur le filtre la presque totalité du principe actif, de telle façon que la médication prescrite ne devient plus qu'une solution alcoolique plus ou moins aromatisée. Cette conclusion d'un travail physiologique sérieux et présentant toutes les garanties scientifiques qu'on peut souhaiter est de nature à faire réfléchir plus d'un médecin. De nos jours, en effet, non-seulement les préparations dites eupeptiques, mais un très-grand nombre de médicaments, sont prescrits sous forme de *spécialités.* Et s'il en fallait croire M. Chatin, la plupart de ces spécialités pharmaceutiques seraient des médicaments inefficaces, semblables à l'élixir *sans* pepsine dont s'est servi M. Mourrut. Cette question des spécialités pharmaceutiques nous paraît des plus sérieuses, et nous ne voudrions pas la traiter en quelques lignes. Il nous paraît toutefois difficile de n'en pas dire un mot à propos de la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie. Très-convaincu de l'utilité du rationalisme thérapeutique, très-partisan des prescriptions médicamenteuses dictées par l'expérimentation clinique éclairée par la physiologie, nous sommes très-disposé à condamner *à priori* tous les remèdes secrets, toutes les spécialités, tous les médicaments qu'un empirisme des plus grossiers peut seul prôner et défendre. Mais, pour arriver à se passer des *spécialités pharmaceutiques,* il faut pouvoir être certain de l'efficacité et de l'activité des médicaments que l'on prescrit. Or, nul ne nous contredira à cet égard; ce qui manque le plus au médecin praticien, ce sont de bons médicaments. Dans une grande ville, où quelques pharmacies sont dirigées par des savants, par des chimistes aussi habiles que consciencieux, on peut, il est vrai, trouver bien des ressources. Nous savons qu'à Paris tel ou tel pharmacien que nous pourrions citer recueille avec le plus grand soin les substances premières dont il fait usage, les conserve avec toute la vigilance nécessaire, et prépare avec beaucoup de conscience les potions, les infusions ou les pilules que le médecin prescrit; mais nous savons aussi que ces pharmacies modèles sont rares. Nous savons que certains médicaments, tels que la digitale, l'aconit, la vératrine ou la pepsine, ne se trouvent que dans un très-petit nombre de maisons privilégiées, avec toutes les qualités thérapeutiques que l'on peut en attendre. Or, sans insister sur ces questions, dont tous les praticiens comprennent les difficultés, ne faut-il pas reconnaître qu'il est souvent impossible au médecin d'imposer à son client la nécessité de se fournir chez un pharmacien spécial le médicament qu'on lui prescrit? Ne faut-il pas convenir, dès lors, que, ne pouvant être sûr du remède

qu'il emploie, le médecin hésite sur les doses et, s'il n'a point acquis par une assez longue pratique hospitalière l'habitude de la posologie et de la formulation thérapeutique, hésite même avant de recommander un médicament dont il pourrait avoir à redouter l'activité?

Ces hésitations, dont le malade est souvent victime, disparaissent lorsqu'il n'est plus question que de prescrire une spécialité pharmaceutique dont l'expérience a prouvé l'efficacité. Préparé dans des conditions que l'on affirme toujours identiques, le médicament passe, à tort ou à raison, pour déterminer toujours les mêmes effets. Le médecin le recommande sans crainte; le malade le prend sans appréhension. La forme de la préparation, les prospectus qui l'enveloppent, la notoriété que lui donnent d'habiles réclames contribuent à assurer son succès. Et c'est ainsi que, craignant de prescrire des médicaments qui seront mal préparés ou inefficaces, les médecins s'abstiennent de prescrire et oublient, lorsqu'ils se sont donné la peine de les apprendre, les règles les plus élémentaires de la posologie et de la thérapeutique. Dans les petites villes, dans les villages surtout le mal est plus sérieux encore. Les pharmaciens n'y peuvent avoir les médicaments rares et précieux, ceux que l'on recommande chaque jour comme les plus efficaces, ceux dont la conservation et la préparation exigent des connaissances scientifiques et des soins minutieux. Il leur est dès lors infiniment plus commode d'avoir recours à ces médicaments spéciaux que le nom de leur inventeur ou la notoriété qu'ils ont acquise recommande à l'attention. Enfin il arrive quelquefois que, malgré tous les soins apportés par un pharmacien à la préparation des formules qu'il reçoit, les médicaments qu'il fournit sont moins efficaces que certains remèdes secrets ou spéciaux. A la dernière séance de la *Société médicale des hôpitaux*, l'un des médecins les plus savants, les plus habiles et les plus honorables, M. Ernest Besnier, ne déclarait-il pas que le remède de *Peschier* (de Genève) réussissait contre le bothriocéphale aussi bien qu'il réussit contre le tænia inerme, alors que les autres préparations de fougère mâle échouent le plus souvent? Et M. Constantin Paul n'expliquait-il pas l'activité de ce remède, dit *secret*, par l'habileté avec laquelle il était préparé? Il nous paraît inutile de citer d'autres exemples ou d'insister plus longuement sur une question qui ne sera pas résolue de sitôt. Pour réagir contre la dangereuse et désastreuse habitude qui tend à s'introduire, pour encourager les jeunes médecins à se servir de médicaments dont ils peuvent étudier l'action et non de remèdes dont la préparation demeure inconnue, il faudrait pouvoir leur affirmer que les médicaments dont ils ont théoriquement étudié l'action leur seront fournis dans des conditions toujours identiques. Il faudrait, dans ce but, les intéresser aux études thérapeutiques et insister, plus qu'on ne le fait de nos jours, sur la nécessité de savoir prescrire et formuler. Mais il serait non moins nécessaire, pour mieux combattre la manie des spécialités pharmaceutiques, de les soumettre à une réglementation qui serait à déterminer; de signaler plus souvent et de réprimer les fraudes; de stigmatiser le charlatanisme, et surtout de ne recommander jamais que les médicaments dont une longue expérience et des analyses rigoureuses ont bien démontré l'efficacité et le mode de préparation. On n'arrivera jamais à empêcher un médecin de prescrire un médicament qui réussit toujours dans un cas déterminé. Ce qu'il faut éviter, c'est d'adopter aveuglément une préparation que l'on ne conseille que pour s'éviter la peine de répondre à une indication précise par une prescription rationnelle. L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Contribution a l'étude du cancer du larynx, par le docteur Krishaber (1).

Les articles consacrés à l'étude de la pathologie laryngée des deux Dictionnaires en cours de publication ne contiennent sur le cancer du larynx que des aperçus très-insuffisants. De ces deux articles, le premier en date, celui que j'écrivis dans le *Dictionnaire encyclopédique* en 1868, n'est qu'une pierre d'attente pour la description d'une affection encore peu connue alors. Le deuxième, celui de MM. Eug. et J. Bœckel, publié dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (1875), est encore beaucoup plus succinct, et ne constitue qu'une simple indication. Dans sa brièveté, mon article sur le cancer du larynx contient des affirmations que j'ai depuis longtemps le souci de rectifier, les faits nombreux que j'ai eu l'occasion d'observer depuis cette époque et l'analyse des travaux publiés sur cette matière m'ayant éclairé sur la physionomie véritable de l'affection.

En effet, des observations assez nombreuses ont été publiées de toutes parts sur ce sujet dans les dix ou douze dernières années; plusieurs fois elles ont été groupées dans des monographies, et les traités spéciaux sur les maladies des voies respiratoires parus depuis la même époque, tant en France qu'à l'étranger, font aussi largement mention du cancer du larynx. Si chacune de ces publications a augmenté la somme de nos connaissances, il faut ajouter cependant que plusieurs côtés importants de la question ont encore été laissés dans l'ombre. C'est ce qui m'a déterminé à rapprocher des travaux antérieurs les résultats de mon expérience personnelle, pour ajouter à l'histoire de cette affection les traits qui m'ont semblé particulièrement dignes d'être signalés.

Il existe déjà dans la science environ cent cinquante observations de cancer du larynx; mais, malgré cette abondance relative de matériaux, il ne s'est pas encore produit de description réellement caractéristique de cette redoutable affection : si, dans les divers exposés publiés jusqu'à ce jour, on venait à supprimer les titres, le lecteur y trouverait l'histoire du cancer en général, mais ne reconnaîtrait le siège du mal qu'à la description des troubles fonctionnels. Or le cancer du larynx, nous tenons à le dire dès le début, a des caractères spéciaux, nettement tranchés, et il importe de les faire connaître.

On rencontre une certaine difficulté à circonscrire le sujet; que faut-il entendre par cancer du larynx? Dans mon article du *Dictionnaire encyclopédique*, je n'avais admis que les tumeurs malignes de cet organe débutant primitivement par un point quelconque autre que la face aryténoïdienne, et j'éliminais avec intention les cancers siégeant à l'entrée même du larynx et sur la paroi commune aux voies digestives et aériennes. Cependant les cancers développés primitivement sur ces derniers points troublent tout d'abord, au moins pour la plupart d'entre eux, la respiration et la phonation, et secondairement seulement la déglutition; ils réclament très-souvent la même intervention chirurgicale et ont des points de rapprochement tellement nombreux avec le cancer primitif du larynx qu'il y a lieu de confondre les deux formes dans la même description.

Il n'est guère facile encore de faire une classification anatomique des tumeurs malignes du larynx; les descriptions histologiques sont trop peu nombreuses et surtout trop imparfaites pour en fournir les éléments. D'ailleurs, les recherches histologiques fussent-elles mieux établies, elles ne nous donneraient pas encore la meilleure base de division

(1) Une petite portion de ce travail a déjà paru dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*.

qui, au point de vue de la symptomatologie, a été, à juste titre, basée sur le point d'implantation de la tumeur.

Isambert l'avait compris ainsi et avait admis quatre variétés : 1° cancer extrinsèque ou laryngo-pharyngien; 2° cancer polypiforme intra-laryngien ; 3° cancer intra-laryngien squirrheux; 4° cancer sous-glottique ou trachéal. M. Fauvel a employé aussi une division topographique, un peu plus simple, qui ne comprend que trois classes : cancers primitifs, cancers mixtes et cancers par propagation. Quel intérêt, en effet, y a-t-il à faire deux variétés de cancer intra-laryngien? Après avoir déclaré inopportune toute tentative de classification anatomo-pathologique, Isambert, en ébauchant une, l'a condamnée lui-même, en disant de la variété qu'il avait dénommée cancer squirrheux intra-laryngien : « Je ne puis même justifier absolument la dénomination de squirrheux que je lui donne, n'ayant pu faire l'autopsie des malades dans aucun des cinq cas que j'ai observés jusqu'à présent. » (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, 1876, p. 1, et *Conf. clin. sur les mal. du larynx*, p. 246.)

A vrai dire, on ne reste qu'en face de deux variétés, le cancer intrinsèque et le cancer extrinsèque; le premier s'implante et se développe dans la cavité même de l'organe, le second sur ses parois; à la première variété se rattache le cancer sous-glottique ou trachéal d'Isambert, forme rare dont j'ai observé un exemple. Les cancers de la seconde variété, ceux dits extrinsèques ou mixtes, qui siègent sur l'épiglotte, à l'orifice supérieur du larynx, sur la paroi aryténoïdienne, sont plus fréquents que les cancers intra-laryngés, mais il importe de faire connaître par quels points ils rentrent bien dans notre étude, et par quelles différences ils se séparent des cancers occupant la cavité.

L'anatomie pathologique, nous l'avons déjà dit, est, avec l'étiologie, la partie de la question sur laquelle nos connaissances sont le plus bornées. Autant qu'on en peut juger par le petit nombre d'examens microscopiques et par les caractères macroscopiques et cliniques, les formes de cancer qui se sont le plus souvent présentées sont l'épithélioma et l'encéphaloïde; on a exceptionnellement rencontré le sarcome. Un des cas les mieux étudiés de cette dernière variété a été présenté à la Société anatomique par MM. Raymond et Longuet, avec examen histologique fait par eux sous le contrôle de M. Vulpian (*Bull. de la Société anatomique*, 1874, p. 73). Sur les trente-sept cas de cancer du larynx observés par M. Fauvel, on compte dix-neuf encéphaloïdes et seize épithéliomas : deux cas sont restés douteux. C'est également à ces deux variétés que m'ont paru se rapporter tous mes faits personnels, dans les cas où l'examen microscopique a été pratiqué comme dans ceux où le jugement ne s'est fondé que sur les caractères macroscopiques et cliniques.

Quelques observations suivies d'autopsie sont accompagnées d'examens microscopiques attentivement exécutés, comme ceux de Curling (in *Schmitt's Jahrb.*, 1861), de M. Hénoque (in *Thèse de M. Blanc*, 1872); j'ai à mon tour fait, à deux reprises différentes, examiner au microscope des tumeurs épithéliales du larynx, après la mort des individus; mais cette étude histologique approfondie des cancers du larynx reste encore à faire, et l'ignorance relative dans laquelle nous sommes à l'heure présente sur la structure intime de ces tumeurs laisse en suspens une question bien plus importante encore, celle de savoir si des papillomes, des fibromes du larynx, des tumeurs bénignes en somme, peuvent se transformer soit spontanément, soit par le fait d'irritations telles qu'une manœuvre opératoire, en tumeurs de mauvaise nature. Plusieurs auteurs décrivent cette dégénérescence des tumeurs primitivement simples en tumeurs malignes, et pour quelques-uns même cette prétendue transformation s'opérerait en un temps relativement court. Dans certains cas, l'ablation de végétations simples du larynx par les voies naturelles aurait été suivie d'une amélioration; mais les accidents se seraient reproduits avec caractère malin. Nous avons de la peine, quant à nous, à admettre pareille interprétation. Sans doute les polypes du larynx, les papillomes surtout, se reproduisent parfois, mais ce n'est jamais qu'après un temps assez long; ils ne constituent en vérité que des corps étrangers et ne produisent jamais de cachexie. La plus grosse végétation papillaire que j'aie vue, et une des plus grosses assurément qui aient été rencontrées, est celle dont je fis l'extirpation chez un petit garçon de quatorze ans et dont j'ai présenté l'observation à la Société de chirurgie en 1870. Ce malade, qui m'avait été adressé par Horteloup (père), avait présenté des accidents graves d'asphyxie, et aussitôt après l'opération il avait recouvré la respiration normale. Six ans plus tard je ne trouvais chez ce malade qu'un vestige moindre que la sixième partie de la tumeur enlevée, et situé au point d'implantation de celle-là. Seconde opération, et depuis, le malade n'avait plus éprouvé aucun symptôme laryngé.

Toute différente est la marche de l'affection après l'extirpation d'une de ces tumeurs supposées bénignes au début et transformées spontanément dans la suite. Exemple : dans l'observation X du livre de M. Fauvel (p. 774), il s'agit d'un homme de soixante-deux ans qui est atteint, depuis environ cinq ans, de troubles vocaux et respiratoires. C'est M. Edouard Fournié qui constate l'existence d'une tumeur bosselée, inégale, saignant au moindre contact. Trachéotomie par M. Maisonneuve; extirpation par les voies naturelles d'une tumeur largement implantée et de consistance presque cartilagineuse; le lendemain, ablation d'une autre petite tumeur. Aussitôt la respiration se rétablit; trois jours après, la voix est recouvrée en partie; mais il restait, dit M. Fournié, des plaies suppurantes et d'autres points tuméfiés dans la cavité du larynx; des cautérisations journalières au nitrate d'argent firent justice de ces lésions; la voix et la respiration étaient parfaites; il fut décidé qu'on enlèverait la canule. Cependant, deux mois après, la canule était toujours en place; la voix était complètement perdue, l'haleine était fétide, et M. Fauvel apercevait à son tour, dans le vestibule du larynx, une grosse tumeur vasculaire qu'il enleva par fragments avec le galvano-cautère. Le microscope apprend qu'il s'agissait d'un encéphaloïde, tandis que la première tumeur enlevée avait été jugée de nature fibro-plastique. Le malade survécut dix-huit mois à l'opération, et M. Fauvel exprime cette opinion que dans ce cas, comme pour une autre de ses observations, « au début, la maladie consistait en une tumeur épithéliale limitée, bénigne, tandis qu'à la fin elle se *convertit* en carcinome épithélial ».

Il est cependant difficile de consentir à une pareille interprétation ; les végétations simples ne laissent pas après elles des ulcérations purulentes ; elles ne récidivent pas de la sorte, et loin d'établir un fait de transformation d'une tumeur bénigne en une tumeur maligne, je ne vois dans ce cas qu'un cancer du larynx en tous points typique : dans une première période la marche lente, l'évolution indolente, l'intégrité de l'état général obscurcissent le diagnostic ; mais, avec la seconde période, apparition, comme dans presque tous les cas, des caractères tranchés, absolus de l'affection maligne.

On a observé le cancer du larynx à peu près sur tous les points de la surface de l'organe, quoique avec certaines différences de fréquence : le côté gauche a été atteint plus souvent que le droit; les faits observés par M. Fauvel indiquent à cet égard une différence très-prononcée qui m'a paru un peu moins accentuée d'après mes observations propres; les cordes vocales supérieures sont atteintes plus souvent que les inférieures, mais il n'est pas rare cependant de voir la lésion partir d'un de ces derniers organes. C'est même une des causes pour lesquelles quelques auteurs ont admis la transformation des tumeurs, partant de cette donnée que les cordes vocales inférieures étaient fréquemment le siège de productions polypeuses bénignes, mais non de tumeurs malignes.

Les cancers du larynx ont certains sièges de prédilection

suivant leur nature présumée; l'épithélioma occupe de préférence la cavité même du larynx, les cordes vocales, le ventricule, la région sous-glottique; il se produit surtout dans la moitié antérieure de la cavité du larynx, et c'est à cette variété qu'appartiennent la plupart des cas à marche très-lente.

L'encéphaloïde siége plus souvent, au contraire, sur les parties supérieures et postérieures du larynx, sur les replis aryténo-épiglottiques, sur l'épiglotte, et surtout sur les cartilages aryténoïdes, ce mur mitoyen commun aux voies aériennes et aux voies digestives, dont la lésion rentre dans la variété des cancers mixtes. Il a généralement une évolution plus rapide, et tend beaucoup plus que l'épithélioma à s'étendre sur les régions voisines. Dans les deux formes, l'extension se fait habituellement d'avant en arrière; la marche en sens inverse est exceptionnelle.

Je passe sur quelques considérations anatomiques secondaires, qui allongeraient trop cet article.

Au même titre que toutes les autres manifestations cancéreuses, celle qui nous occupe ne présente encore qu'une seule notion étiologique dûment établie, l'hérédité. Ici nous en acquérons peut-être moins fréquemment la certitude que dans les cancers de beaucoup d'autres organes, et c'est surtout par analogie que nous pouvons lui donner créance. Je me suis souvent livré à de minutieux interrogatoires, mais je n'ai pu que dans un petit nombre de cas acquérir l'assurance que mes malades avaient eu dans leur famille des exemples d'une manifestation cancéreuse dûment établie. J'observe actuellement une dame arrivée à la dernière période d'un cancer mixte occupant le larynx et l'œsophage: le père de cette malade a été atteint d'un cancer du testicule opéré, et suivi, à plusieurs années de distance, d'une lésion de même nature au larynx; il est mort avec tous les symptômes légitimes d'un cancer de cet organe. Une autre fois un de mes malades avait perdu une sœur d'un cancer au sein. Le docteur Bailly (de Chambly, Oise) a publié dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (1876, p. 83) l'histoire d'un malade qui fut pendant quelque temps soigné par Isambert, et chez lequel l'influence héréditaire était manifeste, son père étant mort d'un cancer du pylore et sa sœur étant atteinte d'un cancer utérin au moment même où il était soigné pour son affection laryngée. Un autre fait assez précis est celui que MM. Lafont (de Bayonne) et Isambert ont publié dans les *Annales* (*loc. cit.*, 1876, p. 79); la mère du malade avait succombé vingt ans auparavant à un carcinome utérin.

L'investigation dans cette direction est souvent limitée par des considérations d'ordre général qui s'opposent bien souvent à la recherche des transmissions héréditaires des maladies diathésiques, quelles qu'elles soient: les malades sont les premiers à comprendre que dans l'esprit du médecin la nature de leur mal est la même que celle de l'affection dont est mort tel de leurs parents; c'est une pensée douloureuse que nous devons leur épargner, dût le diagnostic en être retardé. En outre, les diathèses passent souvent dans les familles par-dessus une génération qui reste indemne; les malades peuvent, de très-bonne foi, ignorer l'affection qui a emporté des ascendants, et des collatéraux même assez proches. Ces remarques s'appliquent, il est vrai, aux transmissions héréditaires en général, mais nous pouvons ajouter qu'en tout état de cause l'hérédité est moins bien établie pour la forme de cancer qui nous occupe que pour beaucoup d'autres.

Je ne connais qu'un seul exemple, je viens de le citer, de cancer du larynx transmis du père à la fille, et je n'en ai pas trouvé dans les auteurs, mais pendant longtemps j'ai cru en avoir rencontré un second dans ma pratique; ma première idée ne s'est cependant pas confirmée. Voici le fait: j'ai donné des soins à une dame morte à soixante-seize ans, d'un cancer du larynx; dix-huit mois avant la terminaison, je fus consulté par son fils âgé de quarante-huit ans environ. Celui-ci présentait des végétations fongueuses de l'épiglotte, et je pensais au début qu'il était atteint de la même affection que sa mère; mais ce malade a guéri presque complètement; l'idée du cancer dut, par conséquent, être abandonnée.

Etiologie. Comme presque tous les autres cancers, celui du larynx appartient en général à la période de la vie qui est comprise entre l'âge mûr et la vieillesse. Le plus jeune de mes malades avait quarante-huit ans, le plus âgé soixante-seize; un autre soixante-douze ans; les trente autres malades que j'ai vus variaient entre cinquante-deux et soixante-trois ans. On trouve dans les auteurs quelques exemples de cancers laryngés aux deux extrêmes de la vie et aussi dans l'adolescence. M. Causit, dans sa thèse sur les polypes chez les enfants, et en particulier les polypes congénitaux (*Thèse pour le doctorat*, Paris, 1867), a réuni un grand nombre d'observations de tumeurs du larynx; dans quelques-unes, empruntées à Rokitansky et à Ogle, des enfants de quatre, six et dix ans avaient présenté des polypes de nature épithéliale. Dans les *Bulletins de la Société anatomique*, on trouve deux présentations de cette nature, faites, l'une par M. Richard Maisonneuve (1856, t. I, p. 143), l'autre par M. Dufour (1851, p. 347). Dans tous ces faits, la nature de la lésion a été déterminée par le microscope; mais il aurait fallu qu'ils eussent des caractères cliniques qui leur manquent ou qui, du moins, ne les rapprochent nullement du cancer laryngien dans les conditions ordinaires où il se présente.

En somme, ce que j'ai observé pour l'âge ne diffère pas sensiblement de ce qui a été dit par les autres observateurs; presque tous les malades de M. Fauvel, par exemple, étaient âgés de cinquante à soixante-dix ans.

L'influence du sexe est tout aussi facile à reconnaître; les hommes sont atteints dans une proportion bien supérieure aux femmes; M. Fauvel a, sur trente-sept malades, compté trente-quatre hommes et trois femmes, soit une femme pour onze hommes. Ziemssen, dans son tableau de 96 observations recueillies dans les auteurs, a trouvé 62 hommes et 16 femmes pour les 78 cas où le sexe avait été indiqué. Cette statistique est bien plus défavorable aux femmes que la précédente et un peu plus aussi que la mienne propre, puisque sur mes trente-trois malades j'ai compté quatre femmes.

L'étude des autres états diathésiques n'a pas donné de résultats: quelques-uns de mes malades avaient eu des parents tuberculeux, et cette coïncidence a été notée dans plusieurs cas, sans qu'on puisse en tirer l'idée d'aucune connexion entre les deux diathèses.

Elles existaient simultanément chez un de mes malades, dont je vous relaterai l'histoire; il avait, en même temps qu'un cancer du larynx, de profondes lésions pulmonaires d'origine tuberculeuse. Mais ce fait est très-rare (1).

On recherche toujours avec soin les antécédents syphilitiques, non point pour faire jouer à ceux-là un rôle pathogénique que rien ne justifierait, mais pour assurer le diagnostic et pour se placer, par un surcroît de précaution, à l'abri de surprises si souvent occasionnées par les dernières formes de la syphilis.

Enfin, à propos du cancer du larynx, Isambert a repris l'opinion de Bazin, relative à la terminaison par le cancer des manifestations herpétiques; il a rappelé les cas de cancroïdes de la langue succédant au psoriasis de cet organe, et il a insisté sur ce fait que le malade observé par lui, avec le docteur Lafont (de Bayonne), avait été atteint dans sa jeunesse d'un psoriasis cutané très-étendu. Peut-être n'y a-t-il dans ce cas, comme dans les trois autres signalés par Isambert, qu'une coïncidence; tout au plus devons-nous réserver ce point spécial de l'étiologie pour le moment où un plus grand nombre de faits aura fourni les éléments d'une sérieuse appréciation.

(1) M. le professeur Lépine a observé récemment un cas semblable qui doit être publié prochainement.

L'idée des influences diathésiques autres que celle du cancer me paraît d'autant moins digne de crédit que le plus grand nombre des malades sont robustes et sans antécédents personnels; je n'en ai vu qu'un qui eût une apparence chétive, tandis que tous les autres affirmaient avoir toujours joui d'une santé parfaite.

C'est pour ces malades qu'on s'est ingénié à trouver la cause de l'affection dans ces circonstances banales que, dans leur désir de tout expliquer, les patients offrent le plus souvent d'eux-mêmes au médecin. Aucun fait n'établit une influence professionnelle; un malade était, pour la direction de ses affaires, obligé de se faire entendre journellement d'un grand nombre d'ouvriers, et il attribuait volontiers les troubles laryngés qu'il éprouva pendant vingt ans à la fatigue qu'il s'imposait. Un petit nombre de faits analogues ne suffisent pas pour permettre d'incriminer l'abus de la parole.

Quelques auteurs ont cru pouvoir faire jouer un rôle à l'usage immodéré du tabac : le malade de M. P. Koch était un grand amateur de chasse qui entretenait une bronchite chronique par des exercices au grand air et par l'abus du tabac. Dans quelques circonstances, c'est l'alcoolisme qui a paru dominer l'état de santé de certains malades. Est-ce à dire qu'on puisse lui attribuer une influence? Assurément non. Un malade qui m'était adressé par M. le docteur Roché, de Charny, était, à n'en pas douter, atteint d'un carcinome laryngien; la mort, cependant, survint du fait de l'alcoolisme, d'après les renseignements que j'ai obtenus; je ne pourrais voir dans ce fait qu'une simple coïncidence.

Souvent les antécédents indiquent une prédisposition aux laryngites et aux bronchites. D'autres fois, c'est à un refroidissement brusque, le corps étant en transpiration, que le début des accidents est attribué; c'est ce qui se produisait en particulier pour la malade observée par Trousseau, dont nous avons déjà cité l'histoire.

Toutes ces causes peuvent assurément entretenir du côté du larynx une inflammation qui se traduit par des symptômes de laryngite aiguë ou chronique, mais est-il possible de leur attribuer une influence quelconque sur la production d'une lésion aussi spéciale que le cancer? Il n'a même pas été prouvé que chez les individus menacés par une influence héréditaire la détermination se fît sur le point accidentellement affecté de leur organisme, et, dans le doute, il me paraît plus rationnel d'avouer les inconnues que d'admettre des explications banales et sans valeur.

Je n'ai pas plus de confiance dans l'influence du traumatisme. Le sujet de l'observation V, de M. Fauvel, aurait été dans une rixe « saisi fortement à la gorge ». De là, aggravation des symptômes vocaux et respiratoires. Mais ces symptômes existaient depuis longtemps déjà, puisque dix mois avant cette agression ce malade avait consulté pour des troubles laryngés très-nets et remontant à plusieurs mois (*Traité des maladies du larynx*, p. 765). Le traumatisme interne a été mis en cause un peu plus loin; il s'agit alors des manœuvres opératoires faites pour enlever des polypes supposés bénins. Telle est la cause invoquée dans l'observation III (du *Recueil des cas de cancers*). Mais si on se reporte à l'observation XXI (*Des cas de polypes*), on voit que ce même individu a été soigné pour un prétendu polype dont le microscope démontre la structure épithéliale.

J'ai vu aussi un malade qui attribuait à un traumatisme les accidents laryngés qu'il éprouvait, accidents qui étaient manifestement produits par un cancer; mais, pour lui tout venait de ce que pendant la guerre il avait subi une violente striction du cou, dans une lutte de corps à corps avec un soldat étranger. Plusieurs années s'étaient écoulées cependant avant qu'aucun symptôme d'affection laryngée se manifestât. Bien que je sois, plus que personne, disposé à admettre dans la marche de l'affection une période presque silencieuse, il me paraît difficile de rattacher au traumatisme la manifestation cancéreuse qui se produisit dans ce cas.

Symptômes. — En abordant l'étude des symptômes par lesquels se manifeste le cancer du larynx, j'attaque une partie ardue de mon sujet. Je m'efforcerai cependant de mettre en lumière les traits les plus caractéristiques, et ceux qui jusqu'à présent m'ont semblé avoir été le moins étudiés. Comme je ne saurais vous exposer sans lasser votre attention les trente-trois observations que j'ai recueillies, je choisirai dans le nombre celles qui me paraissent suffisamment caractériser les diverses formes de l'affection que je vous décris.

On peut, au point de vue de l'évolution, diviser l'étude du cancer du larynx en trois périodes : la période du début est celle où les troubles de la phonation et de la respiration sont très-légers, tout à fait analogues à ceux d'une laryngite catarrhale, par exemple, sans rien présenter de spécial; il est rare que dès ce moment le diagnostic ait été posé. La deuxième période se rapporte aux troubles déjà sérieux, peu compatibles avec une existence active; le malade éprouve seulement des troubles respiratoires, et ses forces s'épuisent par l'existence simultanée de la dyspnée et de la dysphagie. Enfin la troisième période est celle de la cachexie et de la terminaison. Jusqu'à présent, la mort a été, d'une façon absolue, le dernier terme de l'affection; mais nous verrons par quel moyen ce dénouement peut être retardé, et nous étudierons alors non-seulement la question de la laryngo-trachéotomie et de l'excision partielle, mais aussi la question, plus récemment posée, de l'extirpation totale de l'organe affecté.

Le début de l'affection est presque toujours latent, et les premiers troubles sont si légers que l'on est tout d'abord éloigné de l'idée d'une maladie grave. Presque toutes mes observations prouvent cette étonnante bénignité du début, par la lenteur de l'évolution dans la première période. Ce caractère se retrouve aussi bien dans les faits signalés par les autres observateurs. L'exemple emprunté à Trousseau et à Belloc n'est-il pas saisissant? Une dame de trente-deux ans, d'une santé excellente, et à l'abri de tout soupçon diathésique, joue en août 1832 dans le parc de Versailles; elle rentre chez elle, avec un enrouement persistant que rien ne modifie jusqu'en septembre 1834, plus de deux ans après le début. La voix, enrouée jusque-là, disparaît complétement, mais la santé est restée parfaite. Ce n'est qu'au mois de décembre qu'elle commence à éprouver un peu d'oppression et d'essoufflement, quand elle marche vite; puis surviennent des accès de suffocation; trachéotomie, le 6 janvier suivant. Mais la santé avait été si peu ébranlée, que quatre jours après l'opération la malade se lève et va faire une visite. Huit mois après, la tumeur fait issue sur le côté de la canule, des ulcérations se produisent et donnent lieu à des hémorrhagies. La malade succomba, dans le mois suivant, à un épanchement pleurétique. A l'examen nécroscopique, on vit que le larynx était, du côté gauche, complètement envahi par une tumeur ulcérée et fongueuse; de semblables tumeurs se voyaient sur l'épiglotte; les cartilages propres du larynx étaient brisés et se retrouvaient en petits fragments au milieu des tumeurs. Cruveilhier, qui fit l'autopsie, considéra la tumeur comme étant de nature cancéreuse. Ce fait ne prouve-t-il pas combien l'affection est bénigne au début? D'autant plus qu'elle existait assurément depuis longtemps lorsque la fatigue ou le refroidissement agirent comme cause déterminante pour produire l'enrouement.

Dans un cas de notre pratique personnelle, l'aphonie est le premier symptôme et dure plus de vingt ans. Pendant un très-long temps, elle est même peu prononcée; ce n'est qu'un enrouement attribué à la fatigue de l'organe; l'économie demeure intacte, et cette intégrité se maintient jusqu'à la fin, alors même que la mort est imminente du fait de l'asphyxie. Une question, il est vrai, peut être soulevée. Peut-on admettre que dans ce cas l'apparition de l'aphonie indique le début de l'affection? Elle annonce sûrement le moment de l'envahissement des organes générateurs du son, mais est-ce par l'épithélioma, et cette tumeur a-t-elle pu rester aussi long-

temps indolente? Ce n'est qu'à partir du moment où le néoplasme a été constaté sur une corde vocale qu'on peut établir une relation certaine entre la perte de la voix et le début de l'affection, mais combien de temps le néoplasme a-t-il mis à se former?

Chez un autre malade, qui s'était présenté au dispensaire laryngoscopique de Lariboisière, l'enrouement datait de deux ans; l'aphonie n'était complète que depuis quatre mois, mais il n'y avait aucune gêne de la déglutition, point de salivation, pas trace d'engorgement ganglionnaire et, sans l'incommodité causée par l'aphonie, cet homme ne se serait pas cru malade. Il était cependant évident, par l'examen laryngoscopique, qu'il s'agissait là d'un épithélioma à marche lente, mais fatale.

Si les troubles de la voix, qui sont presque toujours les premiers symptômes, viennent à manquer, l'affection peut être pendant longtemps tout à fait méconnue. Il est utile de savoir cependant que d'autres fois ils surviennent à un moment où la lésion est peu appréciable, et le diagnostic impossible. J'ai vu un vieillard qui, avec un enrouement notable, ne présentait que l'immobilité de la corde vocale gauche : je cherchai alors une lésion cardiaque ou aortique ayant pu produire peut-être la paralysie du récurrent, et je crus l'avoir trouvée lorsqu'à l'auscultation je perçus un souffle très-prononcé à la base. Mais, deux mois plus tard, en renouvelant l'examen laryngoscopique, je vis que les deux cordes vocales de ce côté étaient tuméfiées, et j'acquis l'assurance que l'affection avait débuté par la portion sous-glottique du larynx, et qu'elle avait envahi la corde vocale gauche par sa partie inférieure avant que l'existence du mal eût été appréciable à la vue.

J'ai multiplié ces exemples pour bien établir la difficulté du diagnostic au début, pour montrer combien est trompeuse cette aphonie si légère en apparence, et pour mettre en garde, autant que possible, contre l'interprétation favorable de ce symptôme.

Les malades se plaignent généralement peu de la toux et de l'expectoration qui sont cependant des symptômes presque obligés de toute affection des voies respiratoires. Dans la première période, en effet, ces symptômes n'ont rien de spécial, et, comme c'est à un « rhume » simple, à un refroidissement que bien des malades font remonter leur affection, ils n'insistent pas sur d'aussi petits faits qui leur paraissent de nulle importance. Plus tard, la toux se supprime, peut-être parce que l'évolution lente et progressive de l'affection amène la tolérance, peut-être aussi parce qu'en se développant la tumeur envahit les nerfs du larynx et détruit la sensibilité réflexe de l'organe. Il est constant, quelle que soit l'explication, que la muqueuse acquiert une tolérance anormale pour les attouchements des liquides ou des solides; j'ai vérifié ce fait dans les cas où, pour rendre l'inspection possible, j'ai dû débarrasser le larynx de ses mucosités en y portant des pinceaux ou des éponges dont le contact ne provoquait pour ainsi dire aucun mouvement réflexe.

Plus tard l'expectoration se rétablit, même en l'absence de toux, quand la sécrétion purulente devient très-abondante. Un autre phénomène survient alors le plus souvent, c'est l'odeur fétide dont j'aurai encore à entretenir le lecteur.

La douleur est au début de l'affection encore plus rare que les symptômes précédents; elle n'est guère intense au début. Une seule fois, elle m'a été signalée comme phénomène initial par une femme âgée. Quand elle se produit, la douleur est souvent liée à l'apparition d'une petite poussée d'œdème, avec lequel elle disparaît plus tard. L'absence totale de douleur est fâcheuse en ce sens qu'elle trompe les malades qui, ne souffrant pas, ne se croient pas atteints d'une lésion grave et refusent l'intervention chirurgicale au moment où elle pourrait être le plus avantageusement appliquée.

La douleur apparaît cependant toujours à une période avancée de l'affection. J'ai remarqué qu'elle commence à devenir intense deux ou trois mois après la trachéotomie ou la laryngotomie, par conséquent à un moment où la tumeur a déjà acquis un volume assez considérable pour obstruer les voies. La douleur ne devient jamais aussi intense que dans le cancer de la langue, et elle est surtout sourde tant qu'elle est encore limitée au larynx.

Le développement fatal de la tumeur amène, après un temps variable, les symptômes de la seconde période; la maladie ne peut plus être méconnue ou du moins elle ne peut plus rester indifférente au malade, mais elle demeure parfaitement locale; c'est la période des troubles mécaniques. La tumeur produit une véritable laryngosténose, et par conséquent une insuffisance dans l'oxygénation du sang. Tout d'abord, les malades ont des troubles légers de la respiration; ils ne peuvent faire une course d'un pas un peu pressé sans éprouver une anhélation qui les force à s'arrêter ou à restreindre leur allure; ou bien ils ne peuvent plus monter un escalier, et souvent ce n'est que quand ils se voient empêchés d'accomplir un acte aussi simple que l'inquiétude les gagne. A un degré de plus, la dyspnée devient continuelle, puis bientôt apparaît le cornage. C'est un des symptômes les plus graves, parce que, dès son apparition, la trachéotomie devient indispensable. Il est constant que, du moment où il s'est établi, il ne reste plus au malade que quelques semaines, au plus deux ou trois mois à vivre. Mais je n'ai pas vu que ce phénomène se produisît aussi souvent qu'on le trouve signalé dans quelques descriptions, et surtout je ne lui ai pas reconnu le caractère de rudesse spéciale qui permettrait, au dire de M. Fauvel, de reconnaître cette variété de cornage de celui qui se produit dans toute autre affection laryngée.

Le cornage à un degré moindre se produit dans tous les cas. Les troubles respiratoires continus s'accompagnent, comme dans les autres affections laryngées, d'accidents paroxystiques; cependant la suffocation ne procède pas souvent par accès, peut-être parce que le rétrécissement s'établit peu à peu et que l'organisme arrive à une sorte de tolérance; peut-être aussi parce que, les lèvres de la glotte étant souvent détruites, le spasme ne peut pas s'effectuer aisément. Il est certain que les accès ne se produisent qu'à un moment où la mort est imminente et ne peut plus être éloignée que par la trachéotomie ou la laryngotomie.

C'est habituellement à cette période, souvent un peu plus tôt, qu'apparaît un nouveau symptôme, la dysphagie. Que cette complication survienne dans le cancer mixte, c'est-à-dire dans celui qui intéresse simultanément la partie supérieure des voies digestives et aériennes, il n'y a dans ce fait rien d'imprévu; mais il est digne de remarque que ce symptôme se manifeste quelquefois aussi dans des cas où le pharynx et l'œsophage sont absolument indemnes, et alors que l'épiglotte n'est envahie que par un léger œdème.

On a signalé dans quelques cas l'hypertrophie en masse des cartilages thyroïde et cricoïde dans le cancer du larynx; d'après ce symptôme, Isambert a fait une variété de cancer crustacé ou en cuirasse. Le malade de M. P. Koch a présenté ce phénomène. Mais il n'a été signalé que très-rarement.

Des irradiations névralgiques à la nuque et au crâne ont été notées assez fréquemment; elles sont provoquées sans doute par l'irritation fortuite de quelque filet nerveux; mais les douleurs d'oreille sont beaucoup plus caractéristiques; elles se rencontrent dans la grande majorité des cas, et deviennent vers la fin de la maladie extrêmement intenses.

Il est surtout important de faire remarquer que dans aucune des observations que j'ai rapportées jusqu'ici il n'est question du retentissement de voisinage du cancer sur les ganglions du cou. Et, en effet, aussi longtemps que l'altération reste limitée au larynx, l'adénopathie ne se produit pas; elle ne se montre à aucun moment chez les malades qui succombent aux accidents laryngés, et par conséquent chez presque tous ceux qui meurent sans avoir eu recours à la trachéotomie. Mais cette immunité des ganglions disparaît du moment où le cancer a envahi l'un des points supérieurs des voies diges-

tives. L'état des ganglions est donc une des circonstances les plus importantes pour le diagnostic différentiel ou, si l'on veut, pour la détermination exacte du siége du mal.

Arrivé à la période d'ulcération, le cancer du larynx donne lieu à quelques symptômes nouveaux : l'odeur fétide de l'haleine (déjà signalée), la salivation, l'hémorrhagie. L'odeur caractéristique et la salivation manquent parfois, la salivation surtout, et ces deux symptômes n'ont rien de fixe dans leur apparition. On voit par exemple des ulcérations énormes, avec suppuration abondante, chez des malades qui n'ont pas d'odeur fétide; d'autrefois, au contraire, des ulcérations moindres exhalent une odeur si intense qu'on ne peut pratiquer l'examen laryngoscopique qu'avec la plus grande répugnance. Il m'a semblé que l'haleine fétide était due à l'existence de débris qui se décomposent sur place, en même temps que le pus de l'ulcère; aussi, lorsque ces matières putrides ont été évacuées, l'odeur caractéristique disparaît pour un temps. Peut-être est-ce là l'explication de l'intermittence de ce phénomène. L'application de la canule après la trachéotomie a parfois aussi l'avantage de supprimer ce symptôme si pénible au malade et à son entourage; dans ce cas, la colonne d'air, ne passant plus au milieu du foyer putride, ne peut plus emporter les particules odorantes.

La salivation est un indice à peu près certain de l'ulcération de la tumeur, mais elle ne se manifeste pas souvent dans le cancer intra-laryngé, tandis qu'elle est à peu près constante dans les cancers mixtes. Lorsqu'elle se produit, elle a tout à fait les mêmes caractères que dans le cancer de la langue : la salive est d'abord claire, puis elle devient visqueuse, fétide, sanguinolente et, si l'écoulement devient continuel, elle cause un des tourments les plus pénibles aux malades. La trachéotomie ne supprime pas ce symptôme comme le précédent, mais le liquide visqueux s'écoule parfois par la canule et nécessite de fréquents nettoyages. Plus souvent, enfin, la salivation continue de se faire par la bouche qui laisse écouler un liquide limpide, tandis que par la canule s'échappe un liquide purulent.

L'hémorrhagie est un symptôme à peu près constant dans la période d'ulcération. Elle a été signalée quelquefois longtemps avant le début des accidents graves; il en a été ainsi dans ma première observation et aussi dans l'observation XXXVII de M. Fauvel. Dans ces conditions, elle est tout à fait accidentelle et rare, et nous ne pouvons que supposer qu'elle est provoquée par le premier travail irritatif qui envahit la muqueuse. Ce n'est pas d'ailleurs cette hémorrhagie du début qui a jamais eu de graves conséquences. Il y a des malades aussi qui meurent sans jamais avoir présenté d'hémorrhagies, bien que la maladie ait duré chez eux pendant longtemps. Ce sont ceux qui, ayant refusé la trachéotomie ou toute autre intervention opératoire, sont morts par le fait du rétrécissement mécanique avant que la tumeur se fût assez profondément exulcérée pour donner lieu à des pertes de sang. Ceux chez lesquels le pharynx ou la portion supérieure de l'œsophage ont été envahis de bonne heure, et qui succombent à l'inanition avant que les ulcérations se soient faites, ne présentent pas non plus d'hémorrhagies.

Il paraît y avoir une relation directe entre la profondeur des ulcérations et la fréquence ou l'abondance des hémorrhagies; tant que les pertes de substance sont très-superficielles, le malade rejette des crachats sanguinolents, légèrement teintés; mais, à mesure que l'ulcération creuse, le sang arrive pur. Un de mes malades perdit dès la première ulcération environ 100 ou 150 grammes de sang en une seule fois. Pendant trois semaines, les hémorrhagies se reproduisirent sans un seul jour de répit, et le malade succomba alors que la respiration était encore assez libre pour ne pas nécessiter d'intervention. Chez un autre malade, l'hémorrhagie se produisit un mois après la trachéotomie avec une grande abondance; le sang coulait par la canule en jets continus. Le larynx était si bien obturé par la tumeur que la salive n'était pas teintée de sang, ce qui était d'autant plus remarquable que ce malade avait un ptyalisme considérable et que le sang s'écoulait par la canule, tandis que la salive restait limpide dans la bouche.

Il arrive beaucoup plus fréquemment que les hémorrhagies soient peu abondantes et souvent répétées; mais elles peuvent devenir redoutables par leur persistance.

Je ne connais pas de cas où la mort ait été causée par l'entrée du sang dans les bronches, mais il n'est pas impossible assurément que cet accident se produise.

Enfin, pour envisager toutes les éventualités, je dois dire que je n'ai trouvé qu'un cas où la première hémorrhagie ait été assez abondante pour déterminer la mort. La relation en fut faite par M. Dreyfous à la Société anatomique, à l'occasion d'une présentation de cancer pharyngo-laryngé. Le malade dont il est question avait été trachéotomisé au moment où l'asphyxie était imminente; il survécut deux mois et demi à l'opération et mourut d'une hémorrhagie spontanée : il rendit à pleine bouche du sang pur, rutilant, et cessa de vivre quelques instants après la cessation de l'écoulement de sang. On crut pouvoir affirmer, d'après l'autopsie, que le processus ulcératif avait atteint l'artère laryngée supérieure. (*Bullet. de la Soc. anat.*, 1876, p. 304.)

L'hémorrhagie est de toute façon un des symptômes les plus communs et les plus caractéristiques du cancer du larynx; c'est cependant un de ceux que les différentes observations relatent avec le moins d'insistance. Aussi n'ai-je pas craint de donner à son étude quelque développement.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 AOUT 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

EFFETS SÉCRÉTOIRES ET CIRCULATOIRES PRODUITS PAR LA FARADISATION DES NERFS QUI TRAVERSENT LA CAISSE DU TYMPAN. Note de M. *A. Vulpian.*

M. Heidenhain a montré que les éléments nerveux excito-sécréteurs destinés à la glande parotide proviennent du rameau de Jacobson, comme l'avait indiqué Loeb en 1869. On parvient, non sans difficulté, en disséquant sur le chien le nerf glosso-pharyngien jusqu'à la base du crâne, à atteindre le rameau de Jacobson et à le soumettre à l'action de courants faradiques. J'ai répété cette expérience de M. Heidenhain, et j'ai vu, de même que lui, se produire, sous l'influence de la faradisation de ce rameau, une sécrétion abondante de la salive parotidienne, qui s'écoule alors goutte à goutte, assez rapidement, par le tube introduit et fixé dans le canal de Sténon.

On sait que le rameau de Jacobson pénètre dans la caisse du tympan et qu'un des six filets nerveux qu'il donne, le nerf pétreux profond et externe, va se rendre au nerf petit pétreux superficiel, puis au nerf auriculo-temporal, qui le conduit dans la glande parotide. Ainsi, le nerf sécréteur de la glande parotide se trouve, pendant une certaine partie de son trajet, dans la caisse du tympan. D'autre part, la corde du tympan traverse aussi cette même cavité. Il était donc probable que l'on pourrait électriser à la fois, dans la caisse du tympan, la corde du tympan, c'est-à-dire le nerf excito-sécréteur de la glande sous-maxillaire et de la glande sublinguale, et le rameau de Jacobson ou le filet pétreux profond externe, c'est-à-dire le nerf excito-sécréteur de la glande parotide.

Cette présomption a été confirmée par des expériences faites sur des chiens curarisés et soumis à la respiration artificielle. Si l'on introduit un excitateur dans la caisse du tympan par le conduit auditif externe et en perforant la membrane du tympan, et si, après avoir appliqué l'autre excitateur sur un point quelconque de la peau de l'animal, on fait passer un courant induit, saccadé, par ces deux excitateurs, on provoque une sécrétion active de la glande parotide et de la glande sous-maxillaire du même côté; la salive s'écoule rapidement par les tubes fixés dans le conduit de Sténon et dans le conduit de Wharton. La glande sublinguale et la

glande de Nuck sécrètent aussi sous cette influence, mais leur sécrétion est bien moins abondante. On observe souvent aussi un certain degré d'augmentation de la sécrétion lacrymale du même côté.

La faradisation ainsi faite des nerfs qui traversent la caisse du tympan détermine aussi des phénomènes vaso-dilatateurs très-accusés. Après une faradisation de la caisse du tympan pendant quinze à vingt secondes à l'aide d'un courant de moyenne intensité, on constate une congestion vive de toute la moitié de la langue du côté correspondant et du plancher buccal du même côté. La membrane muqueuse de la langue et du plancher buccal devient d'un rouge vif, les vaisseaux visibles se dilatent, la température de toute la région congestionnée s'élève.

Note complémentaire sur la théorie des battements du cœur et des artères, et sur leur enregistrement, par M. *Bouillaud*. — Ce mémoire important, qui remplit sept pages des *Comptes rendus*, est un exposé méthodique de la question historique et critique que le savant professeur a développée devant l'Académie de médecine en 1878 (voy. la *Gaz. hebd.* de cette année).

La non-existence du ferment alcoolique soluble. Extrait d'une lettre de M. *D. Cochin*. — Les expériences de l'auteur ont été faites au laboratoire de M. Pasteur. Elles tendent à démontrer que le ferment alcoolique soluble n'existe pas et que la fermentation est une conséquence directe et immédiate de la vie des cellules de levûre. Elles consistent à cultiver la levûre dans différents milieux non fermentescibles, à filtrer le liquide de culture et à étudier ensuite son action sur des solutions sucrées. On constate la présence du ferment inversif et l'absence de tout ferment alcoolique.

Sur les propriétés vitales des cellules et sur l'apparition de leurs noyaux après la mort. Note de M. *L. Ranvier*.

Les éléments cellulaires possèdent toutes les propriétés vitales essentielles de l'organisme complet.

Si l'on considère, par exemple, un faisceau primitif des muscles striés, qui est une cellule, on constate facilement que, en dehors de la contractilité, qui est sa propriété fondamentale, il possède encore la sensibilité et la motricité. En effet, il est sensible, puisqu'il réagit par un mouvement sous l'influence de toute excitation suffisante. Il jouit également de la motricité, puisqu'une onde de contraction, produite en un de ses points, se propage à partir de ce point jusqu'à ses extrémités. Mais la contractilité s'y est développée, par différenciation, à un degré tel que toutes les autres propriétés de la cellule y sont plus ou moins masquées.

Une cellule glandulaire n'est également qu'une cellule différenciée dans un but déterminé : la production d'une substance utilisable par l'organisme ou l'élimination d'une substance qui lui est nuisible. Mais toutes les cellules sont plus ou moins glandulaires. C'est ainsi qu'une cellule lymphatique, entre autres, digère les particules amylacées, protéiques et graisseuses qu'elle a absorbées en vertu de son activité amiboïde. Cette digestion ne peut se faire sans diastase, pepsine et pancréatine. Donc la cellule lymphatique est une glande unicellulaire à la fois salivaire, gastrique et pancréatique ; seulement, pour produire les divers sucs digestifs, il n'y a pas chez elle de différenciation organique.

Cette conception, qui, depuis plusieurs années, me guide dans mes recherches d'anatomie générale, je l'ai appliquée, cette année même, à l'explication d'un fait mystérieux jusqu'ici : l'apparition des noyaux dans certaines cellules après leur mort.

Les cellules lymphatiques et les cellules fixes de la cornée ne laissent pas voir les noyaux qu'elles contiennent, lorsqu'elles sont vivantes; mais, après la mort, leurs noyaux apparaissent. Pendant la vie, les noyaux ne se montrent pas, parce que leur réfringence est très-voisine de celle du protoplasma qui les entoure; on les voit après la mort, parce que, sous son influence, il est survenu des modifications du protoplasma cellulaire. Or, si l'on veut bien admettre que les sucs digestifs, emmagasinés dans la cellule quand elle est vivante, diffusent quand elle est morte et déterminent la digestion des substances organiques qui la composent, on concevra sans peine qu'il en résulte une diminution de réfringence du protoplasma.

Cette hypothèse a suggéré à l'auteur l'idée de plusieurs expériences, dont nous ne rapporterons que la suivante :

Les deux cornées d'une grenouille sont enlevées avec précaution, et placées dans deux porte-objets spéciaux, de construction identique. Ces porte-objets (chambre humide électrique) permettent de conserver les cornées dans l'humeur aqueuse à l'abri de l'évaporation et de les faire traverser par un courant d'induction interrompu.

L'une des cornées, sous le microscope et dans un appartement dont la température est de + 23 degrés, est soumise pendant dix secondes à l'action d'un courant électrique, suffisant pour tuer les cellules fixes situées sur son trajet ou au voisinage des électrodes. Deux minutes après, il apparaît des noyaux dans ces cellules. L'autre cornée est soumise à l'action du même courant, pendant dix secondes également, dans une pièce voisine dont la température est de + 2 degrés seulement. Il faut attendre quarante-cinq minutes pour que les noyaux apparaissent dans les régions correspondantes.

Des lymphatiques du périchondre. — Note de MM. *G.* et *Fr.-E. Hoggan* (de Londres). — Les auteurs ont trouvé des lymphatiques dans le cartilage costal de la souris et du rat, dans le cartilage réticulé de l'oreille, dans les faisceaux nombreux et de dimensions variables des muscles striés qui passent en tous sens d'une partie à l'autre de l'auricule.

M. Sappey écrit : « Toutes les parties fibreuses, en un mot, sont privées de ce genre de vaisseaux. » Or, nous venons, disent les auteurs, de prouver que le périchondre en possède. Il est vrai de dire que M. Robin a démontré que le *périoste* et le *périchondre* appartiennent au système du *tissu cellulaire* et non au *tissu fibreux* (*Dict. encycl. des sciences médicales*, art. Fibreux et Lamineux, p. 269; 1867).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 AOUT 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit : 1° Des lettres de remercîments de MM. *Sanguin* et *Turpin*. — 2° M. le docteur *Dechaux* adresse une note manuscrite sur la fécondation humaine. (Commissaires : MM. *Moreau*, *Luys*.

M. *Chereau* présente, en son nom, une *Étude sur Michel Servet*.

M. *Dechambre* présente, au nom du Comité de rédaction du *Montpellier médical*, et de la part de M. le professeur Bertin, une brochure intitulée : *Sur la Faculté de Montpellier*.

M. *Luys* présente : 1° Au nom de M. le docteur *Brochin*, l'article Névroses, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. — 2° Au nom de M. le docteur *Delaunay*, un ouvrage intitulé : *Études de biologie comparée*.

M. *Bouley* présente, au nom de M. le docteur *Toussaint*, deux brochures relatives aux affections charbonneuses.

Maladies charbonneuses. — En présentant les ouvrages de M. *Toussaint*, M. *Bouley* communique à l'Académie une note de cet auteur relative aux discussions qui se sont élevées au sein de l'Académie, et dans lesquelles M. Colin l'avait vivement attaqué.

M. *Toussaint* rappelle que le point de départ des recherches de M. Colin est essentiellement différent de celui qu'il a choisi lui-même dans ses propres recherches. En effet, M. Colin suppose que le charbon consiste dans un virus liquide, tandis que M. Toussaint part de l'idée que la bactéridie est la cause unique de la maladie charbonneuse et son seul agent de transmission.

M. Colin croit que la virulence commence dans les ganglions infectés quelques heures avant que les bactéridies y apparaissent. M. Toussaint, lui, croit avoir prouvé le contraire. M. Colin n'a retrouvé les bactéridies dans le sang d'un animal inoculé que de la dix-septième à la vingtième heure; M. Toussaint en a découvert dès la septième. Enfin, M. Toussaint croit avoir démontré, il y a plus d'un an, que les résultats des inoculations charbonneuses varient suivant les espèces animales. Chez quelques-unes, les ganglions, autres que ceux qui sont rapprochés de la piqûre, restent absolument privés de bactéridies, bien qu'ils puissent se tuméfier.

Action des ferments digestifs. — En présentant un travail de M. *Mourrut* sur les digestions artificielles, M. *Vul-*

pian donne lecture d'une note sur l'action des ferments digestifs appliqués au traitement de la dyspepsie.

M. *Vulpian* a fait diverses expériences sur l'action de la pepsine, de la pancréatine et de la diastase. Il a cherché surtout si cette action peut s'exercer librement et entièrement dans les conditions où les place leur introduction dans l'estomac. Il a examiné en outre si elles ont la même activité, quelle que soit la forme pharmaceutique sous laquelle elles sont ingérées. Il a constaté quelques faits qui lui ont paru offrir un certain intérêt. Ainsi, suivant lui, il est facile de se convaincre, par des expériences de digestion artificielle, que les pepsines livrées par diverses pharmacies n'ont pas toutes le même degré de puissance digestive. Il y a des pepsines qui modifient si lentement et si faiblement l'albumine cuite, avec laquelle on les met en contact, qu'on ne voit pas de quelle utilité peut être leur administration à des dyspeptiques.

D'autre part, des expériences du même genre permettent de se convaincre que l'addition d'alcool à une solution de pepsine acidifiée ou à du suc gastrique naturel retarde la digestion. Ce retard a lieu même lorsque la proportion d'alcool ajouté au liquide qui doit servir à la digestion artificielle n'est pas supérieure à celle que contient le vin de Bordeaux ou le vin de Bourgogne. Les résultats des expériences de M. Vulpian sur ce point ont été des plus nets. D'où il s'est cru autorisé à conclure que l'on doit s'abstenir de prescrire les les vins et les élixirs de pepsine.

Il est à remarquer pourtant que les conditions des digestions artificielles sont très-différentes de celles des digestions naturelles; de telle sorte qu'il est possible que les vins et les élixirs de pepsine soient plus actifs dans l'estomac que dans les vases à expériences; mais il n'y a pas là une raison suffisante pour persévérer dans l'emploi de préparations moins bonnes, en tout cas, que celles dans lesquelles la pepsine n'est pas mélangée à une certaine dose d'alcool. M. Mourrut, dans ses recherches, a reconnu que certains élixirs de pepsine des plus renommés ne contiennent qu'une dose extrêmement faible de principe actif, le reste ayant été sans doute précipité par l'alcool lors de la fabrication du médicament.

M. Vulpian a fait voir aussi, dans son cours, que la diastase et la pancréatine, mêlées à du suc gastrique naturel ou à du suc gastrique artificiel, sont loin d'exercer sur les matières amylacées une action aussi énergique que lorsqu'elles sont mises en contact avec ces matières dans l'eau pure. Ce fait de l'influence paralysante des milieux acides sur ces ferments est d'ailleurs bien connu depuis longtemps.

M. Vulpian, empêché de poursuivre ces recherches, a prié M. Mourrut de les continuer, en lui indiquant les points sur lesquels il lui semblait qu'il était le plus important de porter ses investigations.

M. Mourrut a résumé, dans le mémoire présenté en son nom par M. Vulpian, les résultats de ces investigations.

D'une première et d'une deuxième série d'expériences, M. Mourrut tire la conclusion que la réaction acide des liquides dans lesquels on fait dissoudre la diastase ou la pancréatine retarde l'action de la diastase et annule l'action de la pancréatine.

M. *Chatin* a été frappé des observations de M. Mourrut qui est arrivé à conclure que les préparations spéciales de pepsine les plus employées sont celles qui sont les moins actives. Il pense que les médecins devraient renoncer à l'emploi des spécialités dont la composition est rarement constante, et dont l'action est très-douteuse; M. Chatin pense que l'Académie devrait entreprendre une croisade contre cet abus des spécialités qui tend à envahir la profession médicale.

M. *Bouchardat* dit qu'il n'a pas lui-même une grande foi dans l'action de la pepsine et des ferments digestifs.

M. *Peter* pense que la spécialité est la ruine de l'art; elle fait perdre aux pharmaciens l'habitude de préparer et aux médecins l'habitude de prescrire les médicaments.

M. *Barthez* dit qu'il a remarqué depuis quelque temps que les préparations alcooliques de pepsine étaient assez infidèles, et qu'il est revenu à l'emploi de la poudre.

Dimensions des cordes vocales. — M. le docteur *Moura* donne lecture d'une note sur la statistique millimétrique des diverses parties des cordes vocales ou de la glotte. Voici les conclusions de ce travail :

Le grand nombre de longueurs millimétriques et demi millimétriques des lèvres de la glotte rendent compte :

1° De la plus grande variété de voix chez l'homme;

2° De la facilité avec laquelle la voix masculine se prête à l'organisation des chœurs et des orphéons;

3° Du classement possible de ces variétés.

Dans le sexe masculin, les lèvres vocales les plus longues peuvent, à l'état normal, être le double des plus courtes dans les deux sexes et le triple du sexe féminin; elles ne donnent pas pour cela l'octave et la double octave inférieure de leurs sons, preuve nouvelle que les lèvres de la glotte ne sont pas de vraies *cordes sonores* et que ce nom ne leur convient pas.

La glotte de l'homme, dans sa portion ligamenteuse comme dans sa totalité, est d'un tiers plus longue que celle de la femme.

L'âge avancé n'est pas toujours la cause du défaut d'élasticité des lèvres vocales.

Le plus grand degré d'élasticité se manifeste de trente à quarante ans chez l'homme; la souplesse de la lèvre vocale persiste, chez lui, jusqu'à quarante-cinq et même cinquante ans.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Sappey, Marc Sée et Tillaux, rapporteur).

Rapport. — M. *Planchon* donne lecture, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Les conclusions de ces rapports sont successivement mises aux voix et adoptées par l'Académie.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Du bothriocéphale : M. Besnier.— Statistique des maladies régnantes : M. Besnier. — Pleurésie purulente gangréneuse : M. Rendu. — Tumeur cérébrale : M. Desnos. — Anatomie pathologique de l'urticaire : M. Vidal. — Métallothérapie : M. Dumontpallier.

M. *E. Besnier* attire l'attention sur certains symptômes qui peuvent faire songer à l'existence de vers intestinaux et en particulier du *Bothriocephalus latus*, assez rare, il est vrai, dans nos pays, mais auquel on devra penser si les malades qui en sont porteurs ont séjourné en Suisse ou sur les bords de la Vistule. Le diagnostic du tænia inerme est assez facile alors que le malade rend involontairement des fragments rubanés de dimensions plus ou moins considérables. Le *tænia solium* échappe plus souvent. L'observation suivante montre que l'on peut être appelé à penser au bothriocéphale.

« Je soignais depuis quelque temps, dit M. E. Besnier, avec M. Desroizilles, une dame qui présentait des symptômes d'entérite chronique avec amaigrissement assez notable. Nous avions porté le diagnostic : cancer latent de l'intestin, et, à bout de ressources, nous l'avions envoyée aux eaux de Plombières. Il y avait environ douze jours qu'elle y était quand elle m'a envoyé un bothriocéphale qu'elle avait rendu dans son bain et dont tous les membres de la Société pourront aisément reconnaître tous les caractères. Depuis, son état s'est considérablement amélioré. Cette dame va tous les ans

passer six semaines sur les bords du lac de Genève. C'est là sans doute qu'elle aura pris son parasite, et il est probable que c'est dans l'eau alimentaire non filtrée ou dans un poisson que l'on a l'habitude de servir à Genève, la Féra, que sont contenus les œufs de ce ver (1).

» Il faut donc, toutes les fois qu'un malade a de la diarrhée ou des symptômes intestinaux quelconques, songer aux vers intestinaux et ne pas les croire aussi rares qu'on l'a dit. Comme traitement, je donnerai à ma malade de la teinture de kamala, que M. Laboulbène recommande en pareille circonstance; mais je crois qu'il est toujours très-difficile de se débarrasser de ces helminthes. »

M. *Constantin Paul.* Le meilleur anthelminthique, dans ce cas, me paraît être le remède connu à Genève sous le nom de *remède de Peschier* (pilules d'extrait de fougère mâle). Le malade ne doit prendre la veille qu'un ou deux potages. On lui administre alors le lendemain matin vingt pilules et il rend en général très-bien son ver. Il faut seulement que les pilules soient fraîches; car les préparations de fougère s'altèrent très-vite.

M. *Laboulbène.* J'ai vu un malade qui avait pris, il est vrai, différents médicaments : acide phénique, acide salicylique, mais qui n'a rendu son bothriocéphale qu'à l'aide de la teinture de kamala.

M. *Damaschino.* J'ai guéri un malade qui avait contracté son affection en Roumanie, au moyen de l'écorce de racine de grenadier.

M. *Lereboullet.* J'ai présenté, l'année dernière, à la Société un fragment de bothriocéphale qui m'avait été adressé par le docteur Fock (d'Utrecht). En Hollande, on se sert surtout de l'écorce de grenadier. Mais ce médicament, qui réussit toujours contre le *tænia solium*, m'a paru moins efficace que l'extrait éthéré de fougère mâle contre le tænia inerme et, quant au bothriocéphale, tous les médicaments paraissent d'une administration difficile et peu certaine.

M. *Dujardin-Beaumetz.* Je donne en ce moment, à l'hôpital Saint-Antoine, à un malade de M. Mesnet, du tannate de pelletiérine, l'alcaloïde du grenadier, et je n'ai eu jusqu'à présent aucun succès. En général, c'est un mauvais moyen pour se débarrasser du bothriocéphale.

— M. *Ernest Besnier* lit les conclusions de son rapport sur les maladies régnantes. Il constate l'augmentation de la mortalité générale pendant le dernier trimestre, ce qui tient sans doute aux mauvaises conditions atmosphériques.

La diphthérie a diminué; l'exacerbation épidémique de la variole a cessé.

Quant aux maladies puerpérales, dont la statistique s'améliore considérablement depuis quelques années, voici les résultats fournis par M. Siredey concernant les services de Lariboisière et le service des sages-femmes dépendant de cet hôpital.

1° Il y a eu, pendant ce trimestre, un nombre plus considérable d'accidents puerpéraux, consistant surtout dans des lymphangites péri-utérines ayant amené même quelques lymphadénites, terminées en général par la guérison, et dans plusieurs par des phlébites mortelles.

2° La mortalité chez les sages-femmes a été de 1,57 pour 100; à l'hôpital, elle a été de 1,71 pour 100. Or, si l'on remarque que, chez les premières, il ne se fait que des accouchements simples et normaux et que, néanmoins, un certain nombre de ceux-ci sont suivis d'accidents phlegmasiques pour lesquels on envoie les malades, soit à Lariboisière, soit dans d'autres hôpitaux, on pourra conclure que la statistique est ici tout à l'honneur du service hospitalier.

(1) Dans la séance suivante, M. Ernest Besnier a reconnu, sur les indications de M. Revillod (de Genève), que la Fera ne transmettait pas le bothriocéphale.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente une carte dressée par un employé de l'hôpital Saint-Antoine, montrant la courbe statistique de l'épidémie variolique comparée avec la courbe de la température atmosphérique, celle de la pression barométrique et enfin celle de l'exposition solaire.

— M. *Rendu* appelle l'attention de la Société sur un cas de pleurésie gangréneuse suivie d'autopsie, qu'il a observé récemment. Lors de la discussion sur la pleurésie dans la gangrène pulmonaire, qu'avait suscitée un cas présenté par M. Besnier, on avait généralement conclu (et ce sont les idées formulées dans le mémoire de M. Bucquoy) que la gangrène pulmonaire dans ces cas était toujours primitive, la pleurésie toujours consécutive. On n'avait pu tout au moins citer de cas démonstratif de gangrène primitive de la plèvre. Le fait suivant paraît répondre à cette objection :

« Le malade dont il s'agit avait commencé à tousser à la fin de mai. Quelques jours après il avait été pris de fièvre, de douleur de côté, d'oppression, d'insomnie. Il était malade depuis trois semaines quand il se décida à entrer à l'hôpital. La poitrine ne présentait aucune voussure; les vibrations thoraciques étaient à peu près conservées, mais il y avait du côté gauche un peu de submatité: le murmure respiratoire était affaibli à la base, rude et soufflant au sommet. Il s'agissait ou bien d'une pleurésie, ou bien d'une congestion pulmonaire symptomatique d'un début de tuberculose. C'est à cette dernière opinion que nous nous arrêtâmes. Un matin, nous le trouvons abattu, respirant plus difficilement. En l'auscultant, je trouve un pneumothorax et, comme je le faisais asseoir, il est pris d'une vomique horriblement fétide, d'odeur et d'aspect gangréneux. L'état général s'aggrave et le malade meurt dans la soirée.

» Je m'attendais à trouver une gangrène pulmonaire et une pleurésie consécutive, ainsi que l'a prétendu M. Bucquoy. Or, il existait à la base de la plèvre gauche, au voisinage du diaphragme, une cavité remplie d'un liquide semblable à celui que le malade avait subitement expectoré. Cette cavité était tapissée par de fausses membranes épaisses; en un point elle était noirâtre et ulcérée sur une certaine étendue. A ce niveau, le poumon était perforé, mais autour de la perforation son tissu était ardoisé, exsangue, atélectasié par le fait de la compression exercée par l'épanchement; mais il ne présentait pas la zone inflammatoire que l'on trouve d'ordinaire autour des foyers de sphacèle pulmonaire. Si l'on ajoute à cela que les fausses membranes n'étaient nullement accumulées autour de la perforation, qu'au contraire elles tapissaient une certaine étendue de la plèvre, on restera convaincu qu'au point de vue anatomique comme au point de vue clinique ce fait démontre une inflammation et une gangrène primitives de la plèvre et une perforation pulmonaire consécutive. »

M. *Debove* a observé l'année dernière un fait semblable. Un garçon d'une quinzaine d'années entra à l'Hôtel-Dieu avec un épanchement peu considérable dans une des plèvres. L'épanchement augmenta et finit par devenir abondant. La thoracentèse fut pratiquée; il s'écoula par la canule un liquide horriblement fétide, d'une couleur jus de tabac. Le malade mourut quelque temps après. A l'autopsie, outre les lésions de la pleurésie purulente, M. Debove trouva dans la plèvre sept corps d'une fétidité horrible, rappelant par leur consistance, leur forme et leur volume les matières moulées du gros intestin. Au microscope, il reconnut que ces corps étaient constitués par des cristaux d'acides gras enchevêtrés dans tous les sens. Il n'existait aucune perforation pulmonaire.

M. *Laboulbène.* Dans une thèse qui a été soutenue hier à la Faculté par M. Hermil, il y a un certain nombre de faits semblables concernant surtout les pleurésies limitées à la base.

— M. *Desnos* présente un cerveau provenant d'un malade mort dans son service. Ce malade, sorti il y a quelque temps du service de M. Besnier, offrait surtout du tremblement des

mains et de l'ataxie des membres inférieurs. Aucune paralysie. Affaiblissement de la vue et de l'ouïe; amnésie. Constipation opiniâtre. Pas d'attaques épileptiformes, mais de temps en temps des attaques de coma, et c'est à une de ces attaques que le malade a succombé. A l'autopsie, congestion intense de la surface de l'encéphale. De plus, il existe une tumeur du volume d'une orange dans l'espace interpédonculaire, le troisième ventricule et les ventricules latéraux. Cette tumeur, au microscope, a été reconnue pour un gliome.

— M. *Vidal* présente une préparation histologique d'urticaire prise sur le vivant et due à M. le docteur Poncet (de Cluny). Sur le pourtour de la coupe faite dans le sens horizontal, on trouve les vaisseaux congestionnés et gorgés de sang; cette congestion est sans doute un phénomène vaso-moteur. Au centre, on aperçoit un grand nombre de globules blancs disséminés entre les éléments du derme, dans les papules et même dans la couche la plus profonde de l'épithélium; quelques-uns forment des agglomérations. Quelle est l'origine de ces globules blancs? Il est vraisemblable qu'ils sont sortis par diapédèse des vaisseaux. Mais, quoi qu'il en soit, ce sont les mêmes que l'on trouve dans les œdèmes du tissu conjonctif et de la peau; et il est juste d'admettre que l'urticaire n'est autre chose qu'un œdème aigu, assez analogue à l'œdème artificiel que l'on produit en injectant un peu d'eau dans le derme. Cet œdème ne se termine jamais, d'ailleurs, par suppuration, mais toujours par résorption de la sérosité et des globules extravasés.

— M. *Dumontpallier*, rappelant l'observation de la malade présentée dans une précédente séance par M. Dujardin-Beaumetz, insiste sur la difficulté que présente le traitement par la métallothérapie des malades polymétalliques. Il cite une malade du service de M. Quinquaud et qui a été d'abord améliorée, puis guérie à l'aide du platine pris *intus et extra*. Cette malade, ajoute M. Dumontpallier, a recouvré ses forces et n'a plus l'apparence anémique.

M. *Quinquaud* déclare que cette malade n'avait jamais été anémique et que son sang renfermait toujours une proportion normale d'hémoglobine.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Présentation d'une malade : résection de la hanche. — Polype naso-pharyngien. — Traitement de l'étranglement interne. — Présentation d'instruments.

M. *Le Fort* présente une jeune fille qui a subi, il y a deux ans, la résection de la hanche pour une coxalgie suppurée. Cette malade a aujourd'hui dix-huit ans et demi. La maladie avait débuté à l'âge de huit ans; au moment de l'opération, toute la hanche était couverte de fistules et l'état général était très-mauvais. L'opération fut faite à Berck. La moitié supérieure du fémur était réduite à l'état d'une coque mince; la tête fémorale avait en grande partie disparu. Le bassin, malade, fut réséqué dans toute son épaisseur au niveau de la cavité cotyloïde. Au bout de trois mois, la guérison était presque complète; il restait quelques fistules qui se tarirent au bout d'un an. La jeune fille marche en boitant un peu; M. Le Fort lui fait porter un appareil prothétique de précaution, afin d'éviter la dislocation du genou.

M. *Verneuil* fait remarquer que la malade n'est nullement scrofuleuse, ce qui permet d'espérer une guérison durable; cela n'aurait point lieu si l'enfant était scrofuleuse.

M. *Marjolin*. On doit s'abstenir d'opérations qui, au point de vue chirurgical seul, paraissent indiquées, quand il y a dans les antécédents de la malade des traces évidentes de phthisie ou de scrofule.

— M. *Cruveilhier* lit un rapport sur diverses communications faites à la Société de chirurgie par M. Marchand. Un enfant de quinze ans, ayant un polype naso-pharyngien, avait subi de nombreuses tentatives d'arrachement toujours accompagnées d'hémorrhagies. M. Marchand fit le tamponnement nasal postérieur et opéra par la méthode nasale, procédé de M. Ollier. La masse enlevée pesait 500 grammes.

Observation de sarcome kystique du nerf sciatique. Le tronc nerveux s'éparpillait dans la tumeur et ne put être isolé; il fut réséqué. Quatre mois après l'opération, la jambe était le siége d'un œdème dur; anesthésie de la peau d'une grande partie du membre; valgus consécutif.

— M. *Després* continue la discussion sur le traitement de l'étranglement interne. Depuis seize ans que M. Després est à la tête d'un service de chirurgie, il n'a fait ni une entérotomie, ni une laparotomie. Lorsque Nélaton eut publié son observation d'entérotomie guérie, M. Maisonneuve proposa un autre traitement de l'étranglement interne : ouvrir le ventre, réséquer l'intestin malade et le suturer, et fermer l'abdomen. On connaît plusieurs observations d'insuccès. En 1856, M. Gosselin, ayant dans son service un malade atteint d'étranglement interne, ouvrit le ventre, ne trouva pas la bride. A l'autopsie, on trouva deux anses intestinales collées ensemble. Chez une femme opérée par M. Depaul, le bout inférieur, rétréci par une bride, avait encore 2 centimètres de diamètre. On revint bientôt à l'opération de Nélaton.

On trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* huit observations d'étranglement interne non opéré; trois observations d'étranglement par une bride. A l'autopsie, on voit qu'on n'aurait pu lever l'étranglement. Dans un cas de Bricheteau, plusieurs anses étaient agglutinées et perforées; les adhérences étaient consécutives aux perforations. Dans une observation de Fontan, il s'agissait d'une péritonite chronique; les anses accolées formaient en un point une véritable tumeur fluctuante; M. Demarquay avait diagnostiqué un kyste de la fosse iliaque et fit la ponction. A l'autopsie, les anses étaient tellement soudées qu'il fut impossible de les séparer.

Lorsque M. Després rencontra des malades ayant une occlusion intestinale, il pensa à ces faits-là. Il avait aussi gardé le souvenir d'un malade du service de Robert : symptômes d'étranglement interne; purgatifs, injections forcées. Au quinzième jour, Robert fit un anus contre nature; pas de traces de péritonite. Le malade mourut trois jours après. On trouva à l'autopsie un rétrécissement cancéreux du rectum.

Arrivons aux invaginations. Etant élève dans le service de M. Nonat, M. Després observa une femme qui vomissait quelquefois; diarrhée; on diagnostiqua une entérite. A l'autopsie, invagination du gros intestin, qui commençait à se sphacéler.

Un malade entre à l'hôpital Cochin avec des signes d'étranglement datant de huit jours; il meurt dans la journée. Il y avait étranglement par enroulement de l'intestin, par simple torsion. M. Panas a publié une observation analogue. Comment pouvait-on faire le diagnostic? C'était le cas de faire la laparotomie.

M. Després a publié deux observations de malades ayant une hernie étranglée réduite, avec persistance des symptômes d'étranglement. M. Després diagnostiqua un pseudo-étranglement par paralysie de l'intestin. Les deux malades ont guéri sans traitement. Un troisième malade, qui se trouvait dans le même cas, a guéri également.

Chez un autre individu, M. Després a diagnostiqué une invagination intestinale. L'invagination ne débute jamais par des symptômes foudroyants. Il y eut d'abord une douleur dans la fosse iliaque; le malade rendait des gaz par l'anus; nausées; quelques vomissements; puis les phénomènes de l'étranglement interne parurent. On ne fit aucun traitement. On constatait une tumeur allongée dans la fosse iliaque. Un jour, le

malade rendit par l'anus une eschare blanchâtre de 4 centimètres d'étendue; au bout de trois mois la guérison était complète.

En principe, on ne doit pas opérer quand on a reconnu un cancer de l'intestin.

Quand il s'agit d'une inflammation chronique ou d'une tumeur du petit bassin, il n'y a rien à faire; les symptômes d'étranglement s'apaisent et les malades guérissent. Les opérations doivent être subordonnées à un diagnostic précis et complet.

M. *Verneuil* va parler de l'entérotomie; il n'a jamais fait la laparotomie. L'entérotomie a donné des résultats désastreux, et cependant on la pratique encore quelquefois. Voici la statistique de M. Verneuil :

1° Entérotomie pour étranglement interne non cancéreux. Anus artificiel; le malade guérit, les selles reparurent par le bout inférieur et l'anus s'est cicatrisé de lui-même.

2° Cancer colloïde du rectum; accidents complets et très-douloureux; opération de Littre; le malade vécut six mois encore et succomba aux progrès du cancer pelvien.

3° Quatre entérotomies à l'hôpital pour des cancéreux; quatre morts en quelques jours.

4° Quatre opérations semblables en ville; quatre morts avant le cinquième jour. Les huit derniers malades sont morts plus vite que si on ne les avait pas opérés. Maintenant, quand M. Verneuil diagnostique un cancer, il n'opère plus.

M. Petit a fait un relevé très-complet des entérotomies; il paraît en résulter que si le malade a un cancer intestinal, il meurt très-rapidement si l'on fait une opération.

Chez les non cancéreux, l'opération est indiquée; mais rarement il est possible de porter un diagnostic exact; si l'on pouvait être sûr d'un étranglement par une bride, il faudrait faire la laparotomie.

Un malade arrive à l'hôpital avec des symptômes d'obstruction; il a eu deux ou trois crises semblables depuis quelques années. Quel diagnostic porter? En pareil cas, comment ne pas donner un purgatif? Souvent l'huile de croton amène une débacle et la guérison. M. Verneuil a vu avec M. Boinet une malade qui avait des vomissements stercoraux et dont l'état général était tellement grave qu'on ne put songer à une opération. Deux jours après, cette malade était guérie, et pour toujours!!

Il y a huit jours, M. Verneuil a fait une entérotomie pour un cancer du rectum, parce que le malade avait des douleurs atroces. Mort quatre jours après l'opération.

Un jour, un paysan frais et robuste se présente à l'hôpital Lariboisière; il a une obstruction intestinale. On donne des purgatifs. Le malade meurt. On trouve dans la fosse iliaque droite une bride comprimant une anse intestinale. L'anse située au-dessus était tordue sur elle-même. La laparotomie n'aurait pas rendu grand service. Enfin un homme entre à la Pitié avec un ventre concave, en nacelle; il était bien portant la veille. La température était à 35 degrés. Le malade mourut brusquement le jour suivant. A l'autopsie, on trouva une anse intestinale de 80 centimètres de longueur, toute bleue; le bord inférieur du mésentère était tendu, et l'anse passait au-dessous. La laparotomie nous aurait-elle éclairés? Cela est douteux.

M. *Terrier* dit que si sa première observation a été accueillie avec défiance, la seconde a été reçue avec plus de faveur. Il est certain que le diagnostic exact est difficile; mais, comme on se trouve en présence d'un sujet qui va mourir, on est autorisé à tout tenter pour le sauver.

Le diagnostic de l'invagination intestinale a paru moins difficile, et c'est précisément pour ce cas qu'on dit de ne pas opérer! M. Terrier n'hésiterait pas à intervenir chez les enfants comme chez les adultes. M. Trélat a bien montré l'ensemble des symptômes qui annoncent le début de l'étranglement interne. Deux fois M. Terrier a réussi, une fois il s'est trompé. Il y avait dans ce dernier cas une perforation spontanée de la vésicule biliaire sans cause appréciable. En pareil cas même, il serait peut-être utile de tenter la laparotomie.

La difficulté de l'opération est grande; mais les difficultés manuelles ne sont pas à considérer. Quant au tympanisme, on l'évitera si on ne purge pas le malade. Une ouverture du ventre large ou étroite est indifférente pour la facilité de l'opération. On a dit que la recherche de l'étranglement est longue; cela est vrai; mais ce n'est pas une raison pour ne pas opérer; à la rigueur, si l'on ne trouve pas le point étranglé, on terminera par une entérotomie.

Chaque fois que M. Terrier a fait la laparotomie, il a trouvé un commencement de péritonite. Il faut opérer le plus tôt possible, et la laparotomie donnera plus de succès que l'entérotomie. En outre, avec cette dernière opération, on a grand' chance de déterminer une infirmité incurable et dégoûtante. Le point important est de faire vite, avec un diagnostic aussi près que possible.

— M. *Duplay* présente de la part de M. Aubry, fabricant d'instruments, un écraseur linéaire (fig. 1) à anse rendue

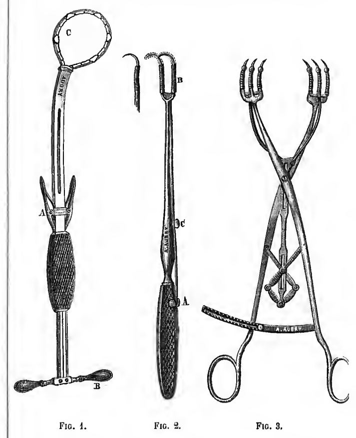


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

fixe dans sa courbure, au moyen d'un fil de fer qui entoure la chaîne et que l'on peut mettre ou retirer à volonté, pour faciliter l'ablation du col utérin ou d'une tumeur utérine. M. Duplay présente ensuite une érigne cachée pouvant être portée fermée dans le fond du vagin, afin de préserver les parties saines et le doigt de l'opérateur (fig. 2). Enfin, M. Duplay présente des pinces automatiques, dont l'érigne se cache quand on ouvre la pince (fig. 3).

SÉANCE DU 6 AOUT 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Enchondrome de la glande sous-maxillaire. — Luxation de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. — Extraction d'un couteau d'une fosse nasale. — Injections avec une solution de sulfate de zinc dans les fongosités articulaires. — Présentation de malades.

M. *Verneuil* lit un rapport sur un mémoire de M. *Nepveu* et relatif aux enchondromes de la glande sous-maxillaire. Une jeune femme entra dans le service de M. Verneuil avec un goître et une tumeur sus-hyoïdienne du volume du poing. On diagnostiqua un enchondrome de la glande sous-maxillaire. La malade, âgée de vingt ans, portait sa tumeur depuis dix ans; l'accroissement avait donc été lent; la masse était dure et bosselée. M. Verneuil fit l'opération, parce que l'enchondrome augmentait et devenait très-gênant par son volume. La guérison eut lieu sans accident. Le tissu morbide était très-adhérent à la glande sous-maxillaire, mais ne l'envahissait point.

Cette observation fut le point de départ des recherches de M. Nepveu, qui trouva 9 cas pareils au sien : 2 observations rapportées par Stromeyer en quelques lignes; 1 observation de Schultz; 1 observation de Yunken, cité par Virchow; 2 observations de Von Bruns (de Tubingen), 1 observation de Gassot, 1 observation de M. Théophile Anger, 1 observation de MM. Richet et Pozzi. C'est avec ces matériaux que M. Nepveu a pu écrire l'histoire des enchondromes de la glande sous-maxillaire.

La tumeur se développe lentement, sans cause appréciable; elle grossit sans contracter des adhérences avec la peau; elle est dure, finement bosselée. L'extirpation est facile.

L'examen histologique a démontré que la masse est formée tantôt de cartilage hyalin, tantôt de cellules étoilées, tantôt de fibro-cartilage; on n'y rencontre presque jamais de vaisseaux; presque toujours on a trouvé des acini hypertrophiés. Dans un cas de Von Bruns, l'enchondrome était sus-aponévrotique, développé dans les ganglions, indépendant de la glande; il n'y avait pas d'acini (?).

M. *Théophile Anger* demande si M. Nepveu a pu suivre sa malade et s'il n'a pas rencontré des exemples de récidive.

M. *Verneuil*. A ce point de vue, les observations étrangères ne fournissent aucun renseignement. La malade de M. Verneuil a été opérée il y a un an seulement.

M. *Théophile Anger* a revu sa malade il y a un mois. Elle est restée parfaitement guérie. L'opération a été faite il y a trois ans.

M. *Lannelongue* a opéré il y a quatre ans un individu de dix-sept ans; pas de récidive. L'opération fut faite à cause des douleurs intolérables causées par la tumeur. Il y avait des acini dans la masse; on réséqua une partie de la glande, qui faisait corps avec l'enchondrome.

M. *Périer* a enlevé, il y a deux ans, un enchondrome de la glande sous-maxillaire chez un homme de cinquante ans.

M. *Tillaux*. Velpeau disait qu'on ne trouvait point de tumeur de la glande sous-maxillaire elle-même; depuis, M. Verneuil a démontré que ces tumeurs existent. Quand la tumeur est mobile sur les parties voisines, dit M. Verneuil, c'est un enchondrome; si la tumeur adhère à la peau et est immobile, il s'agit d'un ganglion.

M. *Verneuil*. La bénignité de l'enchondrome sous-maxillaire n'est point surprenante, à cause de l'isolement de la glande et de la lenteur du développement de la tumeur. Le diagnostic est relativement facile, car les ganglions lymphatiques sont situés en dehors de la gaîne de la glande.

— M. *Tillaux* fait un rapport sur une observation de M. *Robert*, médecin-major au 9e chasseurs. Luxation simple de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Un militaire en faisant des armes se tourna le pied en dedans. Il ressentit une douleur vive à la jambe et se luxa l'extrémité supérieure du péroné.

M. Robert invoque la théorie musculaire. M. Tillaux préfère la théorie qu'il a exposée dans son *Traité d'anatomie*. Quand le pied est porté en dedans, le péroné est sollicité à se porter en dehors et il peut se fracturer au-dessus du ligament interosseux. S'il résiste, il peut se luxer à son extrémité supérieure pendant l'adduction forcée du pied. C'est ainsi que, chez le malade de M. Robert, les malléoles et les ligaments ayant résisté, la luxation a pu se produire.

— M. *Le Fort* présente un couteau de poche qu'il a extrait de la narine d'un enfant de trois ans et demi.

— M. *Le Fort*, lorsqu'il étudiait le pansement de Lister, fut frappé de l'action de la solution concentrée sur les parties molles périphériques. Depuis, il s'est demandé s'il ne pourrait pas obtenir un effet analogue à celui de l'acide phénique avec une solution concentrée de sulfate de zinc. Il résolut d'injecter la solution de sulfate de zinc dans les fongosités articulaires.

Il choisit un malade atteint depuis quatre ans d'une arthrite fongueuse du genou; n'ayant pas obtenu un résultat satisfaisant avec les traitements ordinaires, il fit des injections dans les fongosités. Le 12 mai, première injection de 8 gouttes de la solution suivante : sulfate de zinc au dixième, mélangé avec un quart d'alcool pur. La douleur fut légère. Le 16 mai, deuxième injection. Il y avait du pus dans l'articulation; le 18, une ponction en amena 30 grammes. A plusieurs reprises, on fit des ponctions et des injections. Le 23 juillet, la douleur et la suppuration avaient disparu.

Le malade est beaucoup mieux; il marche; il n'y a pas d'ankylose. M. Le Fort ne perdra pas son malade de vue, et il espère pouvoir le présenter de nouveau l'an prochain. Les injections ont été faites dans l'épaisseur des fongosités et non dans la cavité de l'articulation.

— M. *Périer* présente : 1° une femme qui a été amputée de la cuisse; pansement de Lister; réunion par première intention; guérison complète en dix-sept jours;

2° Un individu qui a subi la résection d'une clavicule; guérison;

3° Un homme qui a été amputé de l'avant-bras par un hache-paille. La machine a taillé quinze rondelles successives dans l'avant-bras. Guérison.

— M. *Duplay* présente un homme qui a un enfoncement considérable de l'os frontal; cet homme avait été renversé par une locomotive. Toute l'épaisseur de l'os avait été fracturée, comme la configuration des esquilles éliminées l'a démontré.

L. LEROY.

REVUE DES JOURNAUX

Rôle du thymus dans la pathogénie des tumeurs du médiastin, par les docteurs HAHN et THOMAS.

On a souvent parlé des maladies du thymus. Les auteurs passent en revue, avec Friedleben, celles qui ont été alléguées et dont on peut tirer cette conclusion : « Les observations anciennes, les théories si laborieusement édifiées, ne seraient plus pour nous que des documents historiques. Lorsqu'un malade présente une série de symptômes qui font croire à une tumeur du médiastin, il est inutile de songer même un instant au thymus; c'est un organe destiné à une prompte régression et dont les maladies sont des curiosités pathologiques, si tant est qu'elles existent. »

C'est à quoi conduisait la critique lors de la publication du mémoire de Friedleben, en 1858. Depuis cette époque, des

recherches plus précises ont été faites : les auteurs en disent quelques mots, puis passent à l'objet principal de leur note, qui est de rapporter une observation due à MM. Soderbaum (d'Eskilstuna) et Hedenius.

Obs. *Tumeur du médiastin. Dyspnée continue. Œdème du tiers supérieur du corps. Mort. Autopsie. Sarcome hémorrhagique développé aux dépens du thymus.* — Johan Kjell, âgé de vingt-deux ans, domestique, entra le 20 janvier 1878 à l'hôpital d'Eskilstuna. Au commencement du printemps précédent, il avait ressenti une oppression légère d'abord, mais qui peu à peu devint intense; pendant l'automne il eut un point de côté à droite et une toux qui augmenta jusqu'aux premiers jours de janvier.

Au moment où ce malade entre à l'hôpital son état général est satisfaisant, il a même un certain embonpoint. Il se plaint d'une dyspnée très-vive qui diminue lorsqu'il est assis ou couché sur le côté droit; il ne peut rester que peu de temps dans le décubitus dorsal ou latéral gauche. Il a de la cyanose et de l'œdème de la face, du cou, de la partie supérieure du tronc et des deux mains. Les mêmes symptômes ne se rencontrent point aux membres inférieurs. A la percussion en avant et latéralement dans toute la moitié droite du thorax, matité qui se confond en bas avec celle du foie; à trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes, tympanisme. En haut la zone de matité dépasse la ligne médiane de 6 centimètres vers la gauche. On sent le choc de la pointe du cœur en dehors de la ligne du mamelon et dans le septième espace intercostal. A l'auscultation, léger souffle bronchique en avant et à droite; rien sous l'aisselle. En arrière, sonorité à la percussion, murmure vésiculaire faible; aucune différence entre le côté droit et le côté gauche. Pas de raucité de la voix ni d'aphonie; bruits du cœur normaux. Pas de fièvre; pouls radial perceptible et égal des deux côtés. Appétit satisfaisant; pas de phénomènes gastro-intestinaux; pas d'albumine dans l'urine. On diagnostique une *tumeur solide de mauvaise nature* du *médiastin*, probablement un *sarcome* ou un *carcinome*. Le malade meurt le 2 février.

Autopsie faite le 4 février par le docteur Soderbaum : Le médiastin antérieur est rempli en totalité par une grosse tumeur, et après l'ouverture de la poitrine on n'aperçoit qu'une très-faible partie du bord antérieur du poumon gauche : le droit est complétement caché; le cœur est refoulé derrière le poumon gauche; le péricarde ne contient qu'une petite quantité de sérosité transparente. Dans la plèvre gauche un peu de liquide séro-purulent. La tumeur, placée immédiatement sous le sternum et en avant du cœur, s'étend du bord supérieur du *manubrium sterni* au creux sus-claviculaire; elle ne peut être sentie par le cou. Rien dans les ganglions axillaires et cervicaux.

Ceux du thorax sont en connexion étroite avec le néoplasme. On enlève en même temps que lui tous les viscères au milieu desquels il est enclavé; le poumon droit est fixé en avant et latéralement à la paroi thoracique par des adhérences anciennes et résistantes. Rien dans les côtes ni les espaces intercostaux. Le poumon gauche est rétracté, le droit comprimé par la tumeur. Rate petite; foie également. La face supérieure du foie semble avoir éprouvé une légère dépression par le fait de la tumeur. On ne trouve des noyaux secondaires dans aucun organe (1).

La tumeur est située en avant du cœur, légèrement refoulé à gauche, entre lui et le poumon droit; elle a le volume d'une tête d'adulte, est arrondie, bien limitée, lisse à sa surface, sauf en un point où elle est légèrement lobulée; son diamètre vertical est de 26 centimètres, ses diamètres transverses sont : 18 centimètres en haut, 15 en bas; son épaisseur est de 9 centimètres en haut, de 7 en bas; elle est reliée au tissu cellulaire du médiastin par une courte bride de nature conjonctive; elle adhère à la partie moyenne de la face interne du poumon droit et du côté opposé au péricarde.

Elle siége en avant de la crosse de l'aorte, de la partie inférieure de la trachée, de la bifurcation bronchique et du péricarde. Elle adhère étroitement à la face antérieure du péricarde et n'est jointe que par un tissu assez lâche au tronc brachio-céphalique, à l'extrémité inférieure de la carotide et de la sous-clavière droite, aux veines cave et innominée.

A la coupe elle présente un aspect blanchâtre, médullaire. En certains endroits, surtout dans les parties centrale et postérieure, on voit des taches jaunâtres parsemées de stries et de points d'un rouge plus ou moins vif. Au toucher cette masse est molle, surtout dans la partie postérieure; le doigt pénètre sans difficulté dans son épaisseur. La partie antérieure qui correspond au péricarde, et qui adhérait à la plèvre pariétale par quelques tractus conjonctifs, est un peu plus dense. A la vue elle présente un aspect fibroïde, dans une épaisseur variant de 5 millimètres à 1 centimètre; la longueur de cette portion est de 6 à 7 centimètres dans le sens vertical.

Rien de notable du côté du péricarde et du cœur. Pas d'état graisseux. Rien à l'aorte. Les deux poumons mesurent en longueur 20 à 22 centimètres, en largeur 9, en épaisseur 4. Le droit est un peu plus anémié que le gauche; en aucun point on ne trouve la moindre trace de néoformation. Les deux grosses bronches et la partie inférieure de la trachée ont subi une telle compression d'avant en arrière qu'elles ressemblent presque à des *fourreaux de sabre*.

Les filets du nerf vague et du sympathique sont libres en arrière de la tumeur. Par suite de sa situation par rapport au péricarde, le nerf phrénique gauche n'est point en rapport avec elle. Le droit entre dans son épaisseur vers l'origine de la bronche correspondante, il chemine dans la partie postérieure la plus molle et se termine en bas, au voisinage du médiastin postérieur. Aussitôt après son entrée dans la tumeur, son volume augmente et sa circonférence devient le double de ce qu'elle était plus haut; à ce niveau il est plus mou et plus friable qu'ailleurs; vers la partie inférieure les fibres sont dissociées, de telle sorte qu'il est impossible de les isoler avec le bistouri et qu'elles finissent par se confondre avec le tissu voisin. Les ganglions bronchiques et trachéaux les plus volumineux mesurent 2 centimètres en longueur, 1 centimètre en largeur et de 3 à 5 millimètres en épaisseur; ils ont une coloration ardoisée à la coupe, mais ni eux, ni les petits ganglions du médiastin en contact avec la face externe de la tumeur, ne présentent la moindre anomalie à la vue ou au toucher.

Examen microscopique. — Il a porté sur des portions fraîches et sur d'autres durcies dans une solution d'acide chromique à 0,2 pour 100. On trouve sur la face externe une couche de tissu conjonctif, plus épaisse au niveau des adhérences pleurales (1 millimètre environ). Elle est formée de faisceaux de fibrilles droites ou largement ondulées, parallèles à celles du tissu pleural, et de cellules à noyaux plus nombreuses et plus serrées au voisinage de la couche conjonctive externe; à ce niveau la substance intercellulaire disparaît en partie; elle est très-rare et fibrillaire. Les cellules sont arrondies, parfois fusiformes, remplies d'un protoplasma transparent ou finement granuleux; en général, elles contiennent des noyaux ronds pourvus d'un nucléole. Sur une coupe très-fine on voit qu'elles sont à une certaine distance les unes des autres, de sorte qu'une substance fondamentale fibrillaire rarement amorphe peut être distinguée entre elles; on ne trouve ni mailles ni alvéoles; elles forment des îlots plus ou moins grands par suite de leur réunion, mais jamais ceux-ci ne sont compris dans un réticulum.

Çà et là on trouve des cellules fusiformes parallèles, séparées par des fibrilles. A l'intérieur comme à la surface de la tumeur, des fibres conjonctives rayonnent en tous sens; elles sont plus nombreuses et plus fines.

Au-dessous de l'enveloppe une substance intercellulaire finement striée les traverse; c'est au milieu d'elles que l'on trouve de nombreux vaisseaux sanguins dont la tunique adventice est souvent épaisse et fibrillaire elle-même; leurs parois sont minces eu égard à leur lumière. De place en place il y a de petits foyers d'hémorrhagie. Dans la partie postéro-interne de la tumeur les grandes cellules rondes forment l'élément prédominant. Il n'est pas rare de trouver des granulations graisseuses dans le plasma et les noyaux, surtout au niveau des taches jaunâtres qu'on a signalées sur la coupe.

La partie antérieure, celle qui se trouvait juste au-dessous du sternum, présente une structure différente. On y voit à peu de distance les uns des autres des amas de cellules lymphoïdes. Après les avoir enlevées avec le pinceau, on reconnait qu'elles étaient contenues dans un réticulum très-fin, dont quelques mailles sont si petites qu'elles ne renferment pas plus d'une cellule. On ne trouve aucun vaisseau lymphatique; ce sont de simples follicules dont la structure n'est nullement celle des ganglions. Le réticulum disparaît insensiblement et finit par se confondre avec celui de la portion sarcomateuse de la tumeur.

On trouve également des îlots adipeux toujours voisins des follicules lymphoïdes, dont les cellules se mélangent parfois aux leurs, celles-ci n'ont pas toutes le même volume, elles sont plus brillantes qu'ailleurs. Quelques-unes ne sont pas complétement remplies de graisse, elles ont un noyau encore visible et près de

(1) Les organes thoraciques enlevés en masse furent portés à M. Hedenius, auquel on doit le reste de cette relation.

lui un protoplasma granulo-graisseux; d'autres plus grandes, ovales ou rondes, sont en voie de prolifération; elles ont plusieurs noyaux et un contenu moins brillant que la graisse.

La structure des vaisseaux est toute particulière; on a parlé plus haut de l'épaississement de l'adventice. En quelques points cette dernière se confond avec le tissu sarcomateux et son épaisseur devient très-minime.

La tumeur se comporte avec les fibres du phrénique comme avec les vaisseaux. On trouvait de nombreuses cellules rondes dans l'épaisseur du périnèvre; à mesure que les fibres avancent en profondeur elles subissent la dégénérescence graisseuse. Les ganglions du médiastin ne présentent pas d'éléments sarcomateux.

Ce fait montre que, même chez l'adulte, le thymus a son importance. En le rapprochant des observations de Wittich, d'Astley Cooper, de Steudener, nous arriverons à conclure :

1° Que cet organe peut s'hypertrophier, s'enflammer spontanément et même s'abcéder; 2° que chez les enfants ou les individus plus âgés il devient parfois le point de départ de sarcomes de différentes formes; 3° que ceux-ci ont peu de tendance à se propager aux organes voisins, qu'ils restent latents probablement pendant une période très-longue et qu'ils produisent surtout des phénomènes de compression; 4° qu'enfin la tuberculose et les autres affections du thymus sont secondaires, qu'elles doivent cependant être comptées parmi les tumeurs que l'on peut rencontrer dans le médiastin. (*Archives générales de médecine*, mai 1879.)

Accidents causés par la morsure de l'araignée noire, par le docteur Dax.

L'araignée noire (*Latrodectus tredecimguttatus*, Rossi) produit par sa morsure des accidents assez sérieux. Cette espèce, assez répandue en Corse et en Italie, est rare dans le Languedoc et en Provence, cependant elle s'y rencontre, et M. le docteur G. Dax, de Sommières (Gard), a eu l'occasion de soigner plusieurs de ces morsures. Nous ne croyons pas sans intérêt de donner le sommaire de ses observations :

Obs. I. — Dans le premier cas, il s'agit d'un homme qui fut mordu au bras en soulevant une gerbe. Au bout d'un quart d'heure il éprouva du malaise, de la céphalalgie et de la faiblesse; bientôt survint une dyspnée assez forte avec rachialgie intense, une sensation de constriction à la base du thorax; des crampes, des fourmillements et du refroidissement des extrémités. Il fut sous l'influence de ces accidents pendant plusieurs jours, mais il finit par guérir.

Obs. II. — Un homme de soixante ans fut piqué au mois de juillet en travaillant dans les champs; au bout d'une demi-heure il eut une sensation de malaise avec nausées, agitation continuelle, douleurs vives dorso-lombaires; les accidents durèrent quatre heures et il leur succéda un sentiment de courbature générale qui dura plusieurs jours.

Obs. III. — Un jeune homme de dix-neuf ans fut piqué au pied : les accidents se développèrent au bout d'une heure; ils consistèrent en vertiges, douleurs dans les membres, sensation de faiblesse, lipothymies, aspect général grave. Les phénomènes ne disparurent qu'au bout de vingt-quatre heures.

M. Dax rapporte encore trois autres cas analogues. Dans tous les cas, il fit des applications d'ammoniaque sur la morsure et prescrivit une mixture contenant : éther sulfurique, 40 gouttes; ammoniaque, 25 gouttes; laudanum de Sydenham, 25 gouttes. (*Montpellier médical*, 1878, décembre, p. 521.)

BIBLIOGRAPHIE

Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, etc., 1 vol. in-8 de 624 pages. Paris, 1879, A Delahaye et Cie.

Nous avons déjà analysé dans la *Gazette* divers ouvrages fort remarquables de M. Legrand du Saulle, sur les formes les plus répandues de l'aliénation mentale. Tout récemment nous avons fait connaître à nos lecteurs une *Étude médico-légale* très-instructive du même auteur sur les épileptiques. L'ouvrage que nous analysons aujourd'hui est écrit avec le même esprit que les précédents. L'auteur s'est efforcé d'utiliser les ressources de l'observation pour les appliquer à l'étude d'une des questions les plus importantes de la médecine légale. Dans ses ouvrages antérieurs il avait étudié les manifestations multiples du délire et les actes criminels dus à l'aliénation mentale; dans celui-ci il étudie la folie dans ses rapports avec la faculté de tester. L'auteur s'est emparé de l'expression écrite de la volonté dernière de l'aliéné, il a interrogé scientifiquement ses conceptions délirantes d'outre-tombe, et il a contrôlé l'usage qui a été fait d'un droit dont l'exercice est départi seulement à quiconque est sain d'esprit.

Les tribunaux français, ne possédant aucun ouvrage sur la folie dans ses rapports avec la faculté de tester, s'étaient jusqu'à ce jour livrés à leurs propres inspirations; mais leurs jugements étaient souvent empreints d'une certaine timidité et d'un respect parfois exagéré pour la volonté du testateur, même lorsque cette volonté émanait d'un cerveau malade. Il est incontestable que des actes testamentaires dont leurs auteurs étaient indubitablement atteints de folie ont été validés par nos tribunaux. Les faits de ce genre, qui sont loin d'être rares, suffisent pour démontrer l'utilité du nouvel ouvrage de M. Legrand du Saulle.

Après avoir fait un exposé succinct du testament en général et de ses différentes formes, l'auteur entre dans des développements importants sur la faculté de tester et sur toutes les circonstances accidentelles, personnelles ou pathologiques qui peuvent retentir à un moment donné sur la volonté ou la liberté du testateur. Il fait ressortir, chemin faisant, malgré les contradictions parfois choquantes de la jurisprudence, les principales décisions juridiques survenues jusqu'à l'époque actuelle. Il aborde ensuite dans des chapitres distincts l'étude des questions relatives à l'âge, la vieillesse, la sénilité, la dernière maladie, l'agonie, le suicide, l'ivresse, l'ivrognerie, l'alcoolisme, l'apoplexie, l'aphasie et les intervalles lucides. Chacun de ces états est étudié au point de vue des troubles intellectuels, de l'affaiblissement éventuel du niveau mental et du degré possible de diminution de la mémoire et de la volonté. Des observations concluantes, citées à l'appui, créent des précédents cliniques médico-légaux et juridiques et pourront être, en cas de contradictions testamentaires, consultées et prises en considération par les tribunaux.

L'auteur passe ensuite en revue d'autres états morbides dans leurs rapports avec la faculté de tester : la manie, la mélancolie, le délire partiel, le délire des persécutions, la démence, la paralysie générale et tout un groupe d'états intellectuels, de maladies, d'infirmités et de circonstances susceptibles d'influer sur la capacité testamentaire.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur le livre de M. Legrand du Saulle, qui nous paraît appelé à rendre de véritables services dans les cas si nombreux où les testaments sont attaqués devant les tribunaux pour cause de folie ou de captation. Nous ajouterons que cet ouvrage est écrit avec une grande finesse d'observation et dans un style excellent, et qu'il occupera une place honorable dans la bibliothèque du médecin aussi bien que dans celle de l'avocat.

A. Lutaud.

VARIÉTÉS

La médecine en Algérie. — Le Sénat a voté avant de se séparer une loi autorisant, moyennant certaines garanties d'instruction, la pratique de la médecine par des indigènes *au profit* (?) des indigènes. Le but de la loi, qui avait trouvé un appui général, paraît-il, au Conseil académique, est de refouler l'empirisme qui règne dans ces régions. Toujours est-il que voilà un troisième ordre de médecins, provisoire à ce qu'on dit, mais qui durera longtemps et qui ne nous paraît pas devoir être précisément un antidote du charlatanisme. Ce projet avait rencontré chez MM. les sénateurs Th. Roussel et Testelin une opposition énergique, mais sans écho.

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association française vient de décider, d'accord avec le comité local de Montpellier, le programme de la session qu'elle tiendra dans cette ville du 28 août au 4 septembre, sous la présidence de M. Bardoux, député du Puy-de-Dôme. Ce programme comprend, comme les années précédentes, des séances de sections et des séances générales dont les ordres du jour seront intéressants, on peut déjà l'affirmer; deux conférences : l'une sur le canal d'irrigation dérivé du Rhône, l'autre sur la lumière électrique; des visites industrielles et scientifiques, et particulièrement une visite à l'Ecole d'agriculture, où une réception brillante sera organisée; des excursions générales à Nîmes et Aigues-Mortes d'une part, à Cette et sur l'étang de Thau d'autre part; de plus, des excursions finales dont l'étude est presque terminée, conduisant les membres du Congrès à Narbonne, Carcassonne, le Vigan, Lodève, Alais et le bassin houiller, Saliudres, etc. Le comité local prépare également une série d'expositions spéciales du plus haut intérêt, pour lesquelles on espère, entre autres, le concours obligeant et précieux des officiers du génie.

On trouve au secrétariat de l'Association, 76, rue de Rennes, à Paris, tous les renseignements relatifs à cette session, à l'occasion de laquelle les Compagnies de chemins de fer ont bien voulu accorder une réduction de prix.

Assistance publique. — Un legs de 971 francs de rente 3 pour 100 vient d'être fait par madame veuve Bataillard à l'hospice des Enfants assistés.

Conseil municipal. — Dans la séance du 9 août 1879, M. Bourneville a fait une série de rapports sur des travaux divers à l'hospice Leprince (dépense, 9779 francs); — sur les travaux à exécuter aux façades de la maison de retraite des Ménages (14 690 francs); — sur la création d'un amphithéâtre pour les cours à l'hospice de la Salpêtrière (15 995 francs). Cet amphithéâtre servira à la fois aux médecins pour leurs leçons cliniques, à l'école des infirmiers laïques, qui jusqu'ici ne dispose que d'un local insuffisant, enfin aux distributions de prix pour l'école des enfants et l'école des infirmiers.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour deux places de chef de clinique médicale.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Dejérine et P. Oulmont.

Faculté de médecine de Montpellier. — Le *Montpellier médical* annonce que M. le professeur Bouisson vient de donner sa démission de doyen de cette Faculté. Il est remplacé par M. le professeur Moitessier.

— Sont chargés des cours annexes ci-après désignés, les agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier dont les noms suivent : MM. Grasset, maladies des vieillards; Battle, maladies des enfants; Gayraud, maladies syphilitiques et cutanées.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Seiler (François-Maurice) est nommé aide d'anatomie pathologique en remplacement de M. Magnin, démissionnaire.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par décret en date du 11 août 1879, M. Vergely, chargé des fonctions d'agrégé, a été nommé professeur de pathologie générale à la même Faculté.

École de médecine d'Arras. — M. Ducelliez, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie pour une période de neuf années. — M. Goudemant, docteur en médecine, est institué suppléant de la chaire de clinique et de pathologie interne pour une période de neuf années. — M. Taffin, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de clinique, pathologie externe et accouchements, pour une période de neuf années.

Service de santé de la marine. — Par décret du président de la république en date du 31 juillet 1879, M. Palasne-Champeaux (Adolphe-Paul), médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal (tour du choix).

Nécrologie. — Le corps médical toulonnais vient de faire une perte regrettable dans la personne de M. le docteur Calvy, premier médecin en chef des hospices civils, officier de la Légion d'honneur, décédé le 13 juin dernier.

La fièvre jaune a Memphis. — La fièvre jaune continue ses ravages à Memphis, dans la vallée du Mississipi. Le fléau s'est maintenant répandu dans toutes les parties de la ville. Aux dernières nouvelles il n'était pas tombé une goutte d'eau depuis dix-sept jours. La désertion en masse se poursuit sur une grande échelle. A la date du 24 juillet, 20 000 personnes avaient quitté Memphis, où presque tous les magasins sont fermés, la plupart des maisons d'affaires ayant formé de nouveaux établissements, soit à Saint-Louis, soit à Cincinnati.

Cours publics. — On demande des docteurs en médecine pour l'enseignement clinique dans les spécialités suivantes :

L'ophthalmologie; les maladies des voies urinaires; l'orthopédie; la petite chirurgie; les maladies mentales et nerveuses; la syphilis et les syphilides, etc. On a déjà réuni des docteurs pour la gynécologie, la dermatologie, les maladies des oreilles et les maladies des enfants. S'adresser pour tous les renseignements à M. le docteur Verrier, 14, rue du Faubourg-Saint-Honoré, à cinq heures.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 31 juillet au 7 août 1879, on a constaté 903 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 21. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 6. Variole, 11. — Croup, 11. — Angine couenneuse, 21. — Bronchite, 24. — Pneumonie, 36. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 46. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 10. — Erysipèle, 3. — Autres affections aiguës, 217. — Affections chroniques, 386 (dont 150 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 50. — Causes accidentelles, 39.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE F. MARTINET, RUE MIGNON.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 21 août 1879.

L'HYSTÉRO-OVARIOTOMIE CÉSARIENNE PAR LA MÉTHODE DE PORRO : M. TARNIER.

La presse étrangère nous avait apporté pendant ces deux dernières années la relation d'un assez grand nombre de cas dans lesquels l'opération césarienne avait été suivie de l'amputation de l'utérus et des ovaires. Cette modification importante, due à l'initiative d'un chirurgien italien, avait pour but de soustraire la femme aux accidents septicémiques et aux hémorrhagies si graves qui compliquent le plus souvent l'opération césarienne, et qui sont dus à l'irruption du liquide lochial dans la cavité péritonéale et à l'inertie utérine. Ainsi modifiée, cette opération avait donné à son auteur les succès les plus encourageants. Pratiquée un assez grand nombre de fois à l'étranger, il lui manquait en France la consécration de la pratique.

Il appartenait à un de nos plus sympathiques obstétriciens d'attirer l'attention des chirurgiens français sur ce nouveau procédé opératoire. Le 29 juillet dernier, M. Tarnier présentait à l'Académie de médecine une malade sur laquelle il avait pratiqué avec succès l'opération de Porro; dans la même séance, il donnait quelques détails sur un autre cas de sa pratique privée et se prononçait d'une manière formelle en faveur de l'hystérotomie césarienne. Quelques jours plus tard, un chirurgien de Lyon, M. Fochier, annonçait à l'Académie qu'il avait également pratiqué l'opération de Porro, sur une femme qui avait guéri; c'était un nouveau succès à enregistrer et la France, qui avait reculé pendant tant d'années devant l'ovariotomie, s'était laissé cette fois assez facilement entraîner dans la voie indiquée par le chirurgien italien.

L'amputation utéro-ovarique fut pratiquée pour la première fois par un chirurgien américain distingué, Storer, de Boston. Dans le cours d'une opération césarienne, ce praticien fut surpris par une épouvantable hémorrhagie et n'eut pour l'arrêter d'autre ressource que l'amputation de l'utérus et des ovaires. La malade mourut et la tentative du chirurgien américain n'eut pas de retentissement et tomba dans l'oubli.

Huit ans plus tard, Porro, de Pavie, fit cette opération de propos délibéré, après s'être exercé sur des animaux. Sur une femme rachitique, chez laquelle l'accouchement par les voies naturelles était impossible, il enleva l'utérus et les ovaires. Le succès fut complet et la malade guérit.

Le cas de Porro eut un grand retentissement et l'opération ne tarda pas à être pratiquée par plusieurs chirurgiens, notamment en Allemagne et en Italie. Les succès les plus remarquables furent d'abord obtenus par Müller, C. Braun, Chiara et Riedinger. Mais, comme nous venons de le dire, ce n'est que cette année que l'opération fut introduite et pratiquée en France par MM. Tarnier et Fochier. Nous pouvons dire dès à présent que, grâce à l'autorité et au savoir de l'éminent chirurgien de la Maternité de Paris, l'amputation utéro-ovarique a acquis droit de cité parmi nous.

Les deux observations publiées récemment par M. Tarnier présentent un intérêt particulier. Dans la première, l'opération césarienne a été pratiquée sur une malade chez laquelle une tumeur fibreuse volumineuse opposait un obstacle absolu à l'accouchement; dans la seconde, il s'agissait d'une femme rachitique dont le bassin mesurait 6 centimètres dans son diamètre sacro-pubien. Nous allons exposer les points les plus importants de ces deux faits, qui présentent chacun un exemple différent des cas où l'opération est applicable.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente-trois ans, enceinte et atteinte de fibromes utérins, près de laquelle M. Tarnier fut appelé par le docteur Reinvilliers. L'une des tumeurs fibreuses remplissait toute l'excavation pelvienne et avait refoulé le col de l'utérus en haut et en avant, derrière le corps du pubis où il était difficilement accessible au doigt. Il était permis dans ce cas d'avoir les plus grandes inquiétudes sur l'issue de la grossesse. Fallait-il intervenir immédiatement ou attendre l'accouchement? M. Tarnier opta pour cette dernière alternative. Il était permis, en effet, d'espérer que les contractions utérines pourraient déplacer la tumeur pendant le travail de l'accouchement, comme cela s'est vu quelquefois. Si cette espérance ne se réalisait pas, l'opération césarienne restait comme unique ressource.

La malade étant arrivée au terme de la grossesse, les membranes se rompirent et le liquide amniotique s'écoula en abondance, quelques petites contractions survinrent, puis ce fut tout. Deux jours plus tard, on pouvait constater la mort de l'enfant. L'état général s'aggrava; il y eut quelques frissons, élévation du pouls et de la température; on craignit des accidents septiques et l'opération fut décidée. Elle fut pratiquée le 24 février 1879, sept jours après la rupture des membranes.

Après avoir incisé largement la paroi abdominale sur la ligne médiane en se conformant à la méthode listérienne, M. Tarnier engage ses aides à presser le ventre sur les parties latérales pour faire sortir de l'abdomen l'utérus et ses annexes, suivant la modification apportée par Rein et Müller à l'opération de Porro. Ce résultat est bientôt obtenu, et tous les assistants remarquèrent le volume énorme des vaisseaux qui des ligaments larges se rendent à l'utérus, et l'existence d'un cordon de la grosseur d'une plume de corbeau, libre de toute adhérence sur un trajet de 8 centimètres, s'insérant par l'une de ses extrémités sur l'utérus et par l'autre sur le ligament large. Ce cordon, de couleur rouge, et ressemblant d'une manière frappante à un ver de terre, est constitué par une veine turgescente. Ce cordon vasculaire, dont la rupture eût pu donner lieu à une hémorrhagie considérable, est excisé entre deux ligatures préalables.

Pour plus de sécurité une ligature est jetée de chaque côté sur le ligament large qu'elle traverse de manière à étreindre les gros vaisseaux utérins dont il a été parlé plus haut.

L'utérus est alors incisé ; au moment de cette incision des gaz fétides s'échappent en abondance de la matrice, et M. Tarnier fait l'extraction d'un fœtus et d'un placenta déjà putréfiés. Le tissu conjonctif de l'utérus est verdâtre et infiltré. La surface interne de l'organe est manifestement en putréfaction.

Malgré les ligatures préalables, du sang, en notable quantité, s'écoule par la plaie utérine ; il est arrêté par des pinces hémostatiques.

Par des tractions modérées on essaie de faire sortir de l'excavation pelvienne la tumeur fibreuse qui y est engagée ; mais ces tractions sont inutiles. En glissant la main à côté de cette tumeur on reconnaît qu'elle est fixée au fond du petit bassin par des adhérences si puissantes qu'il est impossible de les rompre.

Restait à enlever l'utérus ; mais la tumeur, qui plongeait dans l'excavation pelvienne et qui se prolongeait assez haut sur la face postérieure de la matrice, mit un grand obstacle à ce temps de l'opération. Fallait-il placer un fil de fer constricteur au-dessus de la tumeur ? Après avoir posé la question et consulté ses aides, M. Tarnier prit le parti d'évider la partie centrale de la tumeur et de n'en laisser subsister que la coque extérieure. En incisant la tumeur on en trouva le tissu ramolli et parsemé de cavités contenant un liquide putride. Un fil de fer, serré à l'aide du constricteur de Cintrat, fut fixé à l'union du corps et du col de l'utérus et une broche fut placée au-dessous de ce fil de fer. Le pédicule comprenant non-seulement l'utérus, mais l'enveloppe de la tumeur fibreuse, fut maintenu au dehors. Le corps de l'utérus et les ovaires furent ensuite excisés à un centimètre au-dessus de l'anse formée par le fil de fer.

La paroi abdominale fut suturée avec des fils d'argent, au-dessus et au-dessous du pédicule ; on fit le pansement de Lister et l'on reporta la femme dans son lit. Trois jours après elle succombait avec les symptômes d'un empoisonnement septique.

Cette observation et cet insuccès avaient inspiré à M. Tarnier les remarques suivantes, qui s'appliquent surtout aux cas où l'opération de Porro est appliquée lorsque des corps fibreux s'opposent à la délivrance par les voies naturelles :

1° Le travail de l'accouchement ne s'est point manifesté franchement, et cette anomalie doit être attribuée à ce que la tumeur fibreuse supportait en grande partie le poids du fœtus et s'opposait ainsi à ce que l'œuf fît effort sur le col.

2° L'innocuité de la rupture prématurée des membranes, lorsque l'enfant est vivant, n'existe plus lorsque l'enfant est mort, car alors celui-ci se putréfie. La rupture prématurée des membranes coïncidant avec la mort du fœtus doit donc être considérée comme une indication pressante de l'emploi des moyens propres à provoquer et à accélérer l'expulsion ou l'extraction du fœtus.

3° L'existence de tumeurs fibreuses de l'utérus, dans le segment inférieur de l'organe, constitue une complication grave lorsqu'on veut faire l'opération de Porro. L'évidement d'un fibrome est difficile et la coque qui en résulte donne un mauvais point d'appui au fil de fer qui étreint le pédicule. Mieux vaudrait placer ce fil de fer au-dessus de la tumeur, quand on ne peut pas l'enlever complétement.

4° Autant que possible, il faut opérer de bonne heure. En agissant ainsi, on sauve presque toujours l'enfant et on opère la femme dans de bonnes conditions de réussite. Quand on temporise trop longtemps, l'enfant est exposé à mourir par suite d'un travail prolongé outre mesure, et la femme, par l'épuisement de ses forces ou sous le coup d'un empoisonnement putride, perd la plus grande partie de ses chances de guérison.

Le deuxième cas de M. Tarnier, qui a trait à un rétrécissement pelvien, n'est pas moins intéressant. Il s'agissait d'une femme de trente-six ans, rachitique, dont le bassin, pseudo-ostéomalacique, mesurait 6 centimètres dans son diamètre sacro-sous-pubien. Lorsqu'elle fut admise à la Maternité le 20 mars 1879, cette femme perdait déjà depuis deux jours du liquide amniotique ; elle ressentait des douleurs lombaires extrêmement vives. Il était impossible, avec un bassin aussi étroit, de pratiquer la céphalotripsie ; le col qui n'était pas dilaté ne permettait du reste pas d'avoir recours à ce procédé de délivrance. L'opération césarienne était donc la seule ressource, elle fut immédiatement décidée et pratiquée.

M. Tarnier incisa d'abord la paroi abdominale sur la ligne médiane ; puis, au lieu d'attirer l'utérus au dehors, comme il l'avait fait dans sa première opération, il l'incisa dans la cavité abdominale. Pour appliquer le procédé de Müller il eût fallu faire une incision extrêmement longue, ce qui eût été difficile chez une femme dont la taille ne dépassait pas $1^{m},23$.

On retire de l'utérus un enfant mort du poids de 3320 grammes et d'une longueur de 51 centimètres.

Le placenta est ensuite décollé ; il pèse 600 grammes. A ce moment, on fait une injection d'ergotine dans la paroi abdominale, et M. Tarnier se demande alors s'il doit se borner à l'opération césarienne, ou s'il doit enlever l'utérus. Il se décide à faire l'opération de Porro, à cause de l'écoulement sanguin (400 grammes environ) qui se fait par la surface interne de l'utérus. Le chirurgien attire hors de l'abdomen l'utérus et ses annexes. Une anse en fil de fer est appliquée avec le constricteur de Cintrat autour de l'utérus, à l'union du col et du corps ; une broche en acier est enfoncée transversalement dans le tissu utérin, juste au-dessus de cette anse, et un second fil métallique est placé de la même façon que le premier, immédiatement au-dessus de la broche ; il y a ainsi deux ligatures métalliques superposées, et séparées l'une de l'autre par une broche métallique qui se trouve solidement assujettie entre les deux fils de fer.

Puis l'utérus est sectionné avec le bistouri au-dessus de la dernière anse placée. Le pédicule est maintenu au dehors, et on suture la paroi abdominale avec des fils d'argent ; il y a quatre sutures profondes et deux superficielles.

La partie qui a été enlevée pèse 850 grammes, elle contient le corps de l'utérus, la trompe et l'ovaire droits, la trompe et une partie de l'ovaire gauches ; l'autre partie de cet ovaire est restée adhérente au pédicule au-dessus du fil de fer le plus superficiel.

Il était permis de ne pas être sans inquiétudes sur le résultat d'une telle opération. Néanmoins la malade n'eut presque pas de fièvre, sa température ne dépassa jamais 38°,6 et l'état général resta excellent. La guérison, en un mot, eut lieu sans le moindre accident.

A ce remarquable succès il faut ajouter celui que vient d'obtenir encore M. Fochier dans un cas analogue, à Lyon, et dont les détails ne nous sont pas parvenus.

Si l'on additionne toutes les observations d'opérations de Porro qui ont été pratiquées pendant ces trois dernières années et que nous avons pu recueillir, on arrive au chiffre

fort respectable de 25; dans ce nombre ne sont pas compris un certain nombre de faits sur lesquels il nous a été impossible de nous procurer des documents authentiques. M. le docteur Pinard, qui prépare en ce moment un travail très-complet sur cette opération, nous a assuré qu'elle avait été pratiquée 36 fois.

Statistique de l'hystéro-ovariotomie césarienne par la méthode de Porro.

1868.	Storer (Boston)........	Mort.
1876.	Porro (Pavie)..........	Succès.
1877.	Spaeth (Vienne)........	—
—	Spaeth (Vienne)........	Mort.
—	Hegar (Fribourg)......	—
—	Chiara (Milan).........	—
—	Previtali (Bergame).....	—
1878.	Müller (Berne).........	Succès.
—	Chiara (Milan).........	Mort.
—	Tibone (Turin)........	—
—	G. Braun (Vienne)......	Succès.
—	Vasseige (Liége).......	—
—	Riedinger (Brünn)......	—
—	Peroglio (Brescia)......	—
—	Chiara (Milan).........	—
—	Fehling (Stuttgard).....	Mort.
1879.	G. Braun (Vienne)......	—
—	Litzmann (Kiel)........	—
—	G. Braun (Vienne).....	Succès.
—	Tibone (Turin)........	—
—	Prevost (Moscou).......	Mort.
—	Fochier (Lyon)..........	Succès.
—	G. Berruti (Italie).......	—
—	Tarnier (Paris).........	Mort.
—	Tarnier (Paris).........	Succès.

D'après ce tableau on voit que l'opération de Porro a donné 13 succès sur 25 cas, c'est-à-dire plus de 50 pour 100. Ces chiffres sont trop éloquents pour qu'il soit nécessaire d'insister plus longuement sur les avantages de la nouvelle méthode, et surtout si l'on considère que, depuis 1787, presque un siècle, l'opération césarienne n'avait pas réussi à Paris et qu'elle n'avait jamais réussi dans les hôpitaux de la capitale.

Il est donc bien démontré que l'hystéro-ovariotomie césarienne par la méthode de Porro est de beaucoup supérieure à l'opération césarienne telle qu'elle était pratiquée jusqu'à ce jour. Quelques chirurgiens ont reproché au nouveau procédé de supprimer les organes de la génération et d'empêcher les femmes de concevoir de nouveau. Mais nous nous demandons si ce reproche a pu être sérieusement adressé à la méthode de Porro. Lorsqu'une femme possède un rétrécissement pelvien au-dessous de 66 millimètres, n'est-il pas préférable de lui ôter à tout jamais les moyens de concevoir, que de lui laisser courir les chances d'une mort presque certaine si par imprudence ou par toute autre cause elle vient à être enceinte?

On dira, il est vrai, que les obstétriciens ont, dans les cas de rétrécissement, une ressource moins dangereuse que l'opération césarienne : la céphalotripsie, dont M. le professeur Pajot et M. Tarnier s'étaient toujours montrés les défenseurs ardents et convaincus. Nous sommes nous-même partisan, avec nos excellents maîtres, de la céphalotripsie, mais celle-ci n'est applicable que dans les cas où le rétrécissement est moyen. Lorsque le diamètre du bassin a 6 centimètres, comme dans le cas de M. Tarnier, la céphalotripsie tue tous les enfants et sauve à peine la moitié des femmes. L'hystérotomie césarienne, au contraire, permet de conserver les enfants et sauve plus de la moitié des mères. Elle doit donc être préférée.

M. Tarnier attribue en partie son succès à l'emploi rigoureusement suivi de la méthode antiseptique de Lister, et fait à ce sujet des remarques très-intéressantes sur l'état sanitaire de la Maternité de Paris.

Nous sommes, en effet, habitués à entendre dire le plus grand mal de cet établissement. Depuis plus de trente ans on dit et on répète à satiété que la Maternité est un hôpital néfaste, que les femmes y meurent en grand nombre et que les miasmes malfaisants y pullulent; dernièrement encore M. Hervieux accusait, devant l'Académie de médecine, le poison puerpéral de la Maternité de lui avoir autrefois donné des rhumatismes.

M. Tarnier a protesté énergiquement contre ces accusations et démontré qu'elles n'étaient pas fondées. Si l'état sanitaire de la Maternité a été jadis défectueux, il n'en est plus de même aujourd'hui. Cet établissement se compose de deux bâtiments distincts : l'un, la grande Maternité, dont la mortalité est de 1 sur 50, alors qu'elle était autrefois de 1 sur 20; l'autre, le Pavillon d'isolement, où il n'entre que des femmes choisies et bien portantes, dont la mortalité est de 1 sur 50. En somme, de tous les hôpitaux d'accouchements la Maternité de Paris est celui où la mortalité est le moins élevée. Cinq ovariotomies y ont été récemment pratiquées avec succès par MM. Polaillon et Lucas-Championnière. M. Tarnier y a fait avec succès non-seulement l'opération que nous venons de rapporter, mais encore une laparotomie chez une femme atteinte de grossesse extra-utérine.

Les faits si intéressants présentés à l'Académie par l'éminent chirurgien prouvent donc non-seulement qu'on peut sauver la vie à un grand nombre de femmes par le procédé de Porro, mais encore que la Maternité de Paris n'est pas aussi malsaine qu'on a voulu le dire et qu'on peut y pratiquer avec succès les plus graves opérations en s'entourant toutefois des précautions antiseptiques.

A. Lutaud.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Contribution a l'étude du cancer du larynx, par le docteur Krishaber (1).

(Suite. — Voyez le numéro 33.)

Nous avons vu que dans les cas où le siége de la lésion est principalement ou exclusivement sur l'épiglotte, ce sont les troubles de la déglutition qui dominent la situation, dont la gravité se trouve cependant quelque peu compensée par cette circonstance, que l'intervention chirurgicale est d'une exécution plus aisée, et qu'elle peut retarder la mort d'un temps plus ou moins long. L'observation suivante est une preuve de

(1) La partie de ce mémoire que nous publions à partir du numéro présent est inédite, et paraîtra *in extenso* dans nos colonnes; dans la partie que contenait notre numéro précédent et qui avait déjà paru, comme nous l'avons dit, dans un autre journal, on avait dû supprimer, faute de place, un certain nombre de passages et plusieurs observations.

(*La Rédaction.*)

la facilité de l'excision de la tumeur par les voies naturelles, mais je m'empresse d'ajouter que l'âge très-avancé du malade était une fort mauvaise condition de réussite. Il s'agit d'un homme de soixante-seize ans, couché salle Saint-Pierre, n° 51, service de M. Desormeaux, hôpital Necker. Ce malade s'exprime difficilement, autant à cause de son affaiblissement sénile qu'à raison de la gêne matérielle qu'il éprouve par le fait d'une affection laryngée. Il ne donne sur le début de son mal aucun renseignement précis, déclare seulement que sa voix est altérée depuis très-longtemps déjà, et que, à partir du moment où cette modification s'est produite, il a éprouvé de la difficulté à avaler. Aussi a-t-il beaucoup maigri et sent-il ses forces rapidement diminuer.

A l'examen laryngoscopique, je constate la présence d'une grosse tumeur en chou-fleur, globuleuse, ulcérée et bourgeonnante à l'entrée du larynx. Dans cette masse, la forme primitive de l'épiglotte a complètement disparu; il en est à peu près de même des aryténoïdes; mais le siége primitif du néoplasme a été certainement l'épiglotte. Une seconde tumeur, en chou-fleur aussi, mais moins volumineuse, se continue avec la première et occupe le repli glosso-épiglottique droit. L'haleine exhale une odeur cancéreuse manifeste, d'une fétidité repoussante; il y a peu de salivation, mais les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés.

Malgré l'état avancé de cette affection, je propose à M. Desormeaux de faire l'ablation de la tumeur, espérant qu'on pourrait dans une certaine mesure parer à deux dangers également imminents, l'asphyxie et l'inanition. Mon honorable confrère veut bien m'autoriser à faire cette opération dans son service. J'entoure la tumeur dans sa totalité d'une anse de platine portée sur un serre-nœud, je l'étrangle à sa base et la ramène aisément au dehors. Hémorrhagie assez abondante, s'arrêtant cependant d'elle-même. Résultat immédiat de l'opération si favorable que, dans la journée, le malade put avaler facilement quelques aliments, et que la gêne respiratoire disparut presque complétement. Et cependant l'opération, qui ne put que conjurer les accidents d'asphyxie et d'inanition, ne put retarder la mort que de quelques semaines chez ce vieillard; mais il n'est pas douteux qu'un individu plus jeune eût survécu à l'opération un temps beaucoup plus long.

Je relaterai plus loin l'histoire d'un malade plus jeune qui s'était trouvé dans des conditions très-analogues et qui a survécu plus de deux ans à l'opération. La complication la plus fâcheuse chez le malade de M. Desormeaux consistait dans la dégénérescence très-avancée des aryténoïdes. En effet, tant que l'épiglotte est l'unique partie atteinte, ou bien lorsque même, comme dans le cas que je viens de citer, la paroi postérieure du larynx n'a subi la dégénérescence cancéreuse que partiellement, l'excision peut être suivie de résultats bien supérieurs à ceux que j'ai obtenus, et la récidive considérablement éloignée. Le vrai danger de ces opérations est l'hémorrhagie immédiate ou secondaire, qui peut être très-abondante et devenir mortelle.

Voici une observation de cancer de l'épiglotte, intéressante à un autre point de vue, dont l'histoire a été publiée par M. le docteur Bayer, de Bruxelles (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1877, p. 308). Au début, le malade, âgé de quarante-six ans, éprouva simplement une sensation de picotement à la gorge, et une faible douleur qui augmentait pendant les repas; un mois après, les douleurs étaient beaucoup plus vives et s'exaspéraient surtout par les repas et par la fumée du tabac; mais la voix restait intacte, et au laryngoscope l'épiglotte se montrait seule altérée; elle était couverte de bourgeons d'apparence inflammatoire, saignant facilement. Ce n'est qu'à ce moment, plus de deux mois après, que survinrent des troubles respiratoires à marche très-rapide, il est vrai. Accès de suffocation dès le mois suivant, et le malade ayant refusé la trachéotomie, on se décida à faire l'ablation des masses cancéreuses par les voies naturelles. On dut y revenir à plusieurs reprises; à partir de la première opération et pendant toute une année, ce fut une véritable chasse aux végétations; il fallut faire dix-huit séances d'ablation et de cautérisation. Dans les deux derniers mois, le pharynx avait été envahi, les ganglions cervicaux du côté gauche s'étaient engorgés et la trachéotomie qui fut faite pour combattre un accès de suffocation ne put prolonger que de sept ou huit jours la vie du malade.

Les phénomènes douloureux ont donc été observés les premiers, puis sont arrivés les troubles digestifs et ensuite la gêne de la respiration. Au point de vue de la marche de cette variété de cancer du larynx, l'observation de M. Bayer est très-instructive. Ce sont les troubles de la déglutition qui ont dominé la scène, d'abord par la douleur et ensuite par gêne mécanique. Cette douleur est en général spontanée, continuelle et irradiée; elle retentit dans l'oreille correspondante, parfois dans les tempes ou vers le sinciput, et n'est pas en rapport avec l'étendue de la lésion. J'ai vu des malades se faire comprimer la tête pour apaiser la violence de leur souffrance, dès que l'épiglotte commençait à être envahie. Heureusement que ces faits ne sont pas constants; chez quelques malades les complications épiglottiques n'aggravent pas à un tel point la situation, et il faut ajouter que la douleur elle-même m'a paru plus intense au début que vers la fin de la maladie. Au fur et à mesure que la destruction de l'épiglotte s'effectue, sa sensibilité diminue et, sous ce rapport, je trouve une certaine analogie entre les ulcérations cancéreuses et syphilitiques. Les ulcérations de l'épiglotte chez les tuberculeux sont, au contraire, constamment très-douloureuses, quel que soit le degré du mal.

La dysphagie est en général plutôt due à la sensibilité de l'organe qu'aux troubles mécaniques que l'affection apporte avec elle, et lorsque la déglutition devient à peu près impossible, c'est que le cancer a envahi la portion supérieure de l'œsophage; alors, pendant un certain temps encore, les malades peuvent avaler des liquides dont, plus tard, au fur et à mesure que le mal progresse, le passage devient également difficile, et finalement impossible. J'ai vu avec M. le professeur Verneuil et M. le docteur Acosta un malade âgé de cinquante-trois ans, atteint d'un cancer de l'épiglotte et des aryténoïdes, encore robuste et n'éprouvant que très-peu de gêne respiratoire. Il avalait des liquides et put se nourrir convenablement, lorsqu'à un moment déterminé la déglutition des liquides devint difficile à son tour; dès lors, il déclinait avec une rapidité extrême et mourut rapidement.

Le cathétérisme de l'œsophage devient difficile et même dangereux dans ces circonstances. C'est dans un cas semblable que j'ai été amené une autre fois à placer une sonde œsophagienne, et à la laisser à demeure indéfiniment.

Il est très-digne de remarque que le cancer de l'épiglotte retentit plus fréquemment sur les ganglions cervicaux que le cancer de la cavité du larynx; il est vrai que la même complication défavorable se rattache à un plus haut degré encore au cancer des aryténoïdes et de toute la paroi postérieure du larynx. Nous aurons à revenir sur ce point. Il importe aussi de faire ressortir cette particularité du cancer de l'épiglotte, qu'il a une tendance marquée à envahir les parties voisines du pharynx et la base de la langue et à se comporter, s'il est abandonné à lui-même, comme tous les cancers mixtes ou pharyngo-laryngés.

Voici un fait qui prouve que le cancer de l'aryténoïde se rapproche sensiblement de celui qui atteint l'épiglotte.

La sœur X..., religieuse de l'ordre de Saint-Joseph de Cluny, âgée de quarante ans, me fut adressée par M. le docteur Leroy de Méricourt. Je la vis à la fin de décembre 1876; elle était atteinte de dysphonie depuis le commencement du mois de mai, c'est-à-dire depuis sept mois. Pendant cette période, les troubles vocaux avaient sans cesse persisté; mais, depuis plusieurs années déjà, elle était sujette à des aphonies passagères accompagnées d'accès de toux et d'irritation bronchique. Elle rattachait tous ces

troubles à une bronchite qu'elle avait contractée en 1870, et n'en avait pris depuis longtemps aucun souci, sa santé générale ne s'étant en rien altérée, et elle était en état, à part quelques troubles transitoires, de faire sa classe; elle remarquait seulement que depuis quelque temps son embonpoint diminuait.

Le père de la malade avait vécu jusqu'à quatre-vingt-deux ans, sa mère jusqu'à soixante-douze ans, et on ne retrouvait en somme dans sa famille aucune trace d'affection diathésique.

A l'examen laryngoscopique, j'ai constaté que les deux aryténoïdes, celui du côté droit surtout, avaient presque complètement disparu sous une tuméfaction générale qui comprenait tout le repli aryténo-épiglottique du même côté, et remontait jusqu'à l'os hyoïde. Dans ces points la muqueuse était rugueuse, comme couverte de végétations lobulées, sans œdème notable. La corde vocale gauche était boursouflée, d'un aspect identique à celui des aryténoïdes; toutes les parties malades étaient d'un rouge foncé nettement accusé. Des aryténoïdes, la tumeur tendait à se propager sur l'épiglotte et sur les parties adjacentes du pharynx. La cavité du larynx était déviée de la ligne médiane, la base du triangle glottique tirée à droite, et cet aspect me faisait supposer que l'affection avait dû marcher de gauche à droite. L'état de l'organe semblait indiquer que le point d'implantation de la tumeur avait dû être sur la paroi postérieure, les cartilages aryténoïdes et de Santorini ayant disparu complètement dans le néoplasme qui semblait avoir désormais pour assise le bord supérieur du cricoïde.

Il ne fut pas possible de méconnaître la gravité de cette lésion qui avait tout l'aspect d'un épithélioma du larynx avant la période d'ulcération, et comme il fallait éliminer l'idée de tout autre état constitutionnel, j'étais obligé d'arrêter mon diagnostic au sens le plus redoutable. Les événements n'ont que trop justifié la gravité du diagnostic; les troubles de la déglutition apparurent les premiers, et bientôt s'y joignirent les troubles respiratoires. L'intervention chirurgicale ayant été refusée, la malade traîna pendant quelques mois une existence misérable et j'appris par M. Leroy de Méricourt que l'inanition jointe à la dyspnée avaient conduit la malade à une cachexie profonde, que l'engorgement des ganglions du cou avait suivi de près mon premier examen, et que la malade avait succombé à un moment où la trachéotomie n'aurait pu prolonger l'existence que d'un temps très-court. Ce sont les troubles de la déglutition qui avaient dominé la situation.

Ce cas démontre une fois de plus le fait saillant que je tiens à faire ressortir: l'influence du point d'implantation sur la marche de l'affection. Lorsque la paroi postérieure du larynx qui, en vérité, est commune au larynx et au pharynx, est le siége de la tumeur, les symptômes qui surviennent entravent au même titre les fonctions des deux organes; mais la dysphagie devient de beaucoup le symptôme dominant, étant donné qu'il est plus difficile de remédier à l'insuffisance de l'entrée de l'œsophage qu'à la sténose laryngée. L'évolution du cancer est, en outre, plus rapide dans les cas d'implantation à la paroi postérieure; nous avons cité les exemples qui prouvaient que, tant que le cancer est borné à la paroi antérieure de l'organe et aux cordes vocales, il évolue avec une lenteur extrême; mais du moment qu'il vient à s'étendre sur la paroi postérieure, et à plus forte raison s'il débute par cette paroi, il perd ce caractère de bénignité relative et n'affecte pas la longue période d'évolution silencieuse dont il est question plus haut.

L'observation I de M. Fauvel me paraît avoir de grandes analogies avec le fait que je viens de faire connaître. Le malade qui en fait le sujet avait commencé à souffrir depuis deux ans, mais sur cette première période les détails manquent presque complètement; le seul symptôme relevé, c'est l'amaigrissement qui se produisit peu à peu dans les dix-huit mois qui précédèrent la mort; ce dépérissement semblait avoir été directement motivé par la dysphagie, à laquelle on prêtait peu d'attention dans les premiers temps; mais à l'époque du premier examen, la difficulté de déglutir était si prononcée que pendant plusieurs heures des parcelles d'aliments séjournaient dans les voies supérieures et étaient rejetées ensuite. Au laryngoscope on pouvait constater que la tumeur avait eu son point d'origine sur l'aryténoïde droit, et qu'elle s'était étendue de là sur la face postérieure du larynx, par conséquent sur la paroi inférieure du pharynx, d'où rétrécissement et gêne mécanique. Du côté du larynx, au contraire, l'extension de la tumeur devait être beaucoup moins prononcée, puisque la voix n'était pas complètement éteinte, même dans les derniers mois de la vie, qu'elle était seulement dure et rauque. Cependant l'autopsie fut faite, et on vit que la corde vocale supérieure droite était aussi profondément altérée. Le fait suivant, qui m'est personnel, n'est pas moins caractéristique.

M. le professeur Gubler est consulté par M. X*** atteint d'aphonie sans gêne notable de la respiration. Se basant sur le gonflement considérable des ganglions du cou, et sur la marche insidieuse de l'affection, M. Gubler diagnostique un carcinome du larynx, et m'adresse le malade pour l'examen laryngoscopique. Je constate une énorme tuméfaction des aryténoïdes et de l'épiglotte; les cordes vocales commencent à se prendre à leur tour. La déglutition est difficile, et la nutrition insuffisante; le malade demande qu'on lui fasse subir la trachéotomie. Je dus m'y refuser pour la simple raison que les difficultés respiratoires étaient très-peu accusées, et que les accidents venaient manifestement des voies digestives. L'odeur fétide qu'exhale le malade, et par-dessus tout la tuméfaction considérable des ganglions sous-maxillaires me prouvent que la lésion s'étend vers l'œsophage, et je suis convaincu que l'inanition aura fait son œuvre destructive avant que la trachéotomie ne soit devenue nécessaire. Le malade est en effet très-pâle, amaigri, et porte toutes les traces d'une nutrition insuffisante. Mon refus de faire l'opération le décide à quitter Paris et à retourner dans son pays natal. Je n'ai pu avoir de ses nouvelles, mais je suis persuadé qu'il a dû mourir à peine arrivé chez lui.

Tous ces exemples mettent hors de doute ce fait que les symptômes et la marche du cancer du larynx sont bien différents suivant leur siége : dans le cancer mixte, comme dans le cancer épiglottique, les troubles digestifs dominent la scène; c'est la dysphagie et le dépérissement consécutif qui précipitent les événements; l'aphonie, qu'elle existe ou non, est d'ordre secondaire, les troubles respiratoires eux-mêmes ne viennent que tardivement, et il n'y a pas lieu de céder au désir des malades au sujet de la trachéotomie.

Dans les deux périodes que j'ai étudiées de l'évolution du cancer intra-laryngé, je me suis attaché à montrer que l'adénopathie ne se produit pas, tant que la dégénérescence est bornée à la cavité de l'organe, et que cette innocuité de l'affection par rapport aux ganglions lymphatiques, pendant les deux premières périodes, était une des caractéristiques les plus nettes de la variété intra-laryngée proprement dite; ce caractère a d'autant plus de valeur, que dans la variété mixte au contraire, nous venons de le voir, les ganglions sous-maxillaires se tuméfient dès que le pharynx ou l'entrée de l'œsophage commencent à être impliqués dans le néoplasme. Je citerai plus tard un exemple qui montrera toute l'importance diagnostique de la connaissance de ce fait; mais, dès à présent, je tiens à relever cette interprétation rencontrée dans les auteurs, selon laquelle l'adénopathie est considérée comme un signe certain de la présence du cancer du larynx; la vérité est que cette présence révèle bien plutôt des complications pharyngo-œsophagiennes que l'existence du cancer dans la cavité même du larynx. J'aurai à revenir sur ce côté de la question en m'occupant du diagnostic différentiel.

L'évolution de presque toutes les manifestations cancéreuses peut être réduite à trois périodes, comme je viens de le faire pour le cancer qui atteint le larynx; partout cette grave affection peut évoluer, comme dans le larynx, avec une lenteur extrême. J'ai eu l'occasion de relever l'observation d'une femme atteinte d'une tumeur du sein, qui, au bout de vingt-cinq ans, n'était parvenue qu'à la grosseur d'un œuf de poule; arrivée à ce degré de développement, elle avait soudainement pris une marche rapide; en quelques mois elle avait envahi tout le sein et avait donné lieu à l'engorgement

ganglionnaire. Les phases d'ulcération et de cachexie furent alors aussi précipitées que la phase primitive avait été lente, et la malade succomba rapidement. Des faits analogues ne sont pas très-rares dans la science, mais ce qui est rare pour le cancer de presque tous les organes du corps est la règle pour le cancer primitif intra-laryngé. Voilà ce qu'il importe de bien établir pour spécialiser encore une fois l'affection qui nous occupe par ses modes de terminaison, comme par ses premières périodes. Nous voyons dans l'observation III de M. Fauvel l'histoire d'une malade aphone depuis des années, opérée par deux fois à six ans d'intervalle, et qui succombe à une complication tout accidentelle, l'hémorrhagie, à un moment où il n'y avait encore ni engorgement ganglionnaire, ni aucune trace d'infection générale. Et cependant l'état local était des plus graves, puisque tous les cartilages du larynx avaient été détruits, que l'os hyoïde avait en partie disparu et qu'un prolongement de la tumeur se montrait sur le côté de la canule trachéale. On ne peut nier que de pareils cas légitiment les tentatives d'extirpation totale.

Presque toutes les indications thérapeutiques découlent de la considération de l'évolution naturelle. Puisqu'il est établi que la maladie se termine presque toujours par un accident, à une période où la santé générale est encore indemne, où le patient reste en possession de toutes ses forces, la conduite de l'observateur paraît toute tracée : il doit faire face aux accidents. Voyons donc comment finissent les malades qui refusent l'intervention ou auxquels elle n'a pas été proposée.

Lorsque le volume de la tumeur produit de la dyspnée continuelle, ou bien lorsque, par le fait de son évolution, le cancer est arrivé à la période ulcérative avec les symptômes ordinaires qui sont la salivation, l'haleine fétide, l'hémorrhagie, les douleurs locales et irradiées dans l'oreille, sans parler des troubles vocaux qui sont alors d'une importance bien minime, il survient parfois des exacerbations spasmodiques, et les malades sont enlevés subitement. Dans l'état de dyspnée continue où ils se trouvent, il suffit d'un mouvement brusque, ou même d'un effort vocal, ou d'une émotion morale, pour qu'ils tombent tout d'un coup comme sidérés sans qu'aucun phénomène nouveau ait fait pressentir l'accident un instant avant. Que se passe-t-il alors? Peut-on dire que la glotte rétrécie depuis longtemps se soit tout d'un coup hermétiquement close ? Comment expliquer le rapprochement convulsif des cordes vocales alors qu'elles sont immobilisées par la lésion qui les atteint et que les muscles qui pourraient agir sur elles ont subi à leur tour la transformation carcinomateuse? Il nous paraît plus rationnel d'admettre que dans cette situation d'hématose insuffisante, par rétrécissement de l'orifice glottique, l'accélération brusque des mouvements du cœur fait naître à un moment donné un besoin d'air impossible à satisfaire, que l'équilibre entre l'hématose et la circulation, condition première de l'existence, est instantanément rompu, et que la mort survient par syncope.

Les cas de mort subite dans le cancer du larynx ne m'ont pas paru cependant aussi fréquents qu'à M. Fauvel qui les signale sept fois sur trente-sept observations, tandis que je ne compte qu'un seul cas sur trente-trois. M. Fauvel explique, il est vrai, la mort subite par l'accumulation des mucosités dans la trachée et les alvéoles pulmonaires, ce qui ne laisse supposer qu'une mort plus ou moins rapide, telle qu'elle se présente en général dans les maladies chroniques des organes respiratoires, mais ce n'est pas là la mort subite, dont le caractère distinctif est d'être inattendue et instantanée.

Il arrive parfois qu'une rémission survient spontanément dans les phénomènes asphyxiques ; cela se produit lorsque la tumeur est sillonnée d'ulcérations et qu'un de ses fragments se détache et est expulsé à la suite d'un effort de toux. Cette rémission est tout aussi remarquable dans les cas où l'orifice supérieure de l'œsophage a été envahi. Un de mes malades en était arrivé, depuis cinq mois environ, à ne plus pouvoir avaler que des liquides, lorsque plusieurs fragments d'un notable volume furent rejetés; dès ce moment la déglutition devint plus facile et le bénéfice resta acquis pendant assez longtemps encore. Voici du reste quelques traits de l'histoire de ce malade : homme de soixante-deux ans, atteint d'aphonie, de cornage et plus tard de troubles de déglutition. Je constate au laryngoscope la présence d'un cancer laryngé ayant son maximum de développement sur les aryténoïdes, mais s'étendant dans la cavité du larynx et en arrière vers l'œsophage. Je pratique la trachéotomie au thermo-cautère. Calme pendant six ou huit mois, mais la dysphagie augmentait, lorsqu'à la suite du rejet spontané de fragments de la tumeur, la déglutition redevint presque normale. Le bénéfice fut de quatre mois ; mais la dysphagie reparut; bientôt, nécessité de nourrir le malade au moyen de la sonde œsophagienne, pratique confiée à un interne et renouvelée deux fois par jour. Le malade dépérit visiblement, mais il succomba à un accident que je tiens à signaler. La sonde œsophagienne, dont l'introduction devint de plus en plus difficile, dévia un jour, et des aliments furent injectés dans le médiastin ; la mort ne survint cependant que le lendemain.

Tant que le passage des aliments s'effectue, la constitution se soutient et le malade garde des forces pour lutter contre les premières difficultés respiratoires. Celles-là peuvent se produire avant que la tumeur ait acquis un gros volume par œdème qui survient parfois avec une lésion cancéreuse relativement peu avancée ; c'est un œdème par irritation de voisinage, et, pour être moins fréquente dans le cancer du larynx que dans les affections syphilitiques ou tuberculeuses de cet organe, cette complication n'en est pas moins redoutable. Cet œdème n'est pas foudroyant en général comme dans les deux lésions que je viens de nommer, mais l'asphyxie qu'il provoque s'établit cependant avec rapidité, si on la compare à celle qui procède seulement du rétrécissement produit par la tumeur elle-même. Aussi doit-on songer à l'œdème dans les cas où l'asphyxie s'établit en peu de temps, et la gravité de cette complication vient de ce qu'elle n'a pas laissé l'organisme arriver à la tolérance qu'il eût acquise si le rétrécissement s'était produit avec plus de lenteur, fût-il même plus prononcé. Aussitôt l'œdème produit, il survient du cornage, les impulsions cardiaques deviennent plus violentes et plus fréquentes, tandis que la température du corps s'abaisse d'un degré, de plus quelquefois ; la face devient turgescente, les yeux saillants, le front se couvre de sueur, les lèvres et les joues deviennent vultueuses ; ils s'injectent d'abord, et plus tard deviennent alternativement bleuâtres et pâles. Puis surviennent le relâchement des sphincters, la diminution d'ampleur et d'activité des mouvements respiratoires, et enfin la mort.

Telle est la terminaison ordinaire du cancer intra-laryngien abandonné à son évolution spontanée ; nous verrons en parlant du traitement de quelle façon la marche de l'affection peut être influencée dans certains cas par l'intervention chirurgicale.

Il n'est pas étonnant qu'on n'ait signalé aucun exemple de production cancéreuse secondaire dans les cas où la mort est survenue d'une façon mécanique, par inanition ou par asphyxie, la maladie n'arrivant pas alors à son évolution complète, et s'arrêtant précisément au moment où les généralisations tendent à se produire. Mais cette raison n'existe plus dans les cas où la trachéotomie prolonge la vie du malade qui meurt alors, comme il en existe des exemples, avec l'apparence de la cachexie. Or, dans ces conditions mêmes, on a rapporté très-peu de faits de généralisation.

Le docteur H. Sands, chirurgien de New-York-Hospital, a rapporté l'histoire d'une femme de trente ans, atteinte d'un cancer laryngien type, qui avait son implantation dans le ventricule de Morgagni du côté gauche et occupait les cordes vocales correspondantes ; elle mourut vingt-deux mois après avoir subi la laryngotomie, avec une apparence cachectique

si marquée qu'on avait pratiqué minutieusement l'examen du thorax et de l'abdomen dans la pensée d'y découvrir une lésion cancéreuse. A défaut d'indication précise, l'aspect spécial de la peau fit soupçonner une altération des capsules surrénales. L'autopsie confirma ce diagnostic, car on trouva les ganglions lombaires augmentés de volume, le rein et l'uretère gauche, mais surtout les deux capsules surrénales, envahis par des dépôts qui macroscopiquement et microscopiquement furent considérés comme étant de nature cancéreuse.

Cette observation n'a cependant pas toute la netteté qu'il lui faudrait pour avoir l'autorité d'une preuve, car à l'autopsie du larynx on ne trouva plus aucune trace de l'affection primitive; il restait une cicatrice sur les points qui avaient servi de base d'implantation à la tumeur, mais il ne s'était pas fait de récidive après l'extirpation pour laquelle la laryngotomie avait été pratiquée. Cette absence de récidive locale avec généralisation est tellement insolite, qu'on peut se demander s'il n'y a pas eu coïncidence entre une affection laryngée bénigne guérie après l'opération et un cancer primitif du rein et des capsules auquel succomba la malade. Cette hypothèse est encore autorisée par la connaissance des phénomènes terminaux : la malade mourut de cachexie, mais sans aucun trouble respiratoire, ce qui est tout à fait contraire à la marche ordinaire du cancer laryngien.

Un fait beaucoup plus concluant a été présenté l'année dernière à la Société anatomique par M. Latil (*Bulletin de la Société anatomique*, 1878, p. 407 ; *Progrès médical*, 1878, p. 400). Le malade dont il est question, après avoir présenté des troubles digestifs et respiratoires appartenant au cancer, arriva à une période d'épuisement vraiment cachectique : outre les symptômes laryngiens, il avait de l'ascite et, comme aucun examen laryngoscopique n'avait été fait, on crut avoir affaire à une phthisie laryngée. Dans les derniers moments de sa vie, le malade eut des accès de suffocation qui forcèrent enfin à pratiquer la trachéotomie ; mais l'épuisement était tel que le malade succomba le lendemain. A l'autopsie on trouva la cavité du larynx presque complètement ulcérée avec des végétations fongueuses et grisâtres ; les replis aryténo-épiglottiques étaient presque complètement détruits et l'épiglotte considérablement diminuée était transformée en une masse fongueuse. D'autre part le grand épiploon était farci de petites masses cancéreuses, le foie d'un volume très-supérieur au volume normal contenait dans le lobe gauche une petite tumeur du volume d'une noix, sa face convexe était parsemée de petites élevures de volume variable et de coloration blanchâtre, et à la coupe on voyait que le parenchyme était comme infiltré des mêmes petites masses. Ces lésions présentèrent à l'examen microscopique, fait dans le laboratoire de M. Vulpian, les caractères du cancer du foie.

Dans ce dernier cas il n'y a assurément aucun doute à avoir sur la nature commune des lésions laryngées et hépatiques, et il convient de prendre acte de ce cas comme d'un élément qui pourra servir plus tard à éclaircir un point peu connu de la question.

Il faut signaler au même titre une observation qu'Isambert fit à l'hôpital Saint-Antoine. Son malade était un homme de cinquante à soixante ans, atteint d'un cancer épithélial polypiforme du larynx, et simultanément d'un cancroïde du prépuce.

En somme, le nombre très-restreint de cas connus de généralisation du cancer, quand la diathèse a eu pour point de départ le larynx, établit la rareté de la coïncidence. Mais il faut bien dire cependant qu'un certain nombre de faits semblables ont probablement passé inaperçus ; il est très-rare, en effet, qu'on puisse faire l'autopsie de malades dans la pratique urbaine, ou bien, quand par condescendance exceptionnelle de la famille on obtient la permission d'enlever le larynx, on est empêché d'ouvrir tout le corps pour faire un examen complet; et il faut enfin signaler une lacune pour aider à la combler, c'est que, dans des cas où l'autopsie à l'hôpital même aurait pu être faite complètement, on s'est contenté d'examiner le larynx, sans songer à l'intérêt qu'aurait eu un examen plus attentif et plus complet.

Les accidents qui suivent parfois dans le cancer du larynx la trachéotomie ou la laryngotomie sont ceux de ces opérations en général, la broncho-pneumonie et la pleurésie tenant le premier rang.

On a, en effet, signalé plusieurs accidents dont les plus communs sont les complications pulmonaires. Dans un cas de Trousseau que nous avons déjà cité et analysé, la malade fut prise, onze mois après avoir subi la trachéotomie, d'un épanchement pleurétique auquel elle succomba au bout de trois semaines. Il est bien regrettable, l'autopsie surtout ayant été faite, qu'on n'ait pas indiqué la nature de l'épanchement. S'était-il développé par pure coïncidence ou bien tenait-il, comme on est en droit de le supposer, à une manifestation nouvelle de la diathèse cancéreuse? Quoi qu'il en soit, la complication qui a déterminé la fin chez cette malade était indépendante du fait de l'opération, qui n'a une part directe dans la mort que lorsque les accidents la suivent de près.

J'ai aussi observé un malade qui eut une pleurésie un peu plus d'un mois après qu'il eut été trachéotomisé ; mais ce cas est complexe, car une partie du cricoïde nécrosé joua le rôle de corps étranger dans une bronche et provoqua des accès de suffocation auxquels il m'a paru plus légitime d'attribuer la mort. Cette observation est d'ailleurs instructive à plusieurs points de vue.

Je fus appelé auprès de M. X... par M. le docteur Richelot père, qui ne voyait lui-même le malade que depuis quelques jours. Ses soins avaient été demandés pour un état d'oppression datant de plusieurs semaines. Le malade ne pouvait plus se coucher et portait manifestement sur son visage cyanosé et anxieux la preuve d'une hématose insuffisante. Dans ces conditions, il entre si peu d'air dans les poumons, que l'auscultation est, en général, d'un bien faible secours; chez ce malade, les signes stéthoscopiques étaient à peu près nuls. L'examen laryngoscopique était également d'une grande difficulté, le malade étant pris de véritables accès d'asphyxie à la moindre approche du miroir d'inspection. Je pus cependant constater la présence d'une tumeur dans le larynx sans trace d'œdème. Elle était placée au niveau de la corde vocale inférieure gauche et obstruait visiblement le larynx. Je n'étais pas fixé sur la nature de la tumeur; mais il était absolument certain que la glotte était obstruée par elle, et que l'asphyxie n'avait pas d'autre cause. Il me paraissait urgent de pratiquer la trachéotomie sans délai, et M. le docteur Cusco, appelé en consultation, partageait cet avis; l'heure de l'opération fut aussitôt fixée.

Je pratiquai l'opération au galvano-cautère, en présence de MM. Cusco, Richelot père et fils, et Planchon. Aucun incident ne survint; la canule à peine en place, la respiration se rétablit avec ampleur, et le malade redevint tout à fait calme.

Peu de jours après il put quitter le lit, manger avec appétit, et parut se rétablir. A partir du surlendemain de l'opération, et pendant une douzaine de jours, il y eut par la canule régurgitation d'une partie des liquides au moment de la déglutition, et encore pendant un certain temps après; mais cette petite complication, qui n'est pas rare dans la trachéotomie, surtout chez l'adulte, ne parut avoir aucune gravité; au bout d'un mois la cicatrisation de la plaie trachéale était complète.

Cependant le malade toussait fréquemment, et on reconnaissait à l'auscultation que du râle sous-crépitant se produisait dans toute la poitrine; les crachats étaient souvent marbrés et striés de sang; mais toute oppression avait cessé; l'état général semblait s'améliorer sous nos yeux.

C'est dans le cours de cette convalescence que je pus apprendre du malade même, par les réponses qu'il crayonnait, que son père avait été d'une santé chétive et atteint d'une ankylose de la jambe, suite d'abcès (probablement une coxalgie). Sa mère, d'une santé robuste, était morte à quatre-vingts ans. Si chez les ascendants il n'y avait rien eu qui se rapportât à l'état du malade, il n'en était pas de même des collatéraux. Un frère de M. X... était mort phthisique à quarante-six ans; une de ses sœurs avait succombé à cinquante-deux ans à un cancer de l'utérus.

Les antécédents personnels de M. X... n'avaient rien de caractéristique; il était maigre, de haute stature, bien musclé et d'aspect plutôt robuste; toute sa vie il avait été sujet à des manifestations herpétiques. Dans les dix dernières années, il souffrait parfois d'une sciatique. Depuis trois ans seulement il s'était mis à tousser, et en même temps sa voix commençait à s'altérer. Dès les premiers accès de toux, il avait eu une hémoptysie très-violente, plusieurs fois renouvelée depuis, moins abondante toutefois. L'amaigrissement, la débilitation générale s'étaient bientôt ajoutés à ces symptômes, et il avait été obligé de renoncer à tout exercice musculaire. Peu à peu il lui devint impossible de monter un escalier sans être essoufflé, et plus tard il eut de la peine à marcher d'un pas un peu accéléré.

L'aphonie devint complète dix mois environ avant le moment où je fus appelé auprès du malade; depuis lors, l'oppression augmenta rapidement; elle était surtout accentuée la nuit pendant le sommeil; il y avait un véritable cornage nocturne. Très-énergique, peu soucieux de sa santé, ce malade consulta à peine et ne suivit pas de traitement, jusqu'au moment où il s'adressa à M. Richelot, dont l'intervention n'avait précédé la mienne que de quelques jours.

Trente-sept jours après la trachéotomie, M. X... se sentait parfaitement bien, et était occupé à lire un journal, lorsqu'il fut pris subitement d'un accès de suffocation des plus violents, quoique la canule fût bien en sa place et laissât un libre passage à l'air. Cet accident s'apaisa quelque peu, mais non complétement; il restait de l'oppression, et l'auscultation me fit entendre les signes d'une pleurésie à la base du poumon gauche. Au quatrième jour de cette complication, le malade mourut dans un état de dyspnée intense.

Je fis l'autopsie avec l'assistance de M. Richelot fils. Sur la paroi gauche du larynx se trouvait une énorme tumeur cancéreuse dont le point de départ paraissait se trouver entre la corde vocale inférieure et l'entrée du ventricule de Morgagni; le cricoïde, nécrosé, était en partie détruit, et deux esquilles osseuses, qui provenaient de la lésion, se trouvaient dans la bronche gauche. La plèvre du même côté contenait une certaine quantité de liquide purulent, et plusieurs petites cavernes existaient dans diverses parties des deux poumons, qui étaient d'ailleurs complétement parsemés de tubercules, les uns agglomérés et formant de petites masses caséeuses, les autres isolés à l'état granuleux.

La quantité de liquide contenue dans la plèvre n'était assurément pas suffisante pour qu'on pût lui attribuer la mort par asphyxie. D'ailleurs la suffocation s'était produite avec des caractères qui n'appartiennent point à l'action continue d'un épanchement pleural. Il y avait eu des intervalles de calme et des paroxysmes, qui sont les symptômes habituels des corps étrangers, dont la présence expliquait amplement la mort par asphyxie, attendu que la bronche gauche était presque complètement oblitérée. Cette terminaison assez insolite ne constitue cependant pas le point le plus intéressant de cette observation, qui me paraît bien plus instructive eu égard à l'existence simultanée dans l'appareil respiratoire du cancer et des tubercules. Pendant longtemps on a admis un antagonisme complet entre les deux diathèses, et certains auteurs soutiennent encore aujourd'hui cette prétendue exclusion. L'examen histologique m'apprit que la tumeur du larynx était un épithélioma type, ulcéré et ayant déjà exercé œuvre de destruction sur la charpente du larynx; le thyroïde et le cricoïde étaient en partie nécrosés, en partie résorbés, la tumeur s'étant substituée au cartilage.

On vient de voir que les fragments de la tumeur cancéreuse qui se détachent parfois spontanément peuvent causer des accidents graves; d'autres fois ils sont rejetés par la bouche ou par la bouche et par la canule, quand la trachée a été ouverte. Nous avons dit que, dans ces derniers cas, une rémission notable des troubles respiratoires ou digestifs survient aussitôt; mais c'est aussi par cette circonstance que se produisent les hémorrhagies plus ou moins graves. Un autre accident qu'il faut craindre après l'élimination spontanée d'une partie de la tumeur, c'est la chute de cette parcelle dans la trachée et plus tard son engagement dans la canule. C'est par ce mécanisme que fut asphyxié le malade qui fait le sujet de l'observation suivante.

Elle présente aussi ce double intérêt que l'épithélioma du larynx peut rester indolent pendant un grand nombre d'années, et qu'il peut rester méconnu pour ainsi dire indéfiniment jusqu'au moment où l'examen laryngoscopique vient en dernier lieu éclairer le diagnostic.

M. X..., âgé de soixante-huit ans, se présente chez moi, de la part de M. le docteur Fieuzal. Il est aphone depuis plus de vingt ans, et sa respiration devient gênée depuis deux ou trois ans. Il se croit atteint de la poitrine, et raconte qu'il a eu, il y a vingt ans, une violente hémoptysie, renouvelée à un degré moindre, à plusieurs reprises. Son frère est mort phthisique; mais son père a succombé à un âge avancé et il ignore la cause de la mort de ses autres parents. Grand industriel, il a été, toute sa vie, obligé de parler à très-haute voix et avec effort pour commander à de nombreux ouvriers. De temps en temps, il toussait, crachait beaucoup et dut souvent garder le lit. Il eut plus tard quelques douleurs rhumatismales; mais il jouissait, malgré ces indispositions passagères, d'une santé assez satisfaisante.

Lorsqu'il se présenta chez moi, il avait commencé à maigrir; sa voix, enrouée jusque-là, s'était complétement perdue depuis trois ans, et il avait dû renoncer à ses occupations.

Au laryngoscope, je constatai au-dessous des cordes vocales la présence d'une tumeur volumineuse, grisâtre, arrondie et flottante. M. Isambert vit le malade et ne put pas mieux que je ne l'avais fait déterminer au premier examen le siège de l'implantation. Nous fûmes plus heureux au second examen. Aucun engorgement ganglionnaire.

M. X... fit, sur notre avis, une saison à Cauterets, et revint sans aucun soulagement. Il se rendit alors au premier conseil que j'avais donné, à savoir, de subir l'extirpation de la tumeur. A la suite d'une consultation avec MM. Isambert et Fieuzal, je pratiquai l'ablation par les voies naturelles, au moyen du galvano-cautère. Une première application de l'instrument détruisit une petite partie de la tumeur trachéale, et après une suspension d'un instant, nécessitée par une légère suffocation du malade, on put voir l'eschare que la cautérisation avait laissée derrière elle. Une seconde cautérisation amena un véritable accès d'asphyxie qui me contraignit à pratiquer immédiatement la trachéotomie. Avant que je n'eusse ouvert la trachée, l'un de mes confrères crut que le malade avait expiré. J'achevai cependant l'opération et, pendant la journée, M. X.. nous apprit qu'il avait entendu qu'on l'avait cru mort. La respiration se fit très-bien par la canule pendant trois jours, mais elle s'embarrassa ensuite et devint de plus en plus haletante; la canule était cependant perméable, et il n'y avait aucun obstacle dans la trachée, mais, à l'auscultation, il devint évident que l'air pénétrait en quantité insuffisante. En effet, la mort par asphyxie survint rapidement. J'obtins, à force d'instances, l'autorisation d'enlever le larynx et quelques centimètres de la trachée, et je vis alors que la mort avait été causée par la présence d'une tumeur qui avait envahi presque toute la cavité de ce conduit. Elle était formée de deux parties dont l'une s'appliquait sur les parois de la trachée et en augmentait l'épaisseur, tandis que l'autre, flottant librement dans la cavité du larynx après l'opération, avait dû tomber, au bout de quelques jours, dans la cavité trachéale et oblitérer l'orifice inférieur de la canule. L'examen microscopique de la tumeur fournit tous les caractères d'un épithélioma typique.

De l'ensemble de notre description des symptômes il résulte que les troubles de la voix et de la respiration sont les deux phénomènes saillants du cancer intrinsèque du larynx; mais que celui qui affecte l'épiglotte ou la paroi postérieure de l'organe, ou le cancer extrinsèque, est accompagné d'un groupe de symptômes qui sont la dysphagie, la salivation, l'haleine fétide, la douleur locale et irradiée (surtout dans l'oreille), l'engorgement ganglionnaire et l'hémorrhagie. Lent dans sa marche, pouvant même rester latent pendant de longues années, tant que le cancer est borné à la cavité du larynx, son évolution s'accélère au fur et à mesure que les organes faisant partie des voies digestives sont envahis.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Les spécialités pharmaceutiques.

Paris, le 16 août 1879.

La question des spécialités, soulevée avec le plus heureux à-propos par MM. les professeurs Chatin et Peter, et par M. le doyen Vulpian, est assurément une de celles qui intéressent au plus haut degré et le plus immédiatement l'universalité des médecins. Toutefois ce n'est pas là une de ces matières dans l'examen desquelles il faille entrer sans mûre réflexion; ce n'est point là un de ces sujets sur lesquels on doive prononcer un jugement sans délibération approfondie. Déjà, dans la note si précise et si médicale qu'il a insérée dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* (n° 33, 15 août 1879), mon savant collègue et ami M. Lereboullet a exprimé en peu de mots ce que chacun de nous pense, en disant que tout n'est pas à rejeter ni à condamner dans la spécialité pharmaceutique, et que bien dépourvu serait aujourd'hui le praticien qui serait privé de son secours!

Que l'on en appelle immédiatement à ceux qui tiennent, à si juste titre, de la confiance de leurs confrères l'honneur d'être les médecins consultants en faveur, aux chefs de la profession; que celui qui ne fait pas, chaque jour, de nombreux emprunts à la spécialité pharmaceutique lève la main!

En vérité, si toutes les maisons de pharmacie de la ville, du pays, de l'étranger, étaient les officines modèles dont parle M. Lereboullet, il n'y aurait qu'à s'incliner et à renoncer à jamais à prescrire les spécialités; mais qui voudrait un seul instant dissimuler les mécomptes sans nombre auxquels s'expose le médecin au cœur léger, qui formule à tout hasard, sans se préoccuper de la suite de l'aventure; et quel est celui qui, dans les cas douteux auxquels je fais allusion, ne conseillera pas, de préférence à une préparation tout à fait incertaine, une de ces spécialités pharmaceutiques véritablement excellentes, comme il en existe plusieurs aujourd'hui? Combien de fois, même dans nos hôpitaux, n'ai-je pas hautement regretté de n'avoir pas à ma disposition quelques-unes de ces bonnes et honnêtes, de ces fidèles préparations spéciales, dans ces moments extraordinaires, par exemple, où l'opium ne fait plus dormir, où l'atropine contracte les pupilles, où le mercure oublie d'irriter les gencives, et où l'arsenic à doses extrêmes devient indifférent aux malades les plus intolérants!

Ces moments extraordinaires, que chacun de nous a connus sans doute, quand il a voulu faire une enquête soigneuse sur les événements vrais qui se passent à la suite de la prescription du médecin, sont, je ne le dénie pas, exceptionnels, dépendant des personnes et non des choses; mais enfin ils arrivent trop souvent dans la pratique urbaine, aussi bien que dans la pratique nosocomiale, pour qu'il n'en soit pas tenu compte.

Qui voudra, d'une autre part, ne pas reconnaître l'avantage considérable que réalisent, pour le malade, les formes médicamenteuses granulées, pour une foule de substances nauséabondes ou toxiques? Ces avantages sont si nombreux, si connus, si appréciés, qu'il est tout à fait superflu de les exposer ici en détail.

Voilà donc une série de faits contre lesquels ne saurait prévaloir aucune des considérations théoriques que l'on pourrait émettre pour démontrer la supériorité des errements anciens sur les nouveaux; de plus, la spécialité pharmaceutique existe, et il est peu probable qu'elle soit disposée à se laisser effacer d'un trait de plume; il s'agit alors d'y porter la lumière, de dire ouvertement ce qui est la vérité et ce qui est l'erreur; il s'agit surtout de ne pas confondre ce qui est bon, excellent, parfait, avec ce qui est mauvais, détestable ou nul. C'est là, je pense, la voie dans laquelle il faut s'engager, le combat qu'il faut combattre, et si la *Gazette hebdomadaire* veut bien faire appel à la fois aux savants et aux praticiens, dont le concours réuni peut seul faire la lumière sur ces graves questions, elle servira à la fois les intérêts indissolubles de la science et de la pratique.

Je vous prie d'agréer, etc.

Ernest Besnier,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 AOUT 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Sur la production d'électricité par les raies. Note de M. *Ch. Robin*. — En 1865, l'auteur avait démontré que l'appareil électrique de la queue des raies (qu'il avait fait connaître anatomiquement en 1846) fonctionne comme celui des torpilles et des gymnotes; qu'il n'y a aucunes différences entre ces animaux, à cet égard, autres que celles d'ordre secondaire qui, d'une espèce à l'autre, tiennent à la situation et au volume de l'appareil. L'emploi du galvanomètre et des grenouilles galvanoscopiques ne laisse aucun doute sur ce point. Quelques mois plus tard, les expériences de Matteucci ont confirmé ses observations.

Récemment, il a vérifié de nouveau l'exactitude de ses premières observations, en usant des mêmes procédés. Il l'a fait encore dans les viviers-laboratoires construits à Concarneau d'après les plans et les rapports écrits de MM. Coste et Gerbe. Il a pu faire pêcher en nombre les raies nécessaires à ces études. Dans les viviers touchant aux laboratoires, changeant d'eau continûment à l'aide de vannes mobiles, les poissons étaient conservés vivants et tirés de là dans les meilleures conditions de vitalité pour être soumis aux observations et expériences voulues. Aux procédés sus-indiqués jusqu'alors employés pour étudier les décharges des appareils électriques, M. Ch. Robin a pu, dans les circonstances précédentes, essayer, d'après les indications de M. Marey, le procédé dont ce savant s'est servi pour ses observations sur les torpilles (Marey, *Sur les caractères des décharges électriques des torpilles*, in *Comptes rendus*, 1877, t. LXXXIV, p. 190). Ce caractère est tiré du son que chaque décharge fait rendre au téléphone. Le téléphone employé est celui que construit M. Breguet, d'après le modèle de Bell. Mais, sur les raies, le petit volume relatif de l'appareil fait que le son a peu d'intensité. On peut en donner une idée exacte en disant qu'il a environ le quart seulement de l'intensité du son rendu par le même téléphone sous l'influence de la décharge de jeunes torpilles que l'auteur observait en même temps, et dont le corps n'avait pas une largeur plus grande que celle de la paume de la main.

Élection. — M. *Palasciano* est élu membre correspondant, pour la section de médecine et chirurgie, en remplacement de M. *Lebert* (de Lausanne), décédé.

Statistique médicale de l'armée en 1877. — M. *le Ministre de l'instruction publique* transmet à l'Académie, pour la bibliothèque de l'Institut, deux exemplaires du *Compte rendu de la statistique médicale de l'armée en* 1877, qui lui sont offerts par M. le ministre de la guerre.

Les quinquinas a la Réunion. — M. *le Secrétaire perpétuel* signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, une thèse de M. *Trouette*, soutenue à l'École supérieure de pharmacie de Paris, et portant pour titre : *De l'introduction et de l'acclimatation des quinquinas à l'île de la Réunion.*

De l'excitation électrique de la pointe du cœur. Note de MM. *Dastre* et *Morat*. — Les auteurs présentent quelques explications à propos de remarques dont M. Marey avait fait suivre leur communication à l'Académie dans la séance du 28 juillet (*Gaz. hebd.*, p. 489).

Causes des modifications imprimées a la température animale par l'éther, le chloroforme et le chloral. Note de M. *Arloing*. — En 1848, Duméril et Demarquay démontrèrent expérimentalement que l'*éther* et le *chloroforme*, administrés comme anesthésiques, font baisser la température

animale. Depuis cette époque, ce fait a pris en chirurgie une importance considérable.

I. L'étude comparative faite par M. Arloing sur ces deux agents ne lui a pas permis de constater de différences sensibles dans l'intensité de leur action frigorifique. A temps égal, l'éther n'abaisse pas plus la température que le chloroforme. Si le chloral paraît l'emporter sur les deux autres, cela tient particulièrement au mode d'administration que l'on a adopté (injections intra-veineuses) dans les expériences qui sont faites avec ce médicament. Toutefois, comme les effets anesthésiques du chloroforme sont plus prompts que ceux de l'éther, on pourra employer le chloroforme de préférence, lorsqu'on tiendra à ménager la chaleur du malade.

II. On a émis de nombreuses hypothèses pour expliquer cet abaissement de la température animale; on a invoqué une action sur les centres modérateurs de la calorification, le ralentissement de la circulation, la paralysie des petits vaisseaux, la résolution musculaire, l'affaiblissement des mouvements respiratoires, la diminution de l'oxygénation du sang et des oxydations organiques. Il résulte des recherches de l'auteur que le ralentissement des combustions organiques, chez les animaux qui ont franchi la période d'excitation de l'anesthésie, est la cause principale, constante du refroidissement. Mais, comme ce refroidissement n'est pas proportionnel à la diminution de l'acide carbonique formé par l'économie, il faut ajouter à cette cause principale des causes accessoires, et celles-ci varieront en nombre et en importance avec les agents anesthésiques; tels sont : l'état du réseau capillaire cutané et pulmonaire, la vaporisation de l'anesthésique dans le poumon, etc.

Médicaments polyuriques. — M. *Picard* adresse une Leçon faite par lui à la Faculté de Lyon, en mai 1879, et établissant ses droits de priorité au sujet de l'action de certaines substances agissant comme polyuriques.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 AOUT 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit une série de brochures que M. le docteur *Onimus* envoie pour le concours du prix Desportes.

M. *Chatin* présente, au nom de M. *Trouet*, une brochure intitulée : *De l'introduction et de l'acclimatation des quinquinas à l'île de la Réunion.*

Composition chimique et action physiologique du fer dialysé. — M. *Personne* communique à l'Académie le résultat des récentes recherches qu'il a faites sur ce médicament.

D'après M. Personne, cette substance est connue depuis très-longtemps sous le nom d'*oxyde de fer modifié*. Elle a été découverte dans le laboratoire de M. Pelouze, par M. Péan de Saint-Gilles. Elle est constituée par un sesquioxyde de fer soluble dans l'eau, du moins en apparence, mais non en réalité. Elle ne passe pas à travers le dialyseur Graham, quoi qu'on en ait dit : elle reste sur le dialyseur.

Elle diffère des oxydes de fer ordinaires par son insolubilité presque absolue dans les acides minéraux les plus énergiques, tels que l'acide sulfurique et l'acide chlorhydrique, comme dans les acides organiques, et principalement dans le suc gastrique.

Dans les expériences faites sur des animaux auxquels on a fait prendre du fer dialysé en plein travail digestif, toujours on a trouvé cette substance à l'état de précipité, parmi les aliments ou sur les parois de l'estomac, jamais on n'a pu en découvrir la moindre partie à l'état de dissolution.

Du reste, le fer dialysé n'est pas pur, car il contient 7 pour 100 de perchlorure de fer et 1 pour 100 de sulfate de peroxyde de fer. Il n'est donc ni pur, ni soluble dans les liquides de l'économie, ni assimilable.

M. *Hardy* ne veut pas contester les résultats chimiques obtenus par M. Personne : il dit seulement que les résultats thérapeutiques ne sont pas toujours complètement conformes à ce que semble enseigner la chimie, et que d'ailleurs il faut souvent une très-petite dose de fer pour produire un effet favorable sur l'économie animale, ainsi que le prouve l'administration utile d'eaux minérales ferrugineuses contenant une très-petite proportion de fer.

M. *Berthelot* appuie les conclusions de M. Personne et dit que, s'il voulait employer une préparation ferrugineuse qui n'ait aucune action sur l'économie, il choisirait le fer Bravais.

Rapports. — M. *Planchon* donne lecture d'une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux.

Les conclusions de ces rapports sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à quatre heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 AOUT 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Du bothriocéphale : M. E. Besnier (1). — Du remède de Peschier : M. Constantin Paul. — Ignipuncture dans le traitement de l'œdème : M. Laboulbène. — Tumeur splénique et hépatique : M. Édouard Labbé.

M. *E. Besnier*, ainsi qu'il s'y était engagé dans la séance précédente, communique la fin de son observation sur un cas de bothriocéphale. Selon l'avis donné par MM. Constantin Paul et Dujardin-Beaumetz, avis accepté par M. le professeur Laboulbène, il a fait venir de Genève le *remède de Peschier*, et l'a administré lui-même, en quatre bols composés chacun de cinq pilules, extemporanément écrasées, et bien enrobées de pain à chanter. Cela fut pris le soir, en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, avec un verre d'eau sucrée; c'est tout ce qu'il y a de plus simple et de plus facile.

La malade avait été soumise pendant la journée à l'emploi préparatoire de l'absinthe (deux verres d'eau sucrée à chacun desquels avaient été ajoutés 10 grammes d'excellente liqueur d'absinthe et autant de bonne anisette de Hollande, *tuto et jucunde*), et le repas du soir, pris trois heures avant les pilules de Peschier, avait été un simple potage. Trois heures après l'administration du médicament, il survint des coliques, des selles abondantes, et, six heures après la prise des pilules, le ver fut expulsé en bloc sans aucune douleur, sans autres matières, absolument entier et mesurant plus de 7 mètres. M. E. Besnier montre, dans un premier bocal le strobile entier du ver, reconnaissable à sa couleur bleuâtre, à ses bords froncés, surtout à sa magnifique série génitale médiane, laquelle constitue à tous les points de vue la caractéristique la plus pratique de ce cestoïde, qu'il propose, pour cette raison, de désigner sous la dénomination de tænia médio-sexué. Un second flacon contient la tête et le col, *filiforme sur une longueur de plus de 25 centimètres.*

Non-seulement le succès thérapeutique immédiat a été facile et complet, mais les accidents intestinaux si intenses, et les phénomènes nerveux si accentués (somnolence invin-

(1) Quelques points de la communication de M. E. Besnier sur un cas de bothriocéphale ont été imparfaitement reproduits dans le compte rendu du 15 août 1879, n° 33, p. 525, que, en l'absence de notre rédacteur habituel, nous avions dû emprunter à un autre journal. Ce n'est pas « un bothriocéphale », mais *un fragment* de bothriocéphale que la malade avait rendu au moment d'entrer dans le bain. On n'avait pas porté le diagnostic de « cancer latent de l'intestin »; on avait dû simplement *agiter la question*, tant étaient intenses les accidents intestinaux. Il est inutile d'ajouter que l'émission de ce fragment de ver n'avait pas pu « considérablement améliorer l'état de la malade ». Enfin, en terminant sa communication, l'auteur n'a pas dit « qu'il donnerait à sa malade de la teinture de kamala »; il a, au contraire, exprimé sa défiance à l'égard de cette préparation, et demandé à ceux de ses collègues qui s'occupent particulièrement de thérapeutique, quel était le dernier mot actuel du traitement du bothriocéphale.

cible après les repas) ont disparu immédiatement. La malade a repris dès le lendemain l'alimentation habituelle sans aucune restriction; les garde-robes se sont immédiatement rétablies normales. Toutefois, elle n'a pas voulu tenter une nouvelle aventure bothriocéphalique, et elle a renoncé pour toujours à sa villégiature d'été sur les bords du lac Léman.

M. E. Besnier a fait suivre cette observation de considérations générales sur l'origine, la symptomatologie, la prophylaxie et le traitement du bothriocéphale; puis il a terminé ses remarques en communiquant à la Société une lettre de M. le professeur Révillod (de Genève), à qui il avait demandé quelques éclaircissements sur divers points restés obscurs. Un seul de ces points a semblé bien positivement établi, c'est que la féra, que l'on avait vivement incriminée, a bien un bothriocéphale, mais non celui de l'homme, et que, par conséquent, il faut chercher ailleurs.

Enfin, comme conclusion pratique, bien que le remède de Peschier soit un remède (en partie) secret, la sûreté de son action contre le bothriocéphale, son innocuité et la simplicité de son administration sont telles, que M. E. Besnier n'hésite pas à engager ses confrères à y avoir recours au moins jusqu'à nouvel ordre.

M. *Constantin Paul* explique l'action du *remède de Peschier* par le soin avec lequel ce médicament est préparé. Plusieurs pharmaciens ont pu obtenir des effets analogues lorsqu'ils se servaient de rhizomes de fougère mâle très récents pour préparer leur extrait éthéré. Si les capsules que l'on achète le plus souvent ne donnent pas le résultat favorable qu'on espère, c'est que la préparation est mauvaise ou que, ce qui est plus fréquent encore, le médicament s'est altéré. M. Constantin Paul insiste ensuite sur la nécessité de prendre, pour obtenir un tænia entier, les précautions que tous les médecins ont souvent recommandées.

M. *Laboulbène* rappelle qu'il a pu faire rendre à un même malade quatre bothriocéphales. Il insiste sur quelques particularités de structure que présentent la tête, le cou et les œufs de cet helminthe. Revenant sur la question du traitement, M. Laboulbène déclare que, depuis quelque temps, il se sert d'écorce de racine de grenadier pulvérisée comme du café, ce qui permet souvent de supprimer le purgatif huileux que l'on prescrit d'ordinaire au moment où commencent les premières coliques.

— M. *Laboulbène* indique un moyen qui lui a toujours réussi pour combattre les œdèmes considérables que l'on observe dans les maladies du cœur ou des reins. Ce moyen, qui ne détermine ni érythèmes, ni érysipèles, consiste dans l'emploi de l'ignipuncture faite avec de petites aiguilles rougies à la flamme d'une bougie.

A ce propos, M. Laboulbène, analysant la sérosité des œdèmes, a pu reconnaître que, ainsi du reste que le dit Ch. Robin, elle contient très-peu d'albumine.

M. *Constantin Paul* s'est très-bien trouvé, dans le traitement de l'œdème, de l'emploi d'un moyen peu connu en France : les tubes de Southey. Ce sont de petits tubes d'argent de 1 millimètre de diamètre et de 2 centimètres de long, qui sont munis d'un tube en caoutchouc destiné à conduire du liquide dans un récipient spécial. Ce moyen offre, en outre, l'avantage de pouvoir mesurer exactement la quantité du liquide écoulé. Il n'est jamais suivi d'aucun accident.

— M. *Édouard Labbé* présente un jeune homme atteint d'une énorme hypertrophie de la rate et d'une altération probable du foie, qui se sont développées sans cause appréciable. Ce jeune homme, en effet, n'a jamais eu de fièvres intermittentes et ne se rappelle pas avoir jamais traversé de pays à marécages. Ces affections se compliquent à certains moments d'ascite considérable et fort gênante. M. Labbé était sur le point de recourir à la ponction, quand il obtint les meilleurs effets de l'emploi d'un purgatif drastique, composé de 25 grammes d'eau-de-vie allemande et de 30 grammes de sirop de nerprun. Cette ascite se reproduit avec une telle rapidité que l'on doit recourir à l'emploi de ce drastique tous les dix jours. Le gonflement du foie, qui avait été au début assez considérable, a notablement diminué; mais celui de la rate reste stationnaire. M. Labbé ajoute que ce jeune homme a eu de fréquentes épistaxis.

M. Edouard Labbé demande à ses collègues ce qu'ils pensent du diagnostic et du traitement de cette affection. Suivant lui, il s'agit évidemment d'une tumeur solide de la rate. Il a fait, en effet, une ponction exploratrice qui n'a amené qu'une goutte de sang et qui n'a d'ailleurs été suivie d'aucun accident. La surface de cette tumeur est lisse, uniforme, d'une dureté fibreuse et ne présente aucune bosselure. Relativement au traitement, étant donnée la gravité du pronostic que M. Labbé regarde comme fatal, n'est-il pas permis de se poser la question de la splénotomie? M. Labbé rappelle à cette occasion le premier succès obtenu en 1549 par Zacarelli, l'insuccès de M. Kœberlé et les deux célèbres observations de M. Péan qui, toutes deux, furent suivies d'une guérison définitive; la première malade fut opérée en 1867 et la seconde en 1878. Ces deux femmes jouissent encore aujourd'hui d'une santé parfaite. Ces deux succès sont encourageants.

M. *Blachez* cite un cas analogue à celui que vient de présenter M. Labbé. Il s'agit d'une femme de quarante-six ans, qui est entrée à l'hôpital, présentant une rate et un foie extrêmement hypertrophiés. Cette femme avait toujours joui d'une excellente santé. Le foie, sous l'influence des douches et de l'iodure de potassium, a considérablement diminué de volume; mais la rate est restée la même. L'examen des globules sanguins n'a rien fourni de particulier. Elle a eu, il y a quelques années, une hématémèse.

L'observation sera publiée.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 AOUT 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Polypes naso-pharyngiens; méthode opératoire. — Présentation d'instruments. — Observation d'uréthrotomie externe. — Présentation d'un malade.

M. *le Secrétaire* donne lecture d'un mémoire de M. *E. Bœckel* (de Strasbourg) : *De l'incision transversale du voile du palais comme opération préliminaire pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens*. On fait la boutonnière palatine avec le thermo-cautère ou avec le bistouri; l'opération est pratiquée en un ou deux temps. L'opération en un temps ménage le moral du malade; autant que possible il faut opérer en deux temps chez les enfants. Dans tous les cas l'anesthésie est possible.

Quand le polype naso-pharyngien est pédiculé, l'opération préliminaire n'est point nécessaire. Si le polype n'est pas pédiculé, M. Bœckel conseille l'incision transversale du voile. Quand il y a un prolongement dans le sinus maxillaire, faire la résection temporaire du maxillaire supérieur; si les prolongements occupent les fosses nasales, choisir la résection temporaire du nez par le procédé de M. Ollier.

Dans tous les cas, il faut ruginer profondément et cautériser le point d'insertion.

— M. *le Secrétaire* lit une note de M. *Reverdin*, relative : 1° à une modification de l'aiguille à suture de Bruns; 2° à un pulvérisateur de poche pour le pansement de Lister.

— M. *Horteloup* lit une observation d'uréthrotomie externe. Le 11 septembre 1878, un homme de quarante-trois ans entre à l'hôpital avec une tumeur périnéale. Blennorrhagie il y a vingt ans. En juillet 1878, chute sur le périnée, d'où un

abcès qui s'ouvrit et guérit spontanément. Quand le malade entra à l'hôpital, il y avait un abcès urineux derrière un rétrécissement. Incision de la tumeur; l'urine s'écoule par la plaie.

Le 30 septembre, frisson violent; néphrite; urines albumineuses. En quelques jours, grande amélioration. M. Horteloup fait l'uréthrotomie externe. Au commencement de novembre, la plaie périnéale était cicatrisée et le canal de l'urèthre admettait une bougie Béniqué n° 45.

— M. *Després* a présenté une femme à laquelle il avait fracturé le col chirurgical de l'humérus pour remédier à l'immobilisation d'un bras, suite d'une luxation de l'épaule non réduite. M. Després a fait la même opération sur une vieille femme, qui va bien et qui sera bientôt présentée à la Société de chirurgie. Comme chez la première opérée, il y a un cal osseux, quoique l'on n'ait appliqué aucun appareil contentif.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 9 AOUT 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Diagnostic des anévrysmes de l'aorte abdominale : M. François-Franck. — Rôle de l'aspiration thoracique pendant le vomissement et passage au cardia des matières stomacales : MM. François-Franck et Arnozan. — Section des nerfs optique et ciliaires pour prévenir l'ophthalmie sympathique : M. Boucheron. — Excitation latente des muscles : M. Mendelssohn. — Présentation d'un chien ataxique : M. Laborde. — Action du chlorure de magnésium : MM. Laffont et Jolyet. — Deux succès de la métallothérapie : MM. Dumontpallier et Burq.

M. *François-Franck*. L'autopsie d'un malade chez lequel j'avais cru reconnaître l'existence d'un anévrysme de l'aorte abdominale a montré qu'il s'agissait non d'un anévrysme, mais d'une tumeur solide soulevée par les battements de l'aorte. Ce malade était à l'Hôtel-Dieu dans le service de mon ami le docteur Debove, qui m'a communiqué les résultats de la nécropsie. Il m'a paru intéressant de rechercher la cause de cette erreur de diagnostic et d'en faire part à la Société.

Le principal signe sur lequel se fondait mon opinion était le suivant : quand on comprimait la tumeur abdominale, le tracé du sphygmographe appliqué sur la fémorale à la racine du membre inférieur présentait un soulèvement de la ligne d'ensemble; les pulsations s'inscrivaient à un niveau beaucoup plus élevé. Quand on décomprimait la tumeur, le tracé s'abaissait et les pulsations perdant de leur amplitude s'inscrivaient à un niveau moins élevé: j'avais pensé que ces variations du tracé tenaient, la première au refoulement dans l'aorte du sang contenu dans une poche latérale, la seconde à une diminution de la quantité du sang envoyé aux membres inférieurs quand on laissait la tumeur se dilater, en la décomprimant.

On s'explique l'apparition de ces variations dans le cas dont il s'agit, malgré l'absence d'anévrysme, en tenant compte de ce fait, que la compression exercée sur l'abdomen produisait un soulèvement du sphygmographe appliqué au voisinage immédiat de la paroi abdominale, tandis qu'au moment de la décompression l'appareil reprenait sa position première.

Il résulte de ces remarques que dans une recherche semblable il faudra appliquer le sphygmographe sur la poplitée ou mieux sur la tibiale postérieure pour se mettre à l'abri des soulèvements communiqués.

— M. *Arnozan*, en son nom et au nom de M. *François-Franck*, communique le résultat d'expériences faites sur le vomissement dans le laboratoire de M. Marey. Les recherches ont porté spécialement sur deux points : l'état des pressions thoraciques et le moment précis où les aliments traversent le cardia pour passer de l'estomac dans l'œsophage. Les pressions thoraciques ont été explorées à l'aide d'ampoules manométriques introduites dans l'œsophage, ou mieux à l'aide d'une canule à œillets latéraux enfoncée dans la cavité de la plèvre, procédé évidemment plus précis que celui qui consiste à étudier la pression latérale dans la trachée. La pression abdominale a été explorée à l'aide d'ampoules manométriques introduites dans l'estomac par une fistule gastrique, dans la cavité même de l'abdomen par une incision faite au niveau de la fosse iliaque, ou bien dans le rectum par l'anus; ces trois procédés ayant donné des résultats presque identiques, le dernier a été de préférence employé, parce qu'il ne nécessite aucune opération préalable.

Les variations des pressions inscrites sur un cylindre enregistreur ont permis d'établir que « dans une première phase de l'acte du vomissement la pression augmente dans l'abdomen, mais baisse sensiblement dans le thorax où se fait une aspiration énergique. Dans une seconde phase, au contraire, les pressions deviennent égales et positives dans le thorax et l'abdomen, et c'est alors qu'a lieu l'expulsion des matières par la bouche, le vomissement. »

La connaissance de ces faits amenait tout naturellement la conclusion suivante : les matières stomacales franchissent le cardia pendant la période d'aspiration thoracique et l'effort d'expulsion ne s'exerce que sur un œsophage déjà distendu par elles. La preuve expérimentale de cette supposition a pu être faite, grâce à une double sonde gastro-œsophagienne que M. Franck a fait construire d'après le principe de la double sonde cardiaque de Chauveau et Marey. Cette sonde est introduite dans l'œsophage par une plaie latérale, faite à la partie inférieure du cou, et poussée de façon à ce que l'une des deux ampoules qui la terminent passe dans l'estomac, tandis que l'autre reste dans l'œsophage. La première donne ainsi les indications de la pression abdominale, la seconde, celle de la pression thoracique. Si on fait alors vomir l'animal, on observe que l'ampoule gastrique cesse tout à coup de donner les indications abdominales et donne au contraire des indications de pression thoracique, comparables à celles que donne l'ampoule supérieure. A ce moment, l'effort d'expulsion n'est pas commencé. On peut donc affirmer que le contenu de l'estomac franchit le cardia pendant la période préparatoire du vomissement, période que ses caractères doivent faire dénommer : phase d'aspiration thoracique.

— M. *Boucheron*. Depuis longtemps déjà l'énucléation de l'œil comme traitement préventif de l'ophthalmie sympathique a été proposée à la suite de certains traumatismes oculaires. Cette opération difficilement acceptée par les malades, surtout comme moyen préventif de lésions qu'ils ne peuvent prévoir, est très-avantageusement remplacée par la section du nerf optique et des nerfs ciliaires. L'œil est ainsi conservé et les dangers de l'ophthalmie sont évités. Cette opération a été pratiquée 21 fois en Allemagne avec succès; elle a été aussi pratiquée en France par M. Abadie. M. Boucheron réclame pour lui la priorité de l'idée de cette opération, à laquelle il avait été conduit par une série d'expériences.

— M. *Mendelssohn*. J'ai fait quelques recherches sur la durée de l'excitation latente des muscles chez la grenouille, dans le laboratoire de M. Marey, et chez l'homme, dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière. Pour la grenouille, où le gastrocnémien a été seul étudié, à l'aide du myographe ordinaire, l'excitation latente, c'est-à-dire l'intervalle entre l'instant où le muscle est excité et celui où il entre en contraction, varie suivant les sujets en expérience; sa durée augmente en été, elle est en rapport inverse avec l'amplitude de la courbe musculaire chez la même grenouille, mais non chez deux grenouilles différentes, elle diminue pour un muscle raccourci par une contraction antérieure, sauf le cas où ce raccourcissement a été provoqué par la vératrine; dans cet empoisonnement elle augmente avec le degré de raccourcisse-

ment. D'une façon générale, elle varie de 4/1000e à 1/100e de seconde.

Chez l'homme, les études n'ont pu être faites qu'à l'aide d'un myographe spécial qu'a fait construire M. Marey sur le principe du myographe de du Bois-Raymond. Ce myographe se compose d'une plaque métallique recouverte de papier enfumé, lancée avec vitesse par un ressort au-devant de la plume du tambour à levier chargé d'enregistrer le mouvement. Cette plaque, dans son mouvement de translation, ouvre brusquement un courant inducteur et provoque ainsi un courant induit qui excite le muscle; en même temps une tige vibrant cent fois par seconde, dont les oscillations sont inscrites sur la même feuille, permet d'apprécier le temps perdu. L'appareil explorateur consiste en un tambour dont la membrane est refoulée au moment de la secousse musculaire par un bouton de cuivre fortement appliqué sur la peau au niveau du muscle auquel il a servi à transmettre l'excitation. Les résultats obtenus ont été les suivants : chez les sujets sains, l'excitation latente varie suivant l'âge, le sexe, le côté droit ou le côté gauche, suivant qu'il s'agit des fléchisseurs ou des extenseurs; elle oscille entre 4 millièmes et 1 centième de seconde; elle diminue dans un muscle déjà contracté; chez l'homme malade, elle augmente dans les hémiplégies anciennes avec atrophie, dans l'atrophie musculaire progressive, la paralysie agitante, la sclérose latérale amyotrophique, l'ataxie locomotrice à ses deux dernières périodes. Le temps perdu diminue, au contraire, dans l'hémiplégie avec contracture, la chorée sénile, le tabes spasmodique, les contractures hystériques, c'est-à-dire dans les cas où la contractilité musculaire est exagérée.

— M. *Laborde* présente à la Société un chien atteint d'une véritable ataxie du mouvement. On a fait, il y a déjà quelque temps, une piqûre du bulbe à cet animal, dans le but de léser le noyau de la sixième paire et de provoquer la déviation conjuguée des yeux dans les conditions que M. Graux a décrites dans sa thèse (voy. *Gaz. hebd.*, décembre 1878). Dans le cas actuel, le noyau a été excité et non détruit, puisque c'est l'œil du côté lésé qui s'est porté en dehors et que la déviation conjuguée a spontanément disparu en quelques jours. Mais le chien a conservé dans les mouvements des membres antérieurs des allures désordonnées, qui rendent sa démarche comparable à celle d'un ataxique. L'autopsie indiquera de quelle lésion relèvent ces phénomènes.

— M. *Laffont*, communique les résultats d'expériences faites sur l'action comparée des sels de magnésium et des sels de sodium. L'effet physiologique des sels de magnésium est en tout semblable à celui du sulfate de magnésie; il est donc naturel d'admettre que, dans un sel, l'influence prédominante est celle du métal. Le chlorure de magnésium détermine l'arrêt du cœur, même après la section des nerfs vagues; mais cette action toxique est annulée par l'administration à dose égale de chlorure de sodium. Lorsque les deux sels sont simultanément injectés chez le même animal, on n'observe aucun effet, ni cardiaque ni vasculaire.

— MM. *Dumontpallier* et *Burq* communiquent deux faits relatifs à la métallothérapie. Un homme atteint de la crampe des écrivains et soumis inutilement à plusieurs traitements a été guéri par l'application de l'or. C'est le père d'une jeune fille achromatopsique qui, améliorée par l'argent, a été définitivement guérie par l'or. Le second fait est celui d'une femme amblyope, atteinte depuis son enfance de vomissements fréquents et depuis un accouchement récent, de paralysie de la vessie. Divers métaux furent essayés en vain; seul le platine montra qu'il exerçait une influence favorable en faisant élever la température, en augmentant la sensibilité et la force musculaire, signes auxquels on reconnaît qu'on a trouvé le métal propre au sujet en observation. Chez cette femme, une série de quelques injections hypodermiques de chlorure de platine a amené la disparition graduelle de tous les phénomènes morbides.

— La Société de biologie suspend ses séances jusqu'au mois d'octobre.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Action thérapeutique de la blatte, par le docteur Espagne.

M. Espagne a communiqué à la Société de médecine et de chirurgie de Montpellier deux observations relatives à la question de savoir si la blatte orientale possède des propriétés diurétiques. On sait que la *Blatta orientalis* n'est autre chose que cet insecte orthoptère d'un brun foncé, ce cafard, qui infeste les cuisines et qu'on appelle aussi *blatte des cuisines*.

La première observation, très-courte, n'a été pour l'auteur qu'une sorte d'indication pour faire une expérience plus régulière chez un autre sujet. Il s'agissait d'une femme de cinquante-sept ans, atteinte d'insuffisance aortique avec anasarque des membres inférieurs, des poignets et de la face. On la soumit à l'emploi de la digitale d'abord, puis du vin scillitique, qui amena de la polyurèse. 3 litres d'urine par jour. Ce dernier médicament ayant été suspendu, la quantité d'urine tomba bientôt à 1 litre. Pas de trace d'albumine ni de sucre. C'est alors que la blatte fut administrée en poudre, à la dose de 50 centigrammes le premier jour, et de 80 centigrammes les trois jours suivants. La quantité d'urine tombe à 3 décilitres; un peu d'albumine apparaît. On revient au vin scillitique en supprimant la blatte, et l'effet diurétique se produit de nouveau.

Ce fait, on le voit, tend à déposer contre la propriété attribuée au cafard. L'auteur se propose de poursuivre ses observations. (*Gaz. hebd. des sciences médicales de Montpellier*, nos 6 et 7.)

Emploi du bandage d'Esmarch dans l'ablation de tumeurs éléphantiasiques, par le docteur William Mac Grégor, médecin principal à Fidji.

Vers le 10 juillet dernier, une femme indigène se présenta à *Levuka Hospital* pour se faire enlever une tumeur volumineuse, présentant tous les caractères de l'éléphantiasis, naissant de la grande lèvre gauche, pyriforme, et présentant deux ou trois grosses protubérances à sa surface. A sa partie la plus épaisse, à 2 ou 4 pouces de son extrémité inférieure, son diamètre était d'environ 12 pouces; à son extrémité supérieure, la partie la plus étroite avait environ 6 pouces de diamètre. En deux ou trois points de la surface étaient des ulcères de mauvaise nature, d'odeur fétide, de plusieurs pouces de diamètre et d'un demi-pouce de profondeur. La tumeur descendait jusqu'aux genoux; pour marcher, la malade la rejetait derrière les cuisses; pour s'asseoir, elle la mettait en avant; elle pesait environ 27 livres et demie. La malade avait environ trente ans, elle était de constitution saine d'ailleurs, et dans de bonnes conditions pour être opérée.

Le 15 juillet, je procédai à l'ablation de la tumeur avec l'aide des docteurs Crüicksuhanck et Cerney. La malade fut mise sur une table dans la vérandah de l'établissement et on attacha au plafond, autant que possible au-dessus de la tumeur, une petite poulie. Des bandes de diachylum de 2 pouces de large furent appliquées sur l'extrémité libre de la tumeur en s'étendant jusqu'à sa partie moyenne. La forme particulière de la tumeur rendait cet artifice nécessaire pour empêcher le bandage de glisser et assurer la compression sur sa grosse extrémité. Le diachylum servit aussi à attacher une corde solide passant sur la poulie et au moyen de laquelle on

peut changer la tumeur de place, suivant les besoins, pendant l'opération. La malade fut alors chloroformée et la bande en caoutchouc appliquée étroitement de bas en haut jusqu'au collet de la tumeur. On se proposait de laisser le bandage en place pendant une minute ou deux, puis, si c'était possible, de le réappliquer plus serré en laissant un tourniquet élastique au collet de la tumeur pour s'opposer au reflux du sang. Mais la compression exercée par la bande commença à refouler le sérum contenu dans le parenchyme de la tumeur dans le tissu cellulaire sous-cutané de la vulve, du mont de Vénus, et de la paroi abdominale, ce qui nécessita l'application immédiate du tourniquet élastique pour l'arrêter. C'est pourquoi on passa rapidement un fort tube élastique muni de boucles à ses extrémités, trois ou quatre fois autour du collet de la tumeur, on le serra fortement, et on déroula aussitôt la partie supérieure du bandage. Le résultat de cette manœuvre fut que tout le sérum fut repoussé dans l'espace compris entre le tube et le tour supérieur du bandage. Afin de diminuer le collet de la tumeur, on fit de nombreuses ponctions dans cet espace pour permettre au sérum de s'échapper; il s'en écoula ainsi plusieurs livres dans l'espace de quelques minutes, ce qui produisit une telle diminution du collet qu'après l'ablation totale du bandage il n'était pas plus gros que le bras d'un adulte. Cependant, avant de faire la section de la tumeur, deux aiguilles furent passées à travers le collet, tout près et au-dessous du tube en caoutchouc, pour empêcher celui-ci de glisser après l'ablation de la masse morbide. Un ou deux coups de bistouri suffirent alors pour la détacher; elle était absolument exsangue. On appliqua des ligatures sur l'orifice des vaisseaux ouverts, qui n'étaient pas moins d'une vingtaine, avant de retirer le tube; on appliqua encore quelques fils sur des points qui saignèrent après l'ablation du tube; mais la malade ne perdit pas en tout deux cuillerées à bouche de sang par l'opération. La guérison fut parfaite, la plaie s'étant cicatrisée rapidement et ne laissant qu'une petite difformité.

Ce cas présente on ne peut mieux toutes les conditions d'une expérience. Les occasions de voir l'effet de la compression sur une tumeur aussi volumineuse ne sont pas communes, et comme il n'était pas tout à fait certain que le centre d'une telle masse, pleine de sinus veineux, comme le sont ces tumeurs, serait rendu complètement exsangue par le bandage, on courait bien moins de risques en opérant sur une tumeur labiale, en supposant que le procédé actuel ait échoué, que s'il se fût agi de l'ablation d'une tumeur scrotale, dans laquelle il faut disséquer le pénis et les testicules. Mais c'est dans ces derniers cas que la compression élastique rendra le plus de services, car l'opérateur pourra faire à son aise les dissections nécessaires sans être incommodé par la présence du sang dans la plaie.

La quantité de sang épargnée doit avoir été considérable. Le clamp de fer employé avec tant de succès par mon ami et voisin le docteur Turner, de Samoa, prévient bien en général l'hémorrhagie par le pédicule, mais la quantité de sang contenue dans ces tumeurs après les essais que l'on fait pour les rendre exsangues, et qui est perdue quand on en fait l'ablation, n'est pas sans importance, d'après mon expérience; malheureusement je ne puis dire exactement la quantité de sang épargnée dans le cas actuel. La tumeur entière, comme je l'ai déjà dit, pesait 21 livres et demie; après son ablation, elle ne pesait que 10 livres; elle avait donc perdu 11 livres et demie de sérum et de sang, le sang ayant été rendu à la circulation générale, et le sérum s'étant échappé par les piqûres. On ne prit pas la précaution de recueillir et de peser le sérum, mais on peut l'estimer approximativement de 4 à 5 livres. D'autres opérations de ce genre permettront sans doute de donner une plus grande exactitude à ces détails, mais on ne peut douter que les proportions de sang et de sérum et de parties solides ne varient beaucoup dans ces tumeurs.

Dans l'emploi du bandage élastique pour cette opération, la seule précaution spéciale qui me parut nécessaire est d'avoir soin de ne pas laisser la bande appliquée trop longtemps sur le collet de la tumeur, à cause du refoulement du sérum dans le tissu cellulaire situé au delà de ce collet.

Si cela arrivait, le collet de la tumeur serait épaissi pour l'opération, les bords de la plaie resteraient infiltrés, et la cicatrisation retardée de plusieurs jours; mais par l'application rapide d'un tourniquet élastique, comme dans le cas actuel, on peut éviter ce danger; d'autre part, on peut diminuer beaucoup le collet en permettant l'issue du sérum par des ponctions entre le tourniquet et le bandage appliqué sur la moitié ou les deux tiers inférieurs de la tumeur, et en enlevant complètement la bande avant la section de la masse morbide. (*The Glasgow medical journal*, février 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux éléments d'anatomie pathologique descriptive et historique, par M. A. Laboulbène, professeur à l'École de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité. In-8 de 1078 pages, avec 298 figures intercalées dans le texte. — Paris, 1879, chez J.-B. Baillière et fils.

Depuis quelques années, sous l'influence des professeurs Robin, Charcot, Vulpian et Ranvier, l'anatomie pathologique, c'est-à-dire l'anatomie comparée de l'état normal à l'état morbide, a pris une importance considérable; de nombreux travaux, des monographies, des manuels ont été publiés, dans lesquels l'anatomie pathologique tenait une si large place, que, prenant le rôle principal, on pouvait s'étonner souvent de voir rejeter la clinique dans les parties accessoires : on décrivait la lésion, en négligeant la description des désordres symptômatiques dont elle est l'origine.

Déjà, dans leur *Traité d'histologie pathologique*, MM. Cornil et Ranvier avaient appuyé sur l'importance des descriptions si complètes et si saisissantes des lésions décrites par Cruveilhier, Andral, Bouillaud, etc. : « descriptions qu'il est impossible d'égaler ni de résumer sans les amoindrir », et avaient insisté sur ce fait qu'ils n'avaient pas intitulé leur manuel *Anatomie pathologique*, pour bien indiquer qu'il était basé tout entier sur l'histologie normale. M. Laboulbène, au contraire, a voulu faire un traité moins théorique, mais plus clinique : « Les lésions, dit-il, ou les altérations survenues dans les divers tissus et les divers organes, soit comme cause, soit comme effet des maladies, atteignent les parties minimes et constituantes : ces lésions se manifestent par des changements très-prononcés d'aspect, de forme, de consistance, de texture ou d'arrangement. Mais il ne suffit point de s'arrêter à connaître l'aspect extérieur et d'isoler, à l'aide du scalpel, les parties malades; il faut de plus, avec le microscope et tous les moyens d'investigation modernes, rechercher les modifications profondes, élémentaires, qui ont eu lieu aux diverses périodes de la maladie; il faut établir aussi celles qui restent après la guérison, comme une trace indélébile. Ainsi, en résumé, description exacte des lésions morbides; examen histologique des éléments altérés dans la maladie; appréciation du mode suivant lequel se produisent les altérations : tels sont, à la fois, et l'objet et le but de l'anatomie pathologique. »

On négligeait autrefois la partie principale de cette étude, c'est-à-dire les relations entre les lésions trouvées à l'autopsie et les symptômes observés pendant la vie du malade. Tel est un point sur lequel Andral, Cruveilhier et bien d'autres ont longuement insisté, et qui a été pour ainsi dire l'objet de la leçon d'ouverture de M. Laboulbène, en 1866[1], alors que,

[1] Leçon publiée par la *Revue des cours scientifiques*, première série, troisième année, p. 761.

chargé du cours d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine, il commençait ces études dont le traité qu'il nous donne aujourd'hui n'est qu'un résumé aussi complet que peut l'être un traité spécialement destiné aux étudiants. Ce n'est pas à proprement parler une compilation, car tout en s'appuyant, sans esprit d'école ou de parti, sur les nombreux auteurs français et étrangers qui ont écrit sur les différents sujets que traite M. Laboulbène, tout ce que décrit M. Laboulbène a été scrupuleusement contrôlé. Donnant pour chacune des affections une observation recueillie par lui, M. Laboulbène commence ainsi par faire tout d'abord une étude clinique de la maladie, en indiquant son début, sa marche et sa terminaison; puis, après avoir énuméré les résultats fournis par l'autopsie, c'est-à-dire la description à l'œil nu des modifications subies par les organes lésés, il étudie histologiquement les lésions, puis montre les troubles que ces lésions ont déterminés d'abord spécialement sur l'organe et ensuite sur l'état général. On ne peut, en effet, lorsqu'un organe est atteint, trouver dans la lésion organique seule le compte exact des phénomènes qui se sont succédé. Tel est un fait dont on trouve la preuve évidente dans presque toutes les affections et spécialement dans les affections du foie et du rein, c'est-à-dire des deux organes dont les lésions retentissent d'une façon plus spéciale sur l'économie générale, pour des raisons si bien expliquées par M. le professeur Bouchard dans ses cliniques de l'hôpital de la Charité (1873). Et en effet, M. Laboulbène, après avoir donné une observation d'hépatite aiguë diffuse, parenchymateuse, ainsi que les résultats histologiques de l'examen du foie, ajoute avec raison : « On ne peut, d'après ces lésions, se rendre un compte exact des phénomènes de l'ictère grave, et il faut chercher encore. Le sang, dans le principe, est plus chargé d'urée, et plus tard cette urée disparaît. On y trouve de la leucine, de la tyrosine, de la xanthine en quantités notables, tant dans le sang du foie que dans le sang sorti des vaisseaux par hémorrhagie. Ces substances, qui paraissent provenir d'une oxydation ou d'une réduction incomplète des matières protéiques ou albuminoïdes, doivent fournir au sang des propriétés toxiques. Dans les altérations profondes, les fonctions désassimilatrices, les modifications par dédoublement se produisent dans le tissu hépatique. En résumé, le foie donne naissance, dans l'inflammation parenchymateuse, aux produits qui se montrent lorsqu'il est abandonné à lui-même, pendant un temps assez prolongé, en dehors de toute putréfaction. »

On voit donc par cette citation que nous donnons, non pas pour admettre les conclusions que nous ne croyons pas absolument exactes, l'accumulation de l'urée n'étant pas due uniquement à sa production exagérée, mais à une lésion rénale qui en empêche l'élimination, on voit donc le but que s'est proposé M. Laboulbène : faire en même temps un résumé clinique, avec observations à l'appui, de toutes les maladies décrites, et une étude histologique permettant de relier les symptômes à la lésion anatomique. Il était difficile, étant admis ce parti pris, de pouvoir être complet; M. Laboulbène avoue lui-même que son ouvrage présente de nombreuses lacunes, la plupart volontaires, comme, par exemple, tout ce qui concerne le tégument externe, les organes des sens, les lésions chirurgicales des luxations et des fractures, leur étude trop spéciale devant se rattacher expressément aux traités ou aux monographies publiés sur ces matières. Mais si d'autres traités d'anatomie pathologique sont beaucoup plus complets, comme par exemple le remarquable *Traité d'anatomie pathologique* de M. Lancereaux, on peut dire qu'ils ne s'adressent pas au même public médical. M. le professeur Laboulbène a voulu écrire dans un style clair et précis un traité élémentaire, pour ainsi dire, à l'usage des étudiants, pour leur permettre d'avoir sous les yeux, dans un même chapitre, la partie clinique et la partie anatomique, tout en leur donnant à la suite de chaque étude des indications bibliographiques qui permettent de continuer ces recherches spéciales dans des monographies plus complètes. Un tel ouvrage répondait à un besoin réel. « Que vous vous destiniez à la médecine ou à la chirurgie, disait l'auteur en 1866, vous aurez, grâce à l'anatomie pathologique, un diagnostic sûr; elle dictera votre conduite dans les manœuvres difficiles de l'obstétrique, elle vous donnera l'autorité nécessaire si vous êtes appelé aux graves fonctions de médecin légiste. L'anatomie morbide n'est point la contemplation stérile des voies qui conduisent à la mort, c'est une science féconde en résultats, une science qui soutient et qui aide celui qui s'appuie sur elle. » Les étudiants ont donc entre les mains un ouvrage, fruit de quinze années de recherches, dont le succès récompense dès aujourd'hui M. le professeur Laboulbène.

Nous ne pouvons donner un compte rendu de toutes les questions abordées par l'auteur; il nous suffira, pour indiquer la méthode scientifique, de résumer les divers chapitres en suivant l'ordre d'étude adopté par l'auteur : on verra ainsi la classification des lésions décrites :

I. Lésions de texture, liées aux *troubles de la nutrition*, comprenant les inflammations, hypertrophies et atrophies, les hyperplasies et hypoplasies, les gangrènes, stéatoses, etc.

II. Les lésions liées aux *troubles de la circulation*, hémorrhagies, embolies, hydropisies, etc.

III. Les lésions résultant de *déplacements* ou de connexions *anormales*, prolapsus, hernies, hétérotaxies.

IV. Les lésions dues à des corps étrangers, celles par agents vulnérants, ou causées par des parasites.

V. Les lésions liées aux développements embryonnaire et primitif : malformations congénitales, monstruosités.

DIEULAFOY.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE : CH. LAVERAN. — Nous apprenons à l'instant, avec le plus vif regret, la mort de M. le docteur Ch. Laveran, ancien directeur du Val-de-Grâce, médecin inspecteur des armées. M. Laveran avait mérité jeune encore et obtenu par le concours une situation élevée dans le corps de santé militaire. Comme professeur aux hôpitaux d'instruction, puis, après la suppression de ces écoles, comme médecin d'hôpital en France et Algérie, il avait acquis une légitime autorité et publié des travaux remarqués. Aussi, au moment de la réorganisation de l'Ecole du Val-de-Grâce, fut-il chargé de l'enseignement de l'épidémiologie. Cette chaire venait d'être fondée et son programme dut être rédigé par le nouveau professeur. Après la mort de Michel Lévy, M. Laveran, nommé inspecteur quelques années auparavant, fut appelé au poste éminent de directeur du Val-de-Grâce. Le *Dictionnaire encyclopédique* doit à notre confrère plusieurs importants articles.

UNE CATASTROPHE. — M. Mosley, étudiant en médecine, originaire de Boston, vient de périr dans une ascension au mont Cervin. Arrivé au-dessus de la cabane, il insista pour faire détacher la corde; à peine son désir avait-il été satisfait que, voulant faire un saut, il fut précipité. Son cadavre a été retrouvé au-dessus du glacier de Fourq.

CONGRÈS D'AMSTERDAM. — RÈGLEMENT.

ART. 1. — Le Congrès périodique international des sciences médicales (6e session, 1879) s'ouvrira à Amsterdam le dimanche 7 septembre, à deux heures, et durera jusqu'au 13 septembre inclusivement.

ART. 2. — Le Congrès aura un caractère exclusivement scientifique.

ART. 3. — Le Congrès se composera des membres du corps médical, étrangers et nationaux, qui se seront fait inscrire et auront retiré leur carte d'inscription. Les membres du Congrès verseront

une somme de 10 florins, en échange de laquelle ils recevront un exemplaire du Compte rendu des travaux de la session. Cette somme sera versée par MM. les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion; par les participants au moment où ils retireront leur carte. Les inscriptions et la distribution des cartes se feront, le 6 septembre, de midi à cinq heures; le 7 septembre, de neuf heures du matin à midi; les jours suivants, de huit heures à neuf heures du matin, dans les locaux du Congrès.

Art. 4. — Les travaux du Congrès se répartiront en dix sections.

Art. 5. — En retirant leur carte, MM. les membres se feront inscrire dans la section à laquelle ils désireront appartenir. Le comité constituera les bureaux provisoires des sections (un président et deux secrétaires). Les sections éliront leur bureau définitif.

Art. 6. — Le Congrès se réunira deux fois par jour : une première fois pour les travaux des sections, une seconde pour ceux de l'assemblée générale.

Art. 7. — Des rapporteurs désignés d'avance par le comité feront aux sections l'exposé des questions qui leur auront été départies. Cet exposé se terminera par des conclusions qui serviront de base à la discussion. Les sections disposeront du temps qui leur restera pour recevoir les communications ressortissant à la spécialité de chacune d'elles et étrangères au programme.

Art. 8. — Les séances générales seront consacrées : 1° à la communication des procès-verbaux des sections; 2° à des communications sur des questions d'intérêt général.

Art. 9. — Les membres qui désireront faire une communication, dans une des séances générales, sur un sujet étranger aux questions du programme, devront en donner connaissance au comité, quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Art. 10. — A la première séance le Congrès nommera son bureau définitif, qui se composera d'un président, de trois vice-présidents effectifs, d'un nombre indéterminé de présidents honoraires, d'un secrétaire général et de trois secrétaires des séances.

Art. 11. — Tous les travaux lus au Congrès, soit dans les sections, soit en assemblée générale, seront déposés sur le bureau. Le comité d'organisation, qui reprendra ses fonctions après la session pour procéder à la publication des actes du Congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale ou de la non-insertion de chacun d'eux dans le Compte rendu.

Art. 12. — Le français et l'allemand sont les langues officielles du Congrès. Les séances générales seront conduites en français; les séances des sections dans l'une des deux langues officielles. Les membres pourront également se servir d'autres langues. Lorsque le désir en sera exprimé, les communications ainsi faites seront résumées en français par l'un des membres présents à la réunion. Le temps accordé à chaque orateur sera limité à un maximum de vingt minutes. Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs. Ceux-ci sont toutefois priés de rester autant que possible dans ces limites.

Art. 13. — Les règlements, les programmes et les conclusions des rapports seront publiés en français et en allemand.

Art. 14. — Le président dirige les séances et les débats suivant le mode adopté dans les assemblées délibérantes en général. Il arrête les ordres du jour en se concertant avec le bureau.

Art. 15. — Les personnes n'appartenant pas au corps médical, mais s'intéressant aux travaux du Congrès, pourront être admises par le comité comme membres extraordinaires, en versant la même cotisation que les membres effectifs. Les étudiants en médecine pourront obtenir des cartes d'admission en versant *fl.* 2,50. Ils ne seront pas admis à prendre la parole, et ne recevront les Comptes rendus des travaux de la session qu'en se faisant inscrire comme membre extraordinaire.

Concours de l'internat. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 8 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 4 septembre jusqu'au mardi 23 septembre inclusivement.

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 9 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 6 septembre jusqu'au samedi 27 du même mois inclusivement.

École de médecine de Grenoble. — Par arrêté en date du 11 août 1879, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé qu'un concours s'ouvrirait le 15 février 1880 pour un emploi de chef des travaux chimiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Congrès anthropologique de Moscou. — On écrit de Moscou, le 27 juillet /8 août :

« Les délégués français au Congrès anthropologique, M. de Quatrefages en tête, sont arrivés aujourd'hui à Moscou. Les honorables savants étaient accompagnés par M. Tikhomiroff, délégué de la Société des naturalistes. Des appartements leur ont été retenus avant-hier à l'hôtel du Bazar Slave, Aujourd'hui, un splendide déjeuner leur a été offert dans la grande salle des « Boyards ». Les professeurs Davidoff et Bagdanoff ont prononcé deux discours en français qui ont été très-applaudis. Le maire de la ville a prononcé dans la même langue une courte allocution de bienvenue. M. de Quatrefages a répondu aux orateurs par une improvisation brillante et pleine de tact, dans laquelle il a remercié ses savants collègues pour l'inépuisable hospitalité russe. M. le docteur Broca a exprimé les mêmes sentiments dans une courte allocution. A six heures de l'après-midi, les membres du Congrès ont organisé une promenade sur la montagne des Moineaux, du haut de laquelle les savants étrangers ont pu admirer à leur aise le splendide panorama de Moscou.

Voici le programme des travaux du Congrès : *Dimanche*, première séance de la Société des amis des sciences naturelles; le soir du même jour, grand dîner en l'honneur des savants étrangers. — *Lundi*, visite prolongée dans les palais du Kremlin et au musée archéologique; le soir, promenade dans les environs de la capitale. — *Mardi* et *mercredi*, visite à l'exposition et au jardin zoologique. — *Jeudi*, visite au musée ethnographique et aux archives du ministère des affaires étrangères. — *Vendredi*, deuxième séance, et excursion dans les environs de Moscou. — *Samedi*, voyage au monastère de Saint-Serge. — Enfin, *dimanche*, excursion à travers les fouilles des environs de Moscou. »

Muséum. — Si le Sénat y donne son adhésion, une chaire nouvelle va être créée, la chaire de pathologie comparée, destinée à M. Bouley. Dans ce cas, la chaire de Cl. Bernard serait donnée à M. Rouget (de Montpellier).

Fièvre jaune. — On mande de Washington, à la date du 19 août, que la fièvre jaune diminue à Memphis.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 7 au 14 août 1879, on a constaté 907 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 27. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 1. Variole, 12. — Croup, 10. — Angine couenneuse, 30. — Bronchite, 30. — Pneumonie, 47. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 81. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 5. — Erysipèle, 5. — Autres affections aiguës, 203. — Affections chroniques, 361 (dont 134 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 49. — Causes accidentelles, 29.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie E. Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 28 août 1879.

LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES. — L'ÉTAT SANITAIRE DE LA MATERNITÉ.

Les spécialités pharmaceutiques.

(Premier article.)

« La spécialité, qui abaisse la pharmacie, disait récemment M. Chatin, n'est pas moins désastreuse pour le médecin que pour le pharmacien qui se respecte. En attendant que la loi permette de faire plus, tout médecin devrait, dédaignant telles ou telles spécialités, en prescrire, suivant les règles du formulaire, l'*agent actif*, si agent actif il y a, ce qui n'est pas toujours le cas; tout pharmacien ayant le sentiment de sa dignité et de ses devoirs aurait à rejeter de son officine tout agent monopolisé. » Et, dans la même séance (12 août) de l'Académie de médecine, M. Peter ajoutait : « L'Académie aurait un grand honneur à s'associer aux sages paroles de M. Chatin. La question des spécialités est des plus graves : les spécialités pharmaceutiques ont industrialisé la pharmacie, ou plutôt elles tendent à ruiner la pharmacie, les pharmaciens perdant l'habitude de préparer, les médecins ayant perdu l'habitude de formuler. » Nous avons tenu à reproduire textuellement ces paroles. Elles posent très-nettement une question qui intéresse tous les médecins. Cette question sera-t-elle résolue par l'Académie? Sera-t-elle tout au moins discutée sérieusement? Il est permis d'en douter. Plusieurs fois déjà la savante Compagnie a été officiellement ou officieusement saisie de propositions ayant pour objet de définir avec plus de précision les lois qui régissent la vente des remèdes secrets et nouveaux. Jamais ces propositions n'ont pu aboutir. Les médecins n'hésitent point à protester contre les inconvénients ou plutôt les dangers que le charlatanisme, la spéculation et la réclame ont créés; ils reconnaissent que le médicament spécialisé par l'annonce tend à prendre la place du médicament normal; que l'on ne prescrit plus, que l'on n'étudie plus la posologie, ni la thérapeutique. Et cependant, M. le docteur E. Besnier nous l'écrivait il y a huit jours avec autant de bon sens que d'esprit : « Que l'on en appelle immédiatement à ceux qui tiennent à si juste titre de la confiance de leurs confrères l'honneur d'être les médecins consultants en faveur, aux chefs de la profession, que celui qui ne fait pas chaque jour de nombreux emprunts à la spécialité pharmaceutique lève la main ! » On comprend donc qu'il paraisse malaisé de condamner officiellement et définitivement ce que l'on s'est dès longtemps habitué à prescrire! Les pharmaciens qui font partie de l'Académie déplorent, de leur côté, une tendance qui abaisse leur corporation et, favorisant des procédés industriels peu honnêtes, ruine ou décourage leurs plus estimables confrères. Mais quelques-uns d'entre eux ont donné leur nom à des préparations spéciales excellentes; et tous connaissent les difficultés que l'on rencontrerait si l'on demandait aux pouvoirs publics une application plus rigoureuse de la loi de Germinal. Lorsque la question des spécialités pharmaceutiques revient à l'ordre du jour, on se contente donc de quelques protestations éloquentes; quelquefois, lorsqu'on y est officiellement sollicité, on adresse au ministre compétent un rapport qui ne peut avoir aucune sanction effective, et pendant ce temps le mal augmente et peu à peu la pharmacie magistrale disparaît. Il serait temps cependant, comme le demande M. E. Besnier, « de dire ouvertement ce qui est la vérité et ce qui est l'erreur, et surtout de ne pas confondre ce qui est bon, excellent, parfait, avec ce qui est mauvais, détestable ou nul. » Il serait bon que

FEUILLETON

Bibliographia Patiniana. — Catalogue chronologique, analytique et explicatif des ouvrages composés par Guy Patin, et de ceux à la publication desquels il a contribué.

A part ses fameuses Lettres, on ne signale guère, comme étant dus à la plume de Guy Patin, que cinq ou six ouvrages. Connaissant l'activité prodigieuse de cet homme illustre, sa passion pour les livres, sa grande facilité d'écrire et son véritable enthousiasme pour tout ce qu'il supposait devoir enrichir la littérature et vulgariser les doctrines qu'il professait, nous pensions depuis longtemps que le petit bagage qu'on lui accordait était bien insuffisant pour une assez longue existence, passée dans les études et dans un commerce littéraire fort suivi avec les hommes les plus illustres de son temps. Les recherches auxquelles nous nous sommes livré ne sont venues que confirmer nos prévisions. Dans l'étude qui suit, nous n'avons pas la prétention d'avoir soulevé tous les voiles, et nous sommes convaincu d'avoir laissé dans l'ombre d'autres productions de l'esprit le plus remarquable, le plus étonnant du dix-septième siècle. Nous avons, néanmoins, élargi d'une manière notable le cercle de la *Bibliographia Patiniana*. Ceux qui connaissent par expérience les difficultés, les impédiments qui s'attachent à des travaux de ce genre nous sauront peut-être quelque gré. C'est à eux particulièrement que s'adresse cette étude.

I. — *Recueil de cantiques spirituels.*

La série des ouvrages dus à la plume de Guy Patin ou à la publication desquels il a contribué s'ouvre, dans l'ordre des dates, par un livre des plus curieux, celui qui était jusqu'ici enfoui sous la poussière des bibliothèques.

Quiconque est atteint de la fièvre du collectionneur com-

l'Académie ou, à son défaut, l'Association générale des médecins de France, voulût bien s'occuper d'une question de laquelle dépendent, en grande partie, l'avenir et les intérêts de la profession médicale. Nous n'avons pas la prétention de traiter cette question dans tous ses détails, mais nous voudrions développer quelques-unes des idées que nous n'avons fait qu'effleurer dans notre précédent article. Nous voudrions surtout essayer de montrer que, sans faire de lois nouvelles, sans exercer de persécution contre les fabricants de remèdes spéciaux, il serait possible d'éviter bien des abus et surtout de défendre contre une exploitation souvent odieuse les malades et parfois même les médecins. Nous essayerons donc de définir ce qu'il faut entendre par *spécialités pharmaceutiques*, de montrer qu'il en est de bonnes, qu'il peut être utile ou même nécessaire de conserver et de recommander. Nous nous efforcerons ensuite de faire comprendre que les lois qui régissent la pharmacie donnent à l'administration la faculté de supprimer celles qui sont nuisibles ou inutiles; nous indiquerons enfin quelle est la méthode la plus pratique pour arriver à un résultat favorable.

Que faut-il entendre par *spécialité pharmaceutique?* Consultée à ce sujet, il y a quelques années, par le ministre de l'instruction publique, l'Académie de médecine répondait par un rapport de M. Buignet (séance du 5 janvier 1875) où nous lisons : « Sous le nom de *spécialités pharmaceutiques* ou *remèdes spéciaux* on comprend les substances ou préparations, aujourd'hui en très-grand nombre, qui sont présentées au public comme réalisant un perfectionnement de l'art pharmaceutique ou comme offrant des avantages thérapeutiques spéciaux. » Il n'était point malaisé de démontrer que les spécialités pharmaceutiques, si souvent mises en vente sous les noms les plus divers et prônées par la voie des journaux, ne répondent pas à cette définition, et que bien souvent les médicaments les plus vantés sont les moins efficaces. L'honorable rapporteur, reconnaissant que la spécialité pharmaceutique n'est qu'un produit commercial et que l'*annonce* est la condition essentielle qui donne à ce produit la prospérité exceptionnelle dont il jouit, concluait donc que tout médicament, toute substance, préparation ou composition vantés comme possédant des propriétés médicamenteuses devaient être considérés comme *spécialités pharmaceutiques* s'ils étaient annoncés par la voie des journaux, affiches, circulaires ou par tout autre moyen de publicité. L'annonce et la réclame devenaient, dès lors, la caractéristique du *médicament* dit *spécial*. Ajoutons immédiatement que le rapport de M. Buignet avait pour but de désigner les médicaments que, pour répondre à diverses propositions de loi déposées par M. Testelin, M. de Lorgeril ou d'autres membres de l'Assemblée nationale, il était question de soumettre à une taxe plus ou moins élevée. Disons aussi, pour n'y plus revenir, que ces propositions paraissent abandonnées, et que, dans les articles qu'il leur a consacrés (*Gaz. hebd.*, 1874, p. 393), M. Dechambre a démontré de la manière la plus nette que tous ces projets avaient l'inconvénient de tendre à abroger implicitement les prescriptions restrictives de la loi de Germinal, et qu'ils pourraient ne frapper que les consommateurs (1). Nous croyons donc que l'on peut donner des *spécialités pharmaceutiques* une autre définition. Sous ce nom il faut comprendre : 1° Des drogues simples, des matières premières, ou des produits chimiques bien définis que l'on fait venir de l'étranger ou que l'on prépare spécialement dans le but de les vendre comme médicaments. Ainsi le kousso, la teinture de kamala, le jaborandi et la pilocarpine, l'hydrate de chloral, etc., etc., médicaments qui s'introduisent peu à peu dans la pratique, dont la vente n'est que *tolérée*, mais qui bientôt sont reconnus d'une efficacité réelle et que le *Codex* ne tarde pas à adopter. 2° Des médicaments simples ou composés, inscrits dans le *Codex*, préparés par la plupart des pharmaciens, mais qu'un chimiste ou un industriel, plus habile ou plus adroit que les autres, prépare avec grand soin, auxquels il donne son nom, et que les médecins s'accoutument à prescrire parce qu'ils ont reconnu que ces préparations sont meilleures, quelquefois aussi, il faut l'avouer, parce qu'ils sont trompés ou séduits par des annonces, des réclames ou des envois de spécimens qui sollicitent leur attention. Nous citerons quelques exemples de ces produits. 3° Les spécialités comprennent encore des médicaments connus, mais dont la forme pharmaceutique ou le procédé d'enrobage paraissent modifier avantageusement le mode d'administration. 4° Ou bien on désigne sous ce nom des substances alimentaires, des corps gras, des matières féculentes, des préparations lactées, etc. 5° Enfin, et c'est ce qui arrive le plus fréquemment, on associe entre elles diverses substances, on prépare un élixir, un composé pharmaceutique plus ou moins efficace, plus ou moins toxique. On lui donne un nom plus

(1) Il y aurait néanmoins à examiner si, au cas d'une réorganisation qui assurerait l'utilité et la bonne préparation de certains remèdes, relativement peu nombreux, dont la vente serait approuvée, et qui offriraient aux malades une garantie exceptionnelle, un léger impôt attaché au privilège ne deviendrait pas légitime ; d'autant que le médicament pourrait être taxé par une commission.

A. D.

---

prendra le bonheur que dut ressentir M. J.-B. Mathon, ancien pharmacien à Beauvais, lorsqu'en remuant un jour un amas de livres jetés au rebut et condamnés à la destruction, il put lire, abrité par un vélin jaunâtre et de *great attraction* pour les fins limiers du bouquin, ce titre :

Cabinet des Cantiques spirituels. Propre pour élever l'Ame à Dieu, recueillis de plusieurs Pères religieux, par G. P. B. Troisième partie. A Paris, chez Anthoine de Sommaville, au Palais, en la gallerie des Libraires, près la Chancellerie. 1623. *Avec privilége du Roy.*

Le livre est un in-12, chétivement imprimé, de 155 pages. Le titre est orné d'une gravure de E. Dauvel, représentant Jésus-Christ et la Vierge Marie. En feuilletant ce livre, on trouve trois autres gravures du même artiste : 1° la Nativité de Jésus-Christ; 2° l'Adoration des Mages; 3° sainte Magdeleine dans le désert.

Il y a en tout cinquante-trois cantiques, tous en français; les uns ne sont suivis d'aucune signature; d'autres portent R. S. A.; quelques-uns : *Rien sans amour* (R. S. A.). Le quinzième est signé P. G.; le dix-septième, F. G. B. P.; le dix-huitième, G. P. Ce dernier est évidemment l'œuvre de Guy Patin (comme le cantique signé F. G. P. serait celle de son père (François Guy Patin); il a dix-sept couplets, qui se chantent sur l'air : *Un amoureux hermite*. Il est destiné à célébrer le *S. Sacrement de mariage*. Le lecteur voudra bien se contenter du premier couplet :

Honneur au mariage,
Et aux gens mariez,
Qui sont d'un sainct cordage
Ensemblement liez,
Pour estre la racine
D'un fruict plaisant et beau,
Que la grâce divine
Produit en ce rameau.

Est-ce bien là l'ennemi des Jésuites, l'homme qui, plu

ou moins barbare, et ce *remède secret* est impunément mis en vente sans que sa formule soit connue.

Voyons ce qu'il faut penser de ces diverses *spécialités*.

De la première catégorie nous n'avons que peu de mots à dire. Venus ou non de l'étranger, les médicaments nouveaux peuvent et doivent être expérimentés, et, lorsque leurs effets physiologiques ou thérapeutiques ont été reconnus, il est utile de les proclamer. Si, plus adroit ou plus avisé que ses confrères, un pharmacien sait se mettre en relations avec les pays où croissent certains végétaux qui peuvent être utilisés en médecine; si, pour citer un exemple, il arrive à se procurer de l'écorce de grenadier venant de Syrie ou d'un autre pays d'Orient, écorce fraîche, active, donnant des résultats toujours favorables, il pourra, sans que nous songions à protester, se prévaloir de son habileté; les produits qu'il annoncera et dont l'efficacité aura été reconnue devront être, par tous les médecins, préférés à ces débris informes qui, après avoir séjourné plusieurs mois dans des bocaux d'où on ne les extrait que très-rarement, auront perdu toutes leurs propriétés et leur valeur. Il en est de même des médicaments préparés pour la première fois, avec un soin et un talent auxquels on doit toujours rendre hommage, par des chimistes distingués. La quinine n'a-t-elle pas été due à deux pharmaciens éminents, et n'eût-il pas été souverainement injuste de condamner ce médicament si précieux et d'en interdire la vente s'ils en avaient fait une spécialité? Libre à chacun de se procurer, de recueillir ou de préparer ces drogues simples, ces produits chimiques dont le nom seul indique la nature. Aux médecins d'apprendre à reconnaître dans quelle officine ils les trouveront dans un état de conservation suffisant et de les recommander s'il y a lieu.

La deuxième catégorie de spécialités comprend des médicaments ou des produits chimiques dont la formule est connue, qui figurent au Codex, mais que certains pharmaciens ont obtenus dans un état de pureté plus parfait, qu'ils ont préparés avec plus de soin que leurs confrères, ou qu'ils ont su mieux conserver. Les médicaments de ce genre sont nombreux. Citons, en première ligne, les alcaloïdes et leurs sels, la digitaline, l'aconitine, etc., que Nativelle, Duquesnel, Homolle et Quevenne, etc., ont étudiés et préparés avec un soin tel que le nom donné au produit spécial en garantit jusqu'à un certain point la valeur thérapeutique. Dans ce cas encore aucune réglementation, aucune loi restrictive ne pourra et ne devra interdire la vente de ces produits. Nous avons appris à manier la digitale, à surveiller la préparation des diverses potions que l'on peut faire avec la poudre d'herbe de digitale. En étudiant à la pharmacie de l'hôpital de Strasbourg, que dirigeait un savant aussi modeste que consciencieux, les procédés dont se servait le regretté Hepp, nous avons pu voir que les effets thérapeutiques de cette substance variaient considérablement suivant que l'on employait de la poudre obtenue dans certaines conditions ou le produit que l'on vend d'ordinaire sous le même nom. A l'hôpital militaire de Strasbourg il nous fallait des potions préparées avec 4 et 5 grammes de poudre de digitale pour obtenir *dans certains cas assez rares encore* l'effet que déterminait une potion préparée avec 0gr,75 ou 1 gramme de la poudre fournie par Hepp. Il en est de même en ce qui concerne les alcoolatures d'aconit. Il y a quelques années, M. le docteur Gueneau de Mussy citait à la Société de thérapeutique un cas d'intoxication qu'avait déterminé l'administration de quelques gouttes d'alcoolature de racine d'aconit. Or chacun sait que l'alcoolature de feuilles, la seule que fournissent la plupart des pharmaciens, est à peu près inerte. Nous en avons prescrit, à l'hôpital du Val-de-Grâce, jusqu'à 15 grammes par jour, sans constater aucun effet thérapeutique. Nous pourrions citer encore comme très-infidèles les teintures de colchique, de scille, etc. On comprend dès lors combien il serait utile de pouvoir *toujours* obtenir un produit actif, agissant *toujours* dans les mêmes conditions. Songerait-on à blâmer le pharmacien qui, après avoir consacré son temps, ses soins, et une partie de sa fortune à préparer ou à conserver des produits pharmaceutiques toujours parfaits, chercherait, en annonçant les procédés qu'il emploie et les précautions qu'il a prises, à faire connaître qu'il se trouve en mesure de satisfaire tous les médecins qui s'adresseront à lui? Les médecins qui prescrivent le *fer réduit de Quevenne*, le *phosphure de zinc de Vigier*, la *pepsine de Boudault*, la *pancréatine de Defresne*, le *citrate de magnésie de Rogé*, la *glycérine de Price*, la *graine de lin de Tarin* ou les *sinapismes Rigollot*, — la liste de ces préparations pourrait être longue, — ne favorisent pas les fabricants de *spécialités*. Ils se bornent à recommander les produits que des pharmaciens habiles et consciencieux ont préparés *spécialement* et dont ils garantissent personnellement la qualité et la valeur. Qu'il existe, sous ce rapport, des exagérations et des abus, nous n'en disconviendrons point. L'on abuse souvent de ce procédé pour donner un nom pharmaceutique spécial à la plupart des produits chimiques dont le médecin peut avoir besoin. C'est ainsi que de nos jours la plupart des alcaloïdes et les préparations les plus simples se vendent comme spécia-

---

tard, « perd pied dans les abymes de la Providence », dont le symbole de la foi n'était pas, suivant l'expression de Bayle, « chargé de beaucoup d'articles », qui résista opiniâtrement aux suggestions de sa mère, qui voulait le faire prêtre, et qui, vingt-sept ans plus tard, louait Dieu de ne l'avoir fait ni femme, ni prêtre, ni Turc, ni Juif...?

Rappelons que lorsque Patin mit au jour cette « troisième partie » des Cantiques (car nous n'avons pas les deux premières), il avait vingt-trois ans à peine, qu'il était tout fraîchement assis sur les bancs de la Faculté de médecine de Paris, qu'il ne fut fait licencié que le 15 juin 1626, et docteur le 7 octobre 1627.

II. — *Thèses que Patin a composées et qui ont été disputées à la Faculté de médecine de Paris.*

Rappelons brièvement qu'il y avait deux sortes de thèses, au moins de celles qui étaient destinées à l'impression, et pour lesquelles on ne se contentait pas d'une argumentation *vivâ voce* :

1° Les thèses dites *quodlibétaires* ou physiologiques, ainsi nommées parce qu'elles roulaient sur des sujets variés, et que le soutenant y exposait *quod libet*. Elles étaient toujours suivies d'autres argumentations secondaires, qu'on appelait *résumptes*.

2° Les thèses *cardinales*, lesquelles, inventées par le cardinal d'Estouteville, en 1452, lors de la réforme de l'Université, roulaient sur des sujets d'hygiène.

Ces *questions* étaient rédigées, tantôt par le récipiendaire, par le bachelier, tantôt par le président de l'Acte; de sorte qu'il est souvent fort difficile, et trop souvent impossible, d'attribuer un nom d'auteur à chacune des thèses.

Grâce au charmant bavardage de Guy Patin, nous savons celles qu'il a pu signer comme étant de sa façon, soit en qualité de bachelier, soit en qualité de président. Elles sont au nombre de sept.

lités. Parfois même on peut se demander si les industriels qui vantent et débitent ces produits sont fidèles aux promesses de leurs prospectus. S'il n'en est point ainsi, on devra, par un procédé que nous indiquerons plus loin, combattre la fraude. Dans le cas contraire, on pourra blâmer les pharmaciens qui se contentent de préparer spécialement trois ou quatre produits et qui abusent de la réclame pour les faire adopter, mais toutes les protestations faites à la tribune académique n'empêcheront pas les médecins, et surtout les médecins de province, de préférer à une préparation souvent inefficace et toujours inégale, suivant le mérite du pharmacien, un produit dont la composition est connue d'avance, et qui, préparé en grand, avec tous les soins imaginables, offre tous les avantages au triple point de vue de sa pureté, de son efficacité et même de l'économie. Nous ne craignons pas d'ajouter que nous blâmons non pas les industriels qui vantent leurs produits, — ils luttent pour la défense de leurs intérêts, — mais les médecins qui leur prêtent leur nom, qui signent leurs prospectus, ou les journaux qui les enregistrent.

Nous arrivons à une troisième catégorie de spécialités contre lesquelles il nous semble également impossible de lutter avec avantage. Ce sont celles qui consistent à modifier la forme pharmaceutique, en enrobant le médicament de manière à dissimuler son goût ou à faciliter son mode d'absorption. Les capsules de différents modèles, les granules de toute couleur et de tout volume, les cachets, les perles, les bols, etc., sont innombrables de variété. Il en est, dans ces nombreuses spécialités, qui sont excellentes; il en est d'autres qui sont inutiles; quelques-unes devraient être poursuivies. Quel peut être à cet égard le rôle du médecin? Ici encore c'est lui qui nous semble être souvent le vrai coupable. Si les préparations spéciales mises en vente contre les maladies vénériennes sont si nombreuses, et si un grand nombre d'entre elles, bien que absolument inefficaces, se vendent chaque jour en si grande quantité, la faute en est peut-être aux charlatans et aux malades. Mais que de granules, que de bols, que de capsules auxquels on ne songerait plus depuis longtemps si, alléchés par les annonces, les spécimens ou les brochures qu'on leur envoie, par les agendas gratuits qu'ils reçoivent, les médecins ne les recommandaient à leurs clients! Ce que nous proposons plus loin s'appliquera donc à ces produits spéciaux dont quelques-uns peuvent être conservés, mais dont le plus grand nombre devrait être supprimé et qui tous devraient être fréquemment analysés et contrôlés, pour éviter un abus trop fréquent qui consiste à enrober dans des capsules ou des cachets d'apparence excellente des produits inertes ou dangereux.

Il en est de même des préparations et des substances alimentaires auxquelles on attribue des propriétés médicamenteuses d'une efficacité souvent merveilleuse. Qui ne connaît la *douce* Révalescière du Barry et les innombrables cures dont elle bénéficie, grâce à l'aveugle crédulité de certains malades? Qui ne sait distinguer, entre certains produits alimentaires que l'on peut prescrire aux enfants en bas âge, ceux qui sont vraiment utiles et ceux qui ne réussissent que grâce à de pompeuses réclames? Aux médecins de proclamer l'inefficacité ou les dangers de ces préparations; à l'administration, suffisamment armée par les lois en vigueur, d'en interdire le honteux trafic!

Nous arrivons enfin aux médicaments secrets, aux *spécialités* vraiment dangereuses, à ces remèdes qui ont toutes les vertus, qui guérissent toutes les maladies, ou bien à ces pilules, à ces élixirs, à ces tisanes, à ces liqueurs, à ces vins si renommés et si souvent inefficaces. Leur formule est inconnue, leur mode de préparation est soigneusement tenu secret. Leurs propriétés ne peuvent être appréciées que par l'expérience; et cette expérience ne s'acquiert qu'à la longue. Souvent il arrive que, durant quelques années, ces remèdes réussissent admirablement. Puis ces effets favorables cessent d'être constatés. Au lieu d'employer des produits de bonne qualité, au lieu de se servir de préparations actives, les industriels qui les mettent en vente et qui les ont adroitement lancés se bornent dès lors à enrober de capsules bien closes des poudres inertes ou à aromatiser des liqueurs alcooliques sans principe actif. Souvent ils fournissent des médicaments qui, comme le disaient il y a huit jours à propos du fer dialysé MM. Personne et Berthelot, ne peuvent jamais avoir aucune action sur l'économie. Il importe donc de savoir reconnaître, parmi ces nombreuses spécialités, celles qui sont vraiment utiles, celles qui sont simplement inefficaces, celles enfin qui sont ou qui peuvent être nuisibles. Il importe surtout de les analyser, d'en connaître la formule et de les avoir expérimentées avant de les recommander. Les médecins qui les prescrivent alors que, voulant contenter un client difficile, ils ne savent à quelle préparation magistrale s'adresser, sont très-coupables. Mais que penser de ceux qui donnent imprudemment ou dans un but peu avouable des attestations expressément destinées aux prospectus annonçant ces remèdes toujours infaillibles, au dire de leurs parrains!

A. Première thèse quodlibétaire; 19 décembre 1624. Bachelier : Guy Patin. Président : Elie Bedé.

Estne fœminæ in virum mutatio ἀδύνατος? (La transformation de la femme en homme est-elle impossible?)

Conclusion : oui.

Cette thèse fait partie, sous le n° 660, de la collection de la bibliothèque de la Faculté.

B. Deuxième thèse quodlibétaire; 27 novembre 1625. Bachelier : Guy Patin. Président : François Mallet.

An prægnanti periculosè laborante abortus?

Conclusion : oui.

C. 16 décembre 1627. Tout fraîchement coiffé du bonnet doctoral, Guy Patin, pour obéir aux statuts de l'Ecole, préside, pour la première fois, à une thèse quodlibétaire, dont le sujet avait été proposé par le bachelier George Joudouyn. Cette thèse est encore de lui (Lettre à Belin, 14 mai 1630). Elle porte le n° 706 dans la collection de la Faculté.

Utrum μητρομανια *balneum?* (Les bains sont-ils utiles dans l'utéromanie?)

Conclusion : oui.

Le malin docteur n'avait pas choisi son sujet au hasard; il y avait été amené par l'exemple d'une belle jeune fille qu'il venait de traiter *de furore utero*, et avec laquelle la maman eût bien voulu le marier. (Lettre à Falconet, 19 septembre 1659.)

D. 17 décembre 1643. Patin préside la thèse du bachelier Paul Courtois, et il se charge non-seulement du choix du sujet, mais encore de sa rédaction.

Estne totus homo à naturâ morbus? (Les maladies de l'homme lui viennent-elles toutes de la nature?)

Cette thèse, imitée d'un *Totus homo ab ipso ortu morbus*, qu'on trouve dans les Epîtres d'Hippocrate, est considérée, à juste titre, comme un petit chef-d'œuvre. Elle a eu un succès immense. On n'en compte pas moins de six éditions; la der-

Si nous voulions résumer en quelques lignes ce que nous venons d'écrire, nous conclurions donc en disant : Sous le nom de *spécialités pharmaceutiques* on confond deux sortes de médicaments : 1° des matières premières ou des substances chimiques bien connues, dont la composition, le mode de préparation et les propriétés thérapeutiques ont été étudiés, mais qui sont *spécialement* préparées par certains pharmaciens qui leur donnent un nom spécial et en garantissent personnellement la qualité et la valeur; 2° des produits ou des médicaments dont la composition est ou non indiquée, mais qui, le plus souvent, sont des *remèdes secrets*, soit que leur mode de préparation n'ait pas été divulgué, soit que le contenu du flacon, de la capsule ou de la pilule ne réponde pas aux promesses du prospectus qui les enveloppe.

Les premières de ces spécialités pharmaceutiques peuvent être excellentes. On ne saurait les condamner que dans le cas où les industriels qui leur donnent un nom ne continueraient point à donner tous leurs soins à la préparation qu'ils préconisent. Souvent même on devra les recommander et les *approuver*, comme on approuve les produits qui viennent des pharmacies centrales placées sous le contrôle de l'État.

Quant aux spécialités proprement dites, il en est qui sont aussi très-recommandables, dont l'expérience a consacré l'utilité, qui sont préférables à certains médicaments formulés magistralement. Il en est un plus grand nombre qui ne remplacent qu'imparfaitement les remèdes que le médecin devrait prescrire. Il en est beaucoup qui sont inefficaces ou qui peuvent même, dans certains cas, devenir dangereuses. Il nous faut donc rechercher par quels procédés il nous semble possible de combattre le charlatanisme et de réprimer les fraudes.

L. Lereboullet.

(*A suivre.*)

Dans son numéro du 22 août 1879, la *Gazette hebdomadaire*, reproduisant à peu près textuellement la communication de M. Tarnier sur l'opération d'hystéro-ovariotomie césarienne pratiquée par lui sur une de ses malades, et parlant de ceux qui disent « le plus grand mal de la Maternité », a rappelé que M. Hervieux avait autrefois attribué au mauvais état de cet établissement l'affection articulaire grave dont il avait été atteint en 1864, c'est-à-dire à l'époque où le chiffre de la mortalité s'était élevé à 20 pour 100. Notre distingué confrère veut bien nous faire remarquer que, dans la défense de la Maternité, M. Tarnier n'avait pas hésité à déclarer que, grâce aux efforts persévérants de lui, M. Hervieux, la mortalité était descendue à la proportion de près de 2 pour 100. Nous lui donnons avec empressement cette satisfaction. « Il serait d'ailleurs étrange, ajoute M. Hervieux dans sa lettre, que celui qui a consacré la meilleure partie de sa carrière à combattre le fléau puerpéral dans cet établissement jadis si décrié de la Maternité, que celui qui a réussi, à l'aide d'une hygiène mieux comprise, à abaisser successivement la mortalité de la Maison d'accouchement d'abord à 12, puis à 5, puis enfin au-dessous de 3 pour 100, il serait étrange, dis-je, que l'auteur d'une telle amélioration fût lui-même le contempteur de son œuvre. »

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Contribution a l'étude du cancer du larynx, par le docteur Krishaber.

(Suite. — Voyez les numéros 33 et 34.)

Diagnostic. — Lorsque les ressources de la clinique générale étaient les seules dont on disposât pour arriver au diagnostic des affections laryngées, il était impossible d'obtenir la précision et, pour ainsi dire, la certitude que nous pouvons acquérir avec l'examen direct. Aussi, dans toutes les observations qui ont précédé l'usage du laryngoscope, voit-on que le diagnostic n'a été établi d'une manière définitive qu'après l'examen nécroscopique. On ne pouvait arriver par le raisonnement et par l'ensemble des symptômes présomptifs qu'à une appréciation plus ou moins hypothétique; il suffit, pour s'en convaincre, de lire les remarquables observations publiées par Trousseau et par Barth, que nous avons citées plus haut. On se complaît à reconnaître avec quel talent ces maîtres de la clinique discutèrent la nature de la lésion laryngée, qu'ils avaient à traiter, sans pouvoir aller au delà des hypothèses, dont chacune avait eu sa faveur un certain nombre de bons arguments. Il fallut arriver jusqu'aux derniers moments des malades ou même jusqu'à la table d'autopsie pour que la nature de la lésion s'imposât définitivement.

Grâce au laryngoscope, le diagnostic peut être fait longtemps avant la période ultime de l'affection. Ce n'est pas à dire que toutes les difficultés aient disparu et que le diagnostic s'inscrive, dès l'abord, dans le miroir d'inspection; mais la

---

nière est de l'année 1646. (Paris, in-4° de huit pages, chez la veuve Jérôme Blageart.)

Beverovicius, médecin de Dordrecht, ayant reçu la thèse de l'auteur même, avec son portrait, s'empressa de la faire imprimer dans un ouvrage pour lequel il travaillait (*Epistolicæ quæstiones, cum doctorum responsis.* Amsterd., 1644, in-8, 230 p.). Patin en parle, non sans orgueil, à ses correspondants.

« Un médecin de Dordrecht, en Hollande, nommé J. Beverovicius, a mis en lumière un livre intitulé : *Medicæ questiones epistolicæ*, dans lequel il a fait insérer ma dite thèse, tant il l'a trouvée belle; mais il n'y a mis que la deuxième édition; j'ai grand regret qu'il n'ait eu la troisième, laquelle est tout autrement meilleure. Je reçois tous les jours des applaudissements et des actions de grâce et même de petits présents pour icelle. Je n'en ai pas encore un cent de reste de la troisième édition; et si j'en fais une quatrième, j'ai quelque chose de bon à y ajouter... » (Lettre à Bélin, 21 juillet 1644.)

L'édition originale, celle in-folio plano (collection de la Faculté, n° 920), porte en tête les armes de Jean Lesné, conseiller au Parlement, auquel la thèse est dédiée.

Il n'est guère optimiste, notre docteur régent! Il accuse la nature humaine de tous les outrages, de toutes les calamités, et dans le chemin plus ou moins long qu'elle a à parcourir il n'y a place, selon lui, pour aucune joie, pour aucun plaisir. Bref, la vie serait un présent que personne n'accepterait si l'on connaissait les conditions qu'il impose. Il est permis de combattre une doctrine aussi navrante, aussi décourageante, fruit d'une mélancolie native; mais la manière dont elle est présentée, la vigueur du style, font aisément oublier le fond. Ces quelques pages ne sont pas écrites, elles sont véritablement burinées.

Ai je besoin de dire que l'auteur n'a pu résister au plaisir de glisser dans sa thèse les sentiments de haine qu'il professait à l'égard des apothicaires et contre l'abus de la pharmacologie, non moins que ses louanges au profit de la saignée,

tâche a été singulièrement facilitée, malgré quelques obscurités qui peuvent encore se présenter.

Il ne suffit pas, en effet, que la nature de la lésion soit reconnue à la période ulcéreuse, il est surtout désirable qu'elle puisse l'être dès le début du mal. Une première difficulté se présente, qui n'est pas, à vrai dire, imputable à l'observateur; c'est que les lésions de la première période sont peu connues, ayant été rarement constatées et, dans les cas où elles l'ont été, n'ayant pas offert de caractères spéciaux et restant ainsi le plus souvent méconnues. Une coloration plus ou moins vive, plus ou moins étendue d'une partie de la muqueuse, un soulèvement partiel et sans rien de distinctif d'un point de cette membrane, ou même quelques granulations un peu pâles, ne sauraient fournir les éléments d'une appréciation sérieuse. Ces lésions se retrouvent dans bien d'autres affections, et rien dans l'état général du malade ne peut mettre sur la voie de la vérité.

Dans les quelques cas où l'examen a été fait de bonne heure, la muqueuse s'est montrée d'une coloration rouge intense, au point qu'on eût pu croire qu'il s'était fait une hémorrhagie sous-muqueuse; on a signalé avec cet état l'apparition de granulations jaunâtres, soulevant la muqueuse ou apparaissant dans son épaisseur, et, un peu plus tard, la formation d'érosions simples, arrivant par degrés à constituer des ulcérations purulentes. C'est à ce moment, en général, que l'examen direct est pratiqué; c'est à ce moment aussi que se développent surtout les tumeurs Il n'y a pas lieu de donner de leur forme, de leur aspect, de leur consistance, une description unique; elles ne se ressemblent guère entre elles, et je décrirai, à propos des faits particuliers, les caractères de plusieurs de celles que j'ai vues. Il n'y a pas davantage lieu d'insister sur l'augmentation de volume en masse des cartilages thyroïde et cricoïde. Cette modification n'a encore été signalée qu'exceptionnellement.

D'ailleurs il est extrêmement fréquent que, non-seulement la nature, mais même le siège de la maladie, restent inconnus pendant un temps très-long. Tant que la voix n'est pas altérée, le malade lui-même se croit atteint d'une affection bronchique ou pulmonaire, et c'est pour elle qu'il consulte. Le médecin constate une diminution du murmure respiratoire, due à la moindre pénétration de l'air; il entend aussi une respiration soufflante, mais ne songe guère que le bruit rude n'est qu'un bruit propagé de la glotte dans les bronches et jusqu'à la base du poumon. Aussi les premiers diagnostics s'arrêtent-ils le plus souvent aux affections bronchiques et pulmonaires; presque tous les malades qui viennent nous consulter ont été considérés comme atteints d'emphysème compliqué d'asthme, ou de compression bronchique par une tumeur intra-thoracique, ganglionnaire ou autre, ou même de bronchite simple, ou bien, lorsque le malade paraît débile, de tuberculose disséminée plus ou moins généralisée. Cette dernière interprétation est particulièrement vraisemblable dans les cas où le malade crache du sang, ce qui peut se rencontrer, nous le savons déjà, même au début du cancer du larynx. C'est le défaut de sensibilité de l'organe qui éloigne ainsi tout soupçon : la douleur peut manquer non-seulement au début, mais même alors qu'il y a des ulcérations et que le mal remonte à plusieurs années déjà. Cette remarque ne s'applique pas à tous les cas indistinctement, mais certainement au plus grand nombre d'entre eux; la pression directe, même sur la région thyroïdienne, ne réveille pas toujours la sensibilité. Surviennent alors les troubles phonétiques : l'attention est enfin éveillée, l'examen laryngoscopique jugé nécessaire; on constate l'existence d'une lésion matérielle du larynx; mais, même alors, le diagnostic n'est pas toujours immédiatement arrêté, les lésions n'étant pas toujours caractéristiques, et ne différant pas, au début, de celles qui se voient dans d'autres variétés de laryngite diathésique. Il existe une forme d'inflammation localisée et intense du larynx qui n'atteint qu'une partie très-limitée de l'organe, et dans laquelle on observe parfois des ulcérations végétantes; cet état, qui n'est l'expression d'aucune diathèse, peut durer très-longtemps. S'il survient chez un individu âgé, s'il est accompagné d'un peu d'œdème, on ne peut arrêter de suite son jugement; mais ces cas, qui en somme constituent une des formes de la laryngonécrose localisée, sont rares, et la confusion avec le cancer ne peut pas persister bien longtemps; cette dernière affection ayant une tendance végétante et ne s'ulcérant profondément que vers la fin, tandis que les laryngonécroses atteignent la charpente de l'organe avant les tissus mous, et ne prennent jamais, malgré la présence possible de quelques bourgeons ulcérés, la forme de véritables tumeurs.

La laryngite hypertrophique simple, non ulcéreuse dans une de ses variétés, atteint à son tour les cordes vocales supérieures, quelquefois les inférieures, et prend assez bien l'aspect d'une tumeur en nappe; mais cette laryngite affecte le plus souvent simultanément les deux côtés de l'organe, ce qui n'a pas lieu dans le cancer, dont le point de départ est exactement circonscrit. Lorsque, d'un autre côté, le cancer a déjà atteint une large surface du larynx, il a une tendance à s'ulcérer, ce qui n'a jamais lieu dans la laryngite hypertrophique. L'œdème fait, en outre, toujours défaut dans cette dernière affection.

Il en est de même de la laryngite glanduleuse qui donne lieu à des végétations bénignes lorsque l'hypertrophie des glandes devient assez considérable pour produire des adénomes. Cette remarque nous conduit au diagnostic différentiel entre le cancer et les polypes.

Au début ce diagnostic présente des difficultés qui peuvent même persister pendant quelque temps quand il s'agit d'un épi-

---

de la divine saignée? Premières explosions qui devaient être suivies d'autres plus terribles, et le conduire à la barre du Parlement.

« La saignée, écrit-il, est le seul espoir pour la cure des maladies. Vaines sont la pierre de Bezoard, ce scandale de l'art et de l'artifice, les eaux distillées de feuilles d'orme ou de chardon bénit, bagatelles nulles et absurdes. Vaines les décoctions de lentilles ou d'hydrotica; vaines ces fameuses confections de cocco baphico et de hyacintho, inventées, non pas tant pour servir à la santé que pour la pompe et l'orgueil. Tout cela n'a de cardiaque que le nom, n'a de spécieux que le titre, et n'a pas plus d'action pour la guérison des malades que n'en ont les Nénies pour faire revenir les morts. Je place sur le même rang l'or, qui n'a d'autre vertu cardiaque que de réjouir l'âme... » Théophraste Renaudot n'y est guère ménagé non plus, car c'est à lui que Patin fait allusion lorsqu'il écrit ceci : « Corruptum nasum sequitur corruptio morum; ex isto » enim nasonum genere, qui, ancidulo ore loquuntur, nebu- » lones sunt, rediculi, effrænei, nefarii, ardeliones, vafri, » dolosi, obscœni, turbulenti, mendaces, maligni, invidi, qua- » druplatores, flagitiosi, infames, contumeliosi, facinorosi... » Remarquez surtout ces mots : Ridiculi, Effrœni, Nefarii, Ardeliones, Vafri, Dolosi, Obscœni, Turbulenti, dont les premières lettres, étant réunies, donnent *Renardot*. Cette espièglerie, passée inaperçue, nous a été dévoilée par Patin lui-même, dans un passage resté inédit de l'une de ses lettres.

E. Nous sommes arrivés au jeudi 14 mars 1647. Jean de Montigny devait soutenir une thèse cardinale ou d'hygiène sous la présidence de Guy Patin. C'était une belle occasion de proclamer de nouveau, *hic et ubique terrarum*, ses idées bien arrêtées touchant la prédominance de l'hygiène et l'absurdité de la polypharmacie. Il ne la manqua pas, et de sa plus fine plume il écrivit cinq paragraphes pour justifier un oui énergique à cette question :

Estne longæ ac jucundæ vitæ tuta certaque parens sobrie-

thélioma. Cette tumeur se présente souvent, en effet, dans le larynx sous forme d'une végétation lisse, un peu pédiculée parfois ; comme elle a toujours une évolution très-lente, il peut arriver que l'ulcération ne se produise qu'après une période fort longue. Assurément, à partir de ce moment, l'erreur n'est plus possible, car la végétation bénigne n'est accompagnée ni d'ulcérations ni d'œdème, l'inflammation concomitante est fort rare et toujours peu intense. Les fibromes et les kystes, toujours isolés, petits, exactement circonscrits sur l'organe sain, ne peuvent guère donner lieu à une confusion ; les myxomes et surtout les papillomes se rapprochent davantage des cancers franchement végétants avant leur ulcération ; mais cette dernière forme a un aspect très-caractéristique dès qu'elle est arrivée à un certain volume, et elle évolue beaucoup plus rapidement que toutes les autres tumeurs du larynx. Cependant, c'est à la vague ressemblance que le papillome présente avec l'encéphaloïde qu'il faut attribuer les idées de transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes qui ont été émises par quelques observateurs. J'ai déjà soulevé ce côté de la question ; il n'y a pas lieu d'y revenir.

Lorsque le cancer est arrivé à la période d'ulcération, le diagnostic est presque inévitablement fait, grâce aux caractères que présente la lésion. Il est vrai que, si la salivation et surtout l'écoulement sanieux ou purulent sont très abondants, on peut éprouver quelque peine à explorer la cavité du larynx ; car elle est parfois tellement remplie de mucosités visqueuses et de pus, que l'image se produit tout à fait confusément. On invite les malades à provoquer l'expulsion des matières par la toux et par l'expectoration, et on peut arriver alors à faire un examen rapide. Si ces moyens ne suffisaient pas, il faudrait, avec une éponge montée, ou plutôt avec un pinceau sec, faire le nettoyage de la cavité laryngée. Dans d'autres cas, il est bon de faire faire, avant l'examen laryngoscopique, des inhalations de permanganate de potasse, ou même une injection, avec la pipette laryngée, d'une solution légère d'acide phénique. J'ai employé avec avantage ce dernier moyen, qui est absolument inoffensif.

Quand ces précautions ont été prises, il est rare qu'un observateur exercé ne puisse bien examiner la lésion et la différencier des autres ulcérations qui peuvent être rencontrées dans le larynx, ulcérations syphilitiques, scrofuleuses et tuberculeuses.

La syphilis est la seule affection qui présente dans l'organe vocal des altérations vraiment analogues à celles du cancer. Les renseignements au sujet des antécédents peuvent être inexacts, et, en outre, un individu qui a été atteint de syphilis n'est nullement exempt d'une affection cancéreuse.

Ce sont les manifestations végétantes de la syphilis qui surtout peuvent donner lieu à une confusion avec le cancer, mais ces végétations n'arrivent que lors de la cicatrisation des ulcérations ; elles ne sont alors que le résultat d'un travail hyperplasique sur le siége même de l'ulcère, une modalité particulière des bourgeons charnus se développant avec excès ; elles se recouvrent d'épithélium et prennent une apparence polypeuse. Lorsque ces végétations ont acquis tout leur développement, les ulcérations n'existent plus, tandis que c'est précisément le contraire qui a lieu dans le cancer à forme polypeuse, sur lequel l'ulcère se creuse à mesure que la tumeur s'accroît.

L'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques et les aryténoïdes sont les siéges de prédilection des accidents tertiaires ; au moins débutent-ils le plus fréquemment par là ; il n'en est pas de même du cancer primitif, qui part plus rarement des points précédents et débute plutôt dans la cavité même de l'organe, le plus souvent par l'une des cordes vocales, supérieure ou inférieure. Dans les deux affections, l'œdème est un des caractères constants, mais différent de l'une à l'autre sous plus d'un rapport : dans le cancer, l'œdème ne se forme qu'autour du siége même de l'affection, il s'étend lentement, progressivement, et met au moins quelques semaines, des mois même, à envahir l'organe au point de gêner sérieusement la respiration. Il y a une relation intime entre l'œdème et la lésion principale qui l'a provoqué, une sorte de progression parallèle, bien que le boursouflement œdémateux ait toujours dans sa formation une lenteur moindre.

Dans la syphilis tertiaire, les choses se passent autrement ; l'œdème survient tout d'un coup, et dès qu'il a paru il s'étend avec une rapidité extrême : il apparaît presque toujours sur les replis aryténo-épiglottiques, quel que soit le siége de l'affection. Celle-ci est, du reste, rarement circonscrite, et on peut dire que la totalité de l'organe est malade à des degrés divers lorsque l'œdème apparaît.

Il est des cas, j'en ai observé un, où la tumeur cancéreuse ne se présente point sous la forme d'une végétation franche, et tend, au contraire, à envahir l'organe en nappe, en faisant à peine saillie : quelques ulcérations, une petite nodosité, de place en place, logée dans une zone inflammatoire, un peu d'œdème diffus et des matières crémeuses, purulentes, recouvrant les parties malades, voilà tout ce que l'on constate. C'est la lésion qui peut le plus facilement permettre le doute. Mais le traitement spécifique vient alors juger la situation en dernier ressort : les accidents syphilitiques tertiaires s'amendent par le seul fait d'un traitement général, dont j'attends toujours les effets avant de lui adjoindre un traitement local, souvent inutile. Je n'ai pas à rappeler qu'avant les accidents tardifs dont il vient d'être question, les malades ont vu se dérouler la succession des phénomènes initiaux et secondaires ; en outre, le larynx n'est guère à ce point envahi sans que le pharynx

---

tas? (La sobriété est-elle la mère la plus sûre, la plus certaine d'une vie longue et agréable ?)

Cette thèse est dédiée à Nicolas de Bailleul, président au Parlement ; elle est ornée, en tête, d'une belle gravure représentant le buste de ce personnage. Elle a été traduite en français par G. Sauvageon, médecin de Lyon, et insérée sous cette forme dans le *Medicus officiosus*, dont nous parlerons.

Si Patin s'était contenté, pour appuyer sa thèse, d'arguments puisés dans l'atmosphère claire et sereine de la science, tout eût été pour le mieux. Mais sa haine contre les apothicaires y coule à pleins bords, et à peu près toutes les drogues pharmaceutiques y sont condamnées au feu. L'antimoine est *diabolicon inter remedia monstrum ;* le vin émétique, *venenato stibio infectum ;* le bezoard, un *idolum fatuorum ;* la thériaque, *compositio luxuriæ ;* la mithridate, *herbarum deforme chaos ;* la confection hyacinthe et l'alkermès, *diamargaritum et Arabum pigmenta.* Et ainsi de toutes les autres *putidæ quisquiliæ* des Arabes, qui ne servent pas plus à la guérison des maladies que la chaux, la cendre, et qui ne sont que de simples niaiseries confectionnées par d'ignares *nebulones*, introduites dans le sanctuaire de la sainte médecine par des oiseaux de proie...

On juge de la colère, de la fureur des apothicaires, auxquels Patin avait joué déjà plus d'un mauvais tour en détournant de leurs officines une foule de gens jusqu'alors faciles et crédules, lorsqu'ils apprirent que cette thèse de la sobriété devait être défendue dans les écoles le 14 mars, qu'elle avait été imprimée, et que bon nombre d'amateurs en avaient déjà pris connaissance. Ils résolurent de conjurer, à n'importe quel prix, le danger qui les menaçait ; et après avoir inutilement prié le doyen, dans deux visites réitérées, d'empêcher que la thèse ne fût disputée, et s'être heurtés contre un refus absolu, ils eurent l'audace d'en référer à dame justice.

Le jeudi, 14 mars 1647, la fameuse thèse de la sobriété était solennellement disputée dans les écoles de la rue de la Bûcherie.

n'ait été atteint pour sa part, et n'ait même gardé quelques traces des lésions passées.

Malgré cet ensemble de signes distinctifs, la confusion n'est pas impossible pendant quelque temps, et pour éviter toute surprise j'ai, depuis longtemps, pris l'habitude d'instituer le traitement spécifique dans tous les cas indistinctement, dès que le diagnostic se pose entre le cancer et la syphilis. Il ne m'est arrivé cependant qu'une seule fois d'avoir supposé l'existence d'un cancer chez une femme de cinquante ans, et d'obtenir la guérison par le traitement antisyphilitique employé. Dans tous les autres cas où j'avais diagnostiqué le cancer, je ne m'étais point trompé sur la nature de l'affection. Ce qui atténue toutefois la valeur de cette apparente infaillibilité, c'est cette circonstance que le plus grand nombre de malades ont été examinés au laryngoscope à une époque plus ou moins avancée de l'affection maligne, et que le diagnostic a été hésitant dans les cas rares d'observations de cancer au début.

Les ulcérations scrofuleuses et tuberculeuses du larynx offrent moins de causes d'erreur que la syphilis. On est de prime abord éloigné d'y songer dans les conditions habituelles où se présentent les cancéreux; ce sont en général des individus qui ont dépassé l'âge moyen de la vie, qui ont l'apparence d'une santé robuste, et qui disent avoir toujours été bien portants; ils ne toussent point; la voix est plus ou moins altérée et la respiration plus ou moins difficile, mais ils n'ont aucun des traits des scrofuleux bouffis ou des tuberculeux épuisés, atteints du larynx; je n'ai vu qu'un cancéreux qui ait eu l'apparence débile. Puis, quand on arrive à l'examen des organes, on trouve des caractères bien plus nets. Les ulcérations scrofuleuses du larynx sont du reste très rares; elles n'ont dans aucun cas l'aspect fongueux ou végétant du cancer, mais présentent, au contraire, l'aspect du lupus du pharynx avec lequel elles coïncident parfois, c'est-à-dire qu'elles sont d'un rouge violacé, formées d'un grand nombre de petites granulations agglomérées, ne fournissant guère de sécrétions. Les sujets atteints de ces lésions sont surtout des adolescents, marqués des empreintes typiques de la scrofule, trop facilement reconnaissables pour qu'il y ait lieu d'insister. Il est rare, du reste, que la scrofulose laryngée n'ait pas été précédée de phénomènes caractéristiques dans d'autres parties du corps et notamment d'adénopathie cervicale.

Les ulcérations de la phthisie laryngée sont aussi reconnaissables, et par leurs caractères particuliers, et par l'état du malade qui en est atteint. La marche de l'affection ne ressemble point à celle du cancer; l'enrouement, la dysphonie, qui sont ordinairement les premiers symptômes de la tuberculisation du larynx, surviennent chez des malades présentant le plus souvent des complications pulmonaires. Ces individus sont arrivés déjà à un degré d'émaciation avancé, alors que la lésion laryngée est peu prononcée, et nous savons que c'est le contraire qui a lieu pour le cancer du larynx. Cette remarque a son utilité surtout dans la phthisie laryngée initiale, celle qui débute par l'organe vocal avant que des signes stéthoscopiques révèlent l'existence de tubercules dans les poumons; nous y reviendrons encore dans un instant.

Dans tous les cas, l'examen de l'organe vocal montrera des ulcérations plus molles, moins colorées, moins bourgeonnantes et plus creuses, entourées d'une muqueuse pâle, soulevée dans les points où elle est peu adhérente, par un œdème clair; elles donnent une sécrétion plus franchement purulente et non colorée par des stries sanglantes. La lésion tuberculeuse produit plus de destruction et beaucoup moins de bourgeonnement que le cancer, aussi voit-on dans le premier cas les altérations s'étendre assez souvent aux articulations et aux cartilages, et produire même des fusées purulentes. La nécessité de l'examen des poumons est cependant évidente, et on y trouvera presque toujours la confirmation des fortes présomptions fournies par l'examen du larynx.

Dans leur traité de la *Phthisie laryngée*, Trousseau et Belloc ont décrit deux cas de coexistence de la tuberculose pulmonaire et du cancer du larynx. Une de mes observations (voy. plus haut) présente exactement le même phénomène; sans doute, il est très difficile dans ces cas complexes d'arriver à un diagnostic précis et complet. Chez mon malade, les troubles laryngés avaient précédé les altérations pulmonaires et la non-pénétration de l'air dans les poumons avait ôté à l'auscultation sa valeur, au point qu'il fut impossible d'en tirer un enseignement sérieux. Dans les cas, au contraire, où c'est la lésion tuberculeuse pulmonaire qui précède, on est invinciblement porté à attribuer à la même diathèse les accidents laryngiens, à moins que l'examen laryngoscopique soit tout à fait démonstratif.

La difficulté du diagnostic peut être encore plus grande en présence de la phthisie laryngée dite initiale, celle qui précède ou paraît précéder la tuberculisation pulmonaire. Sans soulever ici une question de doctrine, je dirai qu'on observe dans quelques cas, assez rares il est vrai, des ulcérations tuberculeuses dans le larynx, alors que l'auscultation ne révèle pas la moindre trace de lésion pulmonaire. Celle-ci n'apparaît que plus tard et prouve alors la nature tuberculeuse de la laryngopathie. Mais cette phthisie laryngée initiale ne revêt pas, comme fait quelquefois la laryngite tuberculeuse ultime, la forme végétante, et elle survient le plus souvent chez des individus jeunes, d'une apparence délicate, ne pouvant être suspectés de lésion cancéreuse.

Je ne fais pas entrer dans les éléments du diagnostic l'adénopathie de voisinage, non plus que l'état général cachectique. Ce sont cependant des renseignements de la plus haute importance dans toute autre localisation cancéreuse, mais ce qui

---

Le lendemain vendredi, Guy Patin, cité par les apothicaires au parquet des gens du Roi, se présentait lui-même devant ses juges, et improvisait pour sa défense un discours qui émerveilla le tribunal et les nombreux auditeurs par l'originalité, l'érudition, l'esprit et la vivacité.

Cette fameuse défense de Guy Patin n'a pas été imprimée, mais elle se trouve, non pas *reproduite* littéralement, dans les *Registres-Commentaires*, mais analysée avec soin par le doyen Perreau (t. XIII, fol. 323, R° et suiv.). Son étendue, malheureusement, nous empêche de la reproduire ici, ou au moins d'en donner la traduction, comme cela avait été notre intention. Le résultat le plus clair que les pharmaciens retirèrent de leur imprudente attaque fut d'élever encore leur adversaire, auquel, deux ans plus tard, la Faculté conférait les honneurs du décanat.

F. Thèse contre la circulation du sang.

L'histoire reprochera toujours avec amertume à Guy Patin d'avoir été assez peu clairvoyant et assez passionné pour avoir rejeté la théorie harveyenne touchant la circulation du sang. C'est lui qui, jouant sur le mot *circulator* (charlatan), avait coutume d'appeler *circulatores* les partisans mieux inspirés de la nouvelle doctrine. Il a tout fait, à la Faculté de médecine, pour combattre l'illustre et immortel médecin anglais. L'âge, l'expérience, la raison n'ont pu le décider à briser avec le passé et à rejeter sur ce point les données de l'antiquité. Quarante-deux ans se sont écoulés depuis que Harvey a fait part de sa découverte au monde savant; Patin a près de soixante-dix ans, et il persiste dans ce que l'on est en droit d'appeler de l'entêtement. Le 8 décembre 1670, à l'occasion de la thèse quodlibétaire du bachelier Jean Cordelle, il entrait de nouveau en lice contre les *circulatores* en répondant *non* à cette question :

An sanguis per omnes corporis venas et arterias jugiter circumfertur? (Le sang est-il charrié sans interruption par toutes les veines et les artères du corps?)

Cette thèse a été réimprimée, in-4° de 4 pages, chez Fran-

en a été dit à propos de la marche de l'affection que je traite, prouve assez qu'il n'en saurait être de même dans le cancer primitif du larynx. En effet, dans les périodes où le diagnostic peut être difficile et utile, ces symptômes n'existent pas, et il n'est plus nécessaire de les constater au moment où ils se produisent, pour reconnaître la nature de la lésion. C'est une erreur souvent commise par de très bons observateurs que de vouloir attribuer un rôle prépondérant à la présence ou à l'absence de l'engorgement ganglionnaire; sous ce rapport il ne faut pas juger du cancer primitif du larynx par analogie avec celui des autres organes. Nous avons déjà soulevé la question des adénopathies, mais il importe d'y revenir, puisqu'il s'agit d'un des traits les plus caractéristiques du cancer du larynx.

Quand l'adénopathie et l'aspect cachectique apparaissent avant que les troubles respiratoires soient devenus très menaçants, ce qu'il faut voir dans ce phénomène, c'est une indication exacte sur le siége de l'affection, qui alors ne se trouve jamais dans la cavité même du larynx. Voici un exemple: Il y a environ deux ans, M. le professeur Verneuil me fit l'honneur de me demander à l'hôpital de la Pitié pour examiner un malade de son service atteint d'une énorme tuméfaction ganglionnaire du cou, avec raucité de la voix. A peine m'étais-je approché du lit de cet homme, que je déclarais qu'il n'était pas atteint d'une affection laryngée, malgré l'aphonie qui paraissait me donner tort. J'expliquais ce symptôme par la compression du récurrent due à la tumeur ganglionnaire qui, dans ma conviction, ne pouvait dépendre d'une affection organique du larynx. M. Verneuil m'objecta très judicieusement que cette tumeur ne pouvait s'expliquer que par l'existence, dans les voies supérieures, d'une tumeur de mauvaise nature, et que l'altération de la voix devait faire supposer sa présence dans le larynx. J'étais d'accord sur l'existence certaine d'une tumeur maligne, mais je la plaçais dans les voies digestives et non dans les voies respiratoires. Cette discussion eut lieu au lit du malade dès mon arrivée et avant l'examen laryngoscopique. L'examen fait, nos deux prévisions étaient confirmées: M. Verneuil avait eu raison de croire à une tumeur de mauvaise nature, et j'avais eu raison de mon côté de ne pas l'admettre dans la cavité du larynx; c'était un cancer de la partie inférieure du pharynx, à l'entrée de l'œsophage. La corde vocale inférieure droite était paralysée par la compression qu'exerçait la tumeur ganglionnaire du cou sur le nerf récurrent droit. Ce diagnostic fut de tous points confirmé par l'autopsie, pratiquée peu de jours après: nous trouvâmes un épithélioma implanté sur la paroi postérieure de l'entrée de l'œsophage; le larynx était libre.

A l'occasion de l'aphonie chez l'individu dont il vient d'être question, aphonie que j'ai reconnue comme nerveuse, qu'il me soit permis de placer une remarque : le timbre, l'éclat et la tonalité de la voix ne sont pas choses faciles à décrire, mais si on a entendu souvent la voix d'individus atteints de lésions ulcérieuses du larynx, on acquiert des notions sur les modifications du son vocal qui ne trompent guère. La voix a quelque chose de *déchiré*, difficile à définir, mais aisé à percevoir, et alors même que le son n'est pas encore éteint, il se distingue assez nettement de la dysphonie nerveuse; ce sont les harmoniques concomitantes du son fondamental qui font défaut, tandis qu'elles subsistent plus ou moins dans la dysphonie nerveuse. Dans le premier cas, c'est un bruit rauque qui se produit; dans le second, la voix est constituée de notes sourdes, mais gardant jusqu'à un certain point leur valeur musicale.

Cet exemple montre bien l'enseignement qu'on peut tirer de la présence des ganglions cervicaux; elle précise presque infailliblement le siége de la tumeur.

Dans le cas que je viens de citer j'ai pu, sans risque de me tromper, exclure l'idée d'une lésion intra-laryngée avant tout autre examen, parce que les faits m'ont appris que l'asphyxie précède de beaucoup l'apparition des ganglions, en d'autres termes, que le cancer du larynx doit déjà être bien volumineux et obturer le larynx pour donner lieu à de l'adénopathie cervicale. Or le malade de M. Verneuil respirait normalement; quant à l'aphonie, elle s'expliquait suffisamment par la compression du récurrent, et il n'était nullement besoin d'invoquer la présence intra-laryngée d'une tumeur.

Pronostic. — Après les développements que j'ai donnés à l'étude de la marche et des différents modes de terminaison du cancer du larynx, la question du pronostic ne demande pas de détails; elle se déduit directement des considérations antérieures. Dans l'organe vocal comme dans tous les autres points de l'organisme, le cancer a une évolution fatale; le traitement radical ne peut être tenté que par une exérèse complète faite avant tout retentissement sur le voisinage ou à distance. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu en France de tentatives d'extirpation totale du larynx; mais à l'étranger cette opération a été faite plusieurs fois et elle aurait donné un succès complet au docteur Bottini. Un fait unique n'est pas d'un enseignement suffisant: la gravité du pronostic reste tout entière debout, et il n'y a pas lieu, dans l'état actuel de la question, de modifier les données acquises. Les différentes méthodes de traitement n'ont donné que des délais plus ou moins longs, elles n'ont pas atteint d'autre but que de prolonger la vie des malades au delà d'une mort prématurée, violemment produite par l'asphyxie et par l'inanition.

La durée du cancer du larynx abandonné à lui-même dépend de sa nature et de son siége. Nous avons longuement insisté sur cette circonstance que l'épithélioma a un développement très lent en général, et d'autant plus lent qu'il est plus exclusivement borné à la cavité du larynx, et que l'encépha-

---

çois Muguet. Elle porte le n° 1235 dans les collections de la Faculté de médecine.

Patin s'y laisse entraîner à des joyensetés et à des injures : « Supposer que le sang se meut perpétuellement dans une orbe, qu'il tombe de la veine cave ascendante dans la cavité droite du cœur; que de cette veine cave il court par tout le poumon, pour de là se rendre, par la veine artérieuse, au côté gauche du cœur; que du côté gauche il chemine par l'aorte et les autres artères, pour revenir de nouveau par les veines et suivre ainsi un circuit... voilà le doux songe caressé par Harvey (*suave Harvei somniantis*); voilà la fiction d'un brodeur à coup sûr ingénieux (*certe ingeniose ludentis commentum*), mais nullement appuyé par l'évidence des yeux, — car qui a jamais vu la nature opérer? — n'ayant par devers lui aucune expérience certaine, aucune raison péremptoire... Le circuit du sang, son charriage en orbe par tous les vaisseaux, c'est l'enfantement des esprits oisifs, c'est un de ces nuages embrassés par Ixion, créateurs des centaures et des monstres... Ce dogme fameux et fumeux n'est bon qu'à perturber le corps sain ou malade, c'est la confusion de toutes choses... »

G. Thèse contre la thériaque.

Patin fut mieux inspiré lorsque, dans une thèse qui est aussi de sa façon, il a lancé toutes les foudres de son éloquence contre la thériaque, regardée jusqu'alors comme un merveilleux antidote contre les affections pestilentielles.

« Je présiderai, Dieu aidant (écrit-il à Falconet, le 17 mars 1671), bientôt à une thèse cardinale, laquelle concluera ainsi : *Ergo febri pestilenti theriaca venenum*, pour réfuter l'erreur unanime et populaire d'un tas de barbiers ignorants et autres charlatans qui entendent mal le mot de peste pour amasser de l'argent... »

Cette thèse, (le bachelier était encore Jean Cordelle), portait ce titre : *Estne theriaca pestilenti febre jactatis venenum?* Elle a été réimprimée in-4° par Mugnet, 4 pages, et l'original porte le n° 1240 dans la collection de la Faculté de médecine.

loïde, au contraire, conduit beaucoup plus rapidement à la fin, par cette double circonstance, qu'il s'accroît plus promptement et qu'il siège souvent sur la paroi postérieure de l'organe vocal, où il constitue à la fois une entrave à la déglutition et une cause de retentissement sur les ganglions du cou. Ceux-ci s'engorgent facilement dans ce cas; tandis qu'ils restent au contraire longtemps indolents en face du cancer épithélial et franchement intra-laryngé.

L'ouverture artificielle des voies de l'air, et le maintien à demeure de la sonde œsophagienne, retardent la mort dans une mesure assez sensible, surtout cette dernière pratique, dont je ne peux cependant pas encore déterminer le degré d'influence, ne l'ayant jusqu'ici employée qu'une seule fois chez une malade qui vit encore.

Toutes les circonstances qui sont de nature à précipiter la marche de l'affection aggravent évidemment le pronostic; c'est ainsi que la variété de cancer intra-laryngien qui s'accompagne d'hémorrhagie paraît être la plus grave, à cause de la déperdition que subit l'organisme; à un moindre degré, la salivation est aussi très fâcheuse; la suppuration abondante (il y a toujours absorption de pus par les voies digestives) aggrave à son tour la situation. La trachéotomie et la laryngotomie elles-mêmes ne sont pas exemptes de dangers immédiats; non pas que l'intervention chirurgicale ait à sa charge beaucoup d'accidents directs, mais parce qu'elle prédispose incontestablement à certaines complications, et surtout à la pneumonie. Nous établirons à propos des indications de cette opération la balance entre ses avantages et ses dangers, pour établir la règle de conduite à observer d'après l'expérience acquise.

(*A suivre.*)

Pathologie interne.

RAMOLLISSEMENT BULBAIRE. PARALYSIE DES MEMBRES ET DES NERFS BULBAIRES, par le docteur LELION, ancien interne des hôpitaux.

OBS. — M. W..., âgé de trente-six ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une forte constitution et d'apparence pléthorique, est pris subitement, le 17 juin 1878, de faiblesse dans le membre supérieur gauche, accompagnée de troubles de la sensibilité qui consistent en fourmillements et engourdissement du membre affecté. Le membre inférieur correspondant est indemne. La face ne présente à l'observation qu'un faible tiraillement de la commissure labiale droite. Il existe aussi un léger embarras de la parole, qui est un peu pâteuse, et la langue semble se mouvoir difficilement. L'intelligence est intacte.

Ce qui frappe l'attention dès les premiers jours, c'est la lenteur progressive avec laquelle se développe la parésie du membre supérieur gauche : ce n'est d'abord qu'une sensation de pesanteur, et il faut deux jours entiers pour qu'il ne puisse être soulevé qu'à moitié (19 juin). Le membre inférieur du même côté a conservé la plénitude de ses mouvements avec cependant un peu d'indécision.

Le malade ne se plaint pas de céphalalgie, mais il ressent quelques douleurs à la nuque. Il n'a ni bourdonnements d'oreille, ni troubles de la vue. Le visage et les yeux sont injectés. Il n'y a rien au cœur, ni à l'aorte; pas de fièvre; pouls, 76, 80; pas de constipation; quelques nausées, langue saburrale et peu d'appétit. — Traitement : sangsues au siége et aux apophyses mastoïdes; mouches de Milan derrière les oreilles; médication purgative; bromure de potassium.

Le 20 juin, la situation continue à s'aggraver : le membre supérieur gauche est maintenant inerte et le membre inférieur correspondant est presque complétement paralysé. Il existe quelques contractures passagères et la sensibilité est obtuse; déjà le côté droit semble plus faible à l'exploration.

L'articulation des mots étant de plus en plus difficile, le langage devient inintelligible, et le malade cherche à y suppléer par des gestes. L'intelligence, la vue et l'ouïe sont intactes. Le pouls est faible et tend à augmenter de fréquence. Il y a un peu de dyspnée, quelques râles humides dans les bronches et du hoquet. L'examen des urines ne révèle rien d'anormal; pas d'œdème des jambes; le visage est toujours empourpré.

Une consultation a lieu avec le docteur Hérard, qui croit à une lésion avoisinant l'isthme de l'encéphale et prescrit un vésicatoire à la nuque et deux cuillerées à soupe par jour d'une solution d'iodure de potassium (3 grammes pour 200 grammes de sirop). Médication purgative.

Le 21, le côté droit est également paralysé. Le hoquet et la dyspnée persistent. La déglutition est très-difficile et la langue est immobile. Les lèvres sont lâches et comme épaissies; une salive visqueuse s'écoule involontairement; la bouche et le pharynx sont encombrés de mucosités glaireuses, et les yeux sont rouges et larmoyants; la face est vultueuse. L'intelligence est conservée, car M. W... cherche à répondre aux questions par des signes de tête. Il y a eu une émission d'urine, mais la constipation est opiniâtre. Pour la combattre, je prescris un lavement purgatif qu'il est impossible d'administrer. Je fais donner alors 60 centigrammes de calomel en trois fois dans un peu de gelée, mais on n'est pas sûr que le malade ait pu avaler. Le soir, les mâchoires sont serrées convulsivement et le pouls dépasse 120.

Le 22, les membres sont dans une résolution complète des deux côtés. La bouche s'ouvre un peu pour recevoir quelques cuillerées à café de lait et de bouillon; on en profite pour essayer encore de faire prendre au malade du calomel.

Le 23, il n'y a eu ni garde-robe, ni émission d'urine. La respiration est plus fréquente, embarrassée et suspirieuse. Le pouls est toujours à 120, et la déglutition est de plus en plus difficile. Le malade paraît voir ce qui se passe autour de lui; il entend et comprend ce qu'on lui demande, car je le prie de fermer les yeux; il le fait, et l'œil droit se ferme moins bien que le gauche.

Je pratique le cathétérisme, et je retire une notable quantité d'urine. Le soir, je parviens à lui faire avaler quelques cuillerées de bouillon.

La mort a lieu pendant la nuit.

III. — *Coopération à une édition des œuvres d'Ambroise Paré.*

Dans une lettre adressée à Bélin, et datée du 4 novembre 1631, Guy Patin écrit :

« *Le Paré des dernières impressions, bien relié, vaut huit livres, sans rien rabattre; il est augmenté en cette dernière d'un nouveau Traité des fièvres, qui a esté adjousté sur la fin du livre, et fait par un médecin* INTUS ET IN CUTE MIHI NOTO, *sans y avoir mis son nom...* »

Les divers imprimés des *Lettres* ont tous mis : « Le *prix* des dernières impressions..., etc. », au lieu de : « Le *Paré* des dernières impressions..., etc. », et il a fallu avoir recours à la lettre originale et autographe pour avoir le texte exact.

Les « dernières impressions » des œuvres d'Ambroise Paré, auxquelles Patin fait allusion, sont, en effet, la huitième édition, imprimée en 1628, et dont voici le titre :

Les œuvres d'Ambroise Paré... Reveuës et corrigées en plusieurs endroicts, et augmentées d'un fort ample Traicté des Fiebvres, tant en général qu'en particulier, et de la curation d'icelles, nouvellement treuvé dans les manuscrits de l'Autheur. Paris, Nicolas Buon, 1628, *in-fol.*

Le *Traité des fièvres* y occupe les pages 1229 à 1320. Mais est-il bien d'Ambroise Paré, et le manuscrit en a-t-il été réellement trouvé dans les papiers de l'illustre chirurgien? Si non, serait-il de la façon de l'anonyme si bien *notus intus et in cute* de Guy-Patin? Enfin cet anonyme serait-il Patin lui-même? Dans ce cas, la supercherie serait bien habile, car le texte du *Traité des fièvres* rappelle un peu le langage naïf et plein de charme de Paré. Nous disons un peu, ne pouvant y trouver une similitude complète. D'ailleurs, dans la préface de ce même *Traité*, il y est parlé en telles louanges de la Faculté de médecine de Paris, laquelle « nourrist et élève les plus beaux esprits qui soient en médecine, qui distribue la pure et vraye doctrine d'Hippocrate et de Galien », qu'il n'est guère possible de reconnaître la plume de celui que la Com-

Cette observation, tout incomplète qu'elle est, car en ville le côté scientifique n'est pas toujours facile à étudier, n'en est pas moins un exemple remarquable de paralysie rapidement progressive des quatre membres, portant sur le mouvement et même sur la sensibilité, avec troubles marqués de la parole, de la respiration, de la circulation et de la déglutition, et conservation de la vue, de l'ouïe et de l'intelligence jusqu'à la fin de la maladie.

Cela posé, à quelle lésion du système nerveux central doit-on rattacher les accidents dont nous avons été témoin? A défaut de l'autopsie, est-il possible de trouver dans les symptômes observés pendant la vie l'explication des phénomènes pathologiques qui ont amené en quelques jours la mort d'un homme dans la force de l'âge et dans la plénitude de son activité intellectuelle?

Tout d'abord, les antécédents du malade fournissent des renseignements précieux : malgré une position sociale élevée, il fréquentait les brasseries, suivant l'usage de l'Alsace, son pays natal. A l'abus de la bière, il faut ajouter qu'il s'adonnait à l'absinthe, au vermouth, etc., en un mot, le malade avait des habitudes alcooliques. Il niait tout accident spécifique, et, du reste, les signes et la marche de l'affection n'appartiennent guère aux tumeurs encéphaliques et à la syphilis cérébrale en particulier; pas de céphalalgie, de vomissements, d'accès épileptiformes, de paralysies localisées (hémiplégie, paralysies oculaires).

Les troubles de la parole, de la déglutition, de la respiration et de la circulation représentent des symptômes bulbaires qui sont, comme on sait, l'aboutissant presque fatal de la sclérose des cordons latéraux; mais la marche de la maladie et sa rapidité écartent bien vite cette supposition. En effet, on voit dès le début la parésie du membre supérieur gauche et celle de la langue se développer en même temps; cette simultanéité se continue les jours suivants, car à mesure que la paralysie frappe successivement les membres, d'abord du côté gauche, puis bientôt du côté droit, les phénomènes bulbaires se dessinent plus nettement. Ce fait clinique, joint à l'intégrité de la partie supérieure de la face, à la soudaineté des accidents qui éclatent sans perte de connaissance, autorise déjà à penser que le bulbe a été le siège de la lésion dont il nous reste à déterminer la nature.

S'agit-il d'une embolie? Dès le premier jour, nous avons constaté l'intégrité du cœur et de l'aorte et le calme de la circulation, et plus tard les seuls troubles circulatoires observés ont consisté dans une accélération progressive des battements du cœur et du pouls, due vraisemblablement à l'influence exercée sur le pneumogastrique. L'absence d'affection cardiaque ou aortique rend donc peu probable l'hypothèse de l'embolie.

S'agit-il d'une thrombose? Les antécédents alcooliques nettement définis, l'extension progressive des symptômes s'accordent bien mieux avec l'idée d'une thrombose artérielle, malgré l'âge peu avancé du malade et bien que la constatation d'artères athéromateuses fasse défaut. C'est, à notre avis, la seule lésion à laquelle il soit possible de rattacher les accidents que nous avons observés.

L'ensemble des symptômes nous conduit donc à admettre qu'il s'est formé dans le bulbe un foyer de ramollissement, dû à une obstruction vasculaire par endartérite et athérome consécutif, et, grâce aux recherches de M. Duret sur la disposition des artères du bulbe, résumées dans la remarquable thèse d'agrégation de notre ancien collègue Hallopeau (*Des paralysies bulbaires*, 1875), il nous sera facile de déterminer le siège précis de l'oblitération.

En effet, la spinale antérieure, branche de l'artère vertébrale, fournit aux noyaux du spinal, de l'hypoglosse et du facial inférieur; les artères sous-protubérantielles et médio-protubérantielles venues de la partie inférieure du tronc basilaire se distribuent aux origines du pneumogastrique et du glosso-pharyngien. Les branches destinées aux pyramides et aux faisceaux intermédiaires, c'est-à-dire aux troncs nerveux des membres, proviennent également de la vertébrale.

Dans le cas actuel, en raison de la coïncidence des symptômes bulbaires et de la paralysie des membres, il faut admettre que l'obstruction vasculaire a porté tout d'abord sur la vertébrale gauche, qu'elle a interrompu la circulation dans la spinale antérieure du même côté ou dans le tronc commun qu'elle forme avec celle du côté opposé, et qu'elle s'est étendue jusque dans le tronc basilaire, arrêtant ainsi le cours du sang dans le système des deux artères vertébrales.

On s'explique de cette manière l'envahissement progressif des membres d'un côté à l'autre, et l'aggravation continue des phénomènes bulbaires, particulièrement des troubles respiratoires et circulatoires qui entraînent fatalement une mort rapide.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 AOUT 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

SUR LES PHÉNOMÈNES D'EXCITATION SÉCRÉTOIRE QUI SE MANIFESTENT, CHEZ LE LAPIN, SOUS L'INFLUENCE DE LA FARADISATION DE LA CAISSE DU TYMPAN. Note de MM. *Vulpian* et *Journiac*.

La faradisation de la caisse du tympan détermine, chez le lapin, des effets analogues à ceux que l'on observe chez le chien. Ces effets sont même tout à fait semblables en ce qui concerne les

---

pagnie de la rue de la Bûcherie avait constamment poursuivi de sa haine et de ses sarcasmes. Jamais Ambroise Paré n'eût trouvé dans son cœur, à l'égard de ses ennemis, ces paroles qui terminent ladite préface :

« Je proteste icy que ce n'a point esté par ambition de paroistre docte ny sçavant, sçachant très bien que tout ce qu'il y a de bon dans tout ce *Traité des fiebvres* a esté compilé par moy des bons médecins, auxquels, après Dieu, je suis tenu de ce peu de cognoissance que j'en ay en la médecine et en la chirurgie. »

Nous croyons fermement que ce « compilateur » n'est que Guy Patin lui-même.

A. Chéreau.

(*A suivre.*)

CONGRÈS ANTHROPOLOGIQUE DE MOSCOU. — On écrit de Moscou, le 18 août : « La quatrième et dernière séance du Congrès anthropologique a été la plus intéressante, par suite des communications scientifiques qui ont été faites. L'honorable M. Topinard a lu le premier son mémoire sur l'unité de la méthode crâniométrique pour tous les pays. M. le professeur Inostrantzeff (de Pétersbourg) a parlé des restes fossiles de l'homme et des animaux qu'il a trouvés dans des fouilles. M. Davidoff a fait une étude statistique des plus intéressantes sur le mouvement relatif de la population en Belgique et en Russie. M. Magitot a parlé de la dentition chez les nouveau-nés. D'autres membres du Congrès sont venus lire des mémoires non moins intéressants sur l'ethnographie des divers peuples.

» A la fin de cette séance, le professeur Bogdanoff a prononcé un discours dans lequel il a remercié les savants étrangers du précieux concours qu'ils ont apporté aux travaux du Congrès.

» A cinq heures, M. le docteur Broca, président du Congrès, a levé la séance, après avoir prononcé une courte, mais chaleureuse allocution à l'adresse de ses éminents collègues. »

glandes salivaires. Nous avons vu, sous l'influence de cette excitation, un écoulement de salive se produire chez le lapin par les conduits de Sténon et de Wharton. On constate aussi chez le lapin, comme chez le chien, de la congestion de la membrane muqueuse buccale du côté correspondant à la caisse tympanique électrisée; mais cette congestion n'est bien nette que dans la membrane muqueuse de la langue.

Ce qui a surtout attiré notre attention, c'est l'influence de la faradisation de la caisse du tympan sur les glandes en relation avec l'œil. Quelques instants après le début de cette excitation chez un lapin curarisé et soumis à la respiration artificielle, l'œil du côté correspondant se couvre d'une certaine quantité de fluide lacrymal, puis on voit sourdre dans l'angle interne de l'œil un liquide aussi blanc que du lait; ce liquide se répand sur la partie interne du bord de la paupière inférieure si l'animal a la tête mise dans l'attitude normale. Chaque fois que l'on renouvelle l'excitation faradique de la caisse du tympan, l'écoulement de ce liquide recommence.

Nous avons fait cette expérience sur deux lapins, qui avaient eu toute la partie intra-pétreuse et intra-crânienne du nerf facial gauche arrachée quelques jours auparavant. La faradisation de la caisse du tympan du côté gauche n'a déterminé un faible écoulement de ce liquide laiteux qu'après avoir été maintenue longtemps et à plusieurs reprises, tandis que, très-peu d'instants après le début de la première faradisation de la caisse du tympan du côté droit, il y avait écoulement de liquide blanc laiteux dans l'angle interne de l'œil correspondant.

Chez ces deux lapins, la sécrétion lacrymale était plus marquée aussi du côté droit que du côté gauche lors de la faradisation successive des deux caisses du tympan. La sécrétion salivaire avait lieu encore par le conduit de Sténon du côté gauche (lorsqu'on électrisait la caisse tympanique de ce côté), mais il n'y avait plus d'écoulement de salive sous-maxillaire par le conduit de Wharton du même côté. D'autre part, on pouvait reconnaître aussi que, dans les mêmes conditions, la membrane muqueuse de la langue ne rougissait plus du côté gauche, dans sa partie antérieure...

Le liquide en question doit son apparence laiteuse à sa constitution histologique : il est formé d'un liquide limpide, incolore, tenant en suspension d'innombrables gouttelettes de graisse, transparentes, à bord réfringent. Beaucoup de ces gouttelettes ont à peu près le volume des globules de beurre dans le lait; les autres, nombreuses aussi, sont beaucoup plus petites. Ce liquide lactescent provient de la glande de Harder.....

Sur le dosage de l'urée dans les urines. Note de M. *G. Esbach.* — Les expériences de l'auteur l'ont conduit à des résultats différents de ceux qui ont été communiqués par M. Méhu le 21 juillet dernier. Suivant lui, il est bien vrai qu'une solution de glycose et d'urée donne plus de gaz que si l'urée était seule; mais l'excès, au lieu de se proportionner à la quantité d'urée, varie suivant la proportion de glycose ajoutée.

Ce n'est donc pas l'urée qui fournit l'excès de gaz constaté dans les expériences précédentes, mais bien le sucre lui-même. L'auteur ajoute toutefois que, dans ces conditions complexes, le sucre fournit certainement plus de gaz que quand il est soumis à l'action de l'hypobromite de soude.

Académie de médecine.

Séance du 26 aout 1879. — Présidence de M. Richet.

L'Académie reçoit : 1° Un pli cacheté de M. le docteur *Foussé*, de Givry (Saône-et-Loire), sur un appareil destiné à dissoudre les calculs dans la vessie. (*Accepté.*)— 2° Un pli cacheté de M. le docteur *Auguste Pinel neveu*, sur l'auscultation cérébrale ou encéphaloscopie. (*Accepté.*) — 3° Une lettre de M. *Porte*, pharmacien en chef de l'hôpital de Lourcine, relative aux digestions artificielles, à l'occasion de la note lue par M. Vulpian dans la séance du 12 août dernier. Les recherches de M. Porte l'ont conduit à des résultats contradictoires de ceux de MM. Vulpian et Mourrut.

M. *Wurtz* offre en hommage un volume contenant le compte rendu des travaux de l'Association française pour l'avancement des sciences, pendant la session de 1878, à Paris.

M. *le Président* annonce à l'Académie la nouvelle de la mort de M. Poggiale, décédé ce matin même, à Meudon, à la suite d'une cruelle maladie. Il annonce en outre que M. Chassaignac est à toute extrémité.

— Sur la proposition de M. *Berthelot*, l'Académie décide que la séance sera levée immédiatement, en signe de deuil, pour honorer la mémoire de M. Poggiale.

REVUE DES JOURNAUX

Tumeur du testicule ayant pénétré à travers le système veineux jusque dans le cœur, par M. Breus.

Les cas de fragments de néoplasies transportés par les veines dans le cœur et même dans les poumons sont maintenant assez nombreux; cependant le cas actuel mérite l'attention, d'abord par le point de départ de la tumeur (testicule droit) et par la disposition du fragment embolique dans les cavités du cœur.

Il s'agit d'un homme qui depuis six mois présentait de la douleur dans le testicule droit, avec augmentation de volume. Depuis quelques jours il avait une dyspnée considérable avec douleur dans le côté droit du corps. Râles disséminés dans les deux poumons. A la pointe du cœur souffle rude systolique. Il mourut au bout d'un mois avec tous les signes de l'asystolie.

Autopsie. Infarctus hémorrhagiques dans les poumons. Dans l'oreillette gauche on trouve une néoplasie qui passe à travers la valvule mitrale dans le ventricule dont elle occupe une grande partie. Mêmes dispositions dans le cœur droit où la tumeur s'effile pour pénétrer dans la veine cave inférieure. De plus, par le trou ovale elle se continue directement avec la tumeur du cœur gauche. Dans le testicule droit et l'épididyme, tumeur dure du volume du poing (elle contient des kystes, c'est un *cysto-myxome*). Elle s'étend le long du canal spermatique, occupe le plexus pampiniforme, plonge dans la veine spermatique et se prolonge dans la veine cave inférieure jusqu'au cœur droit; nulle part elle n'adhère à la paroi vasculaire.

Ainsi, la tumeur partie du testicule droit s'est étendue par le système veineux jusqu'au cœur droit, et de là a pénétré par le trou ovale jusqu'au cœur gauche, et produit mécaniquement l'asystolie et la mort. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1878, numéro 28).

Origine et signification du phénomène du genou et des manifestations de même nature, par M. Tschirjew.

Dans certaines conditions, la percussion brusque du ligament rotulien provoque une contraction instantanée du triceps crural et le soulèvement de la jambe. M. Tschirjew a institué chez des lapins et sur deux malades atteints, l'un d'une paralysie spinale spasmodique, l'autre de paraplégie, des expériences dont il lui est resté la certitude que le phénomène mentionné ci-dessus, et décrit sous le nom de *signe du genou*, n'est pas une contraction musculaire idiopathique, naissant sur place. Il s'agit d'un phénomène réflexe qui a son point de départ dans une irritation du tissu musculaire lui-même ou de la portion du tendon qui avoisine l'insertion des fibres musculaires, interprétation d'autant plus plausible que les recherches de Sachs ont démontré l'existence de fibres nerveuses dans les tendons.

Si l'on coupe le nerf sciatique, le phénomène du genou s'exagère; après la section du nerf crural, il n'a plus lieu. Le dernier résultat a également lieu si l'on coupe la moelle épinière au-dessous de la naissance de la sixième paire lombaire. L'excitation qui donne naissance au phénomène du genou est donc transmise à la moelle par des fibres nerveuses

comprises dans l'épaisseur du crural, et son centre de réflectivité se trouve situé au niveau du point d'émergence de la sixième paire chez le lapin, chez l'homme (Henle) troisième branche du plexus crural; de plus il suffit de soulever le nerf crural avec un fil, c'est-à-dire de diminuer très-peu sa puissance, pour voir le phénomène cesser. Il semble donc résulter de ces recherches (proposition qui pourrait être généralisée et appliquée à tous les muscles convenablement placés) que le triceps crural est relié aux centres réflexes de la moelle épinière non seulement par des fibres motrices centrifuges, mais encore par des fibres nerveuses à transmission centripète qui vont se ramifier dans la portion du tendon qui avoisine le lieu d'implantation des fibres musculaires. La signification pathologique du signe du genou se trouve dès lors modifiée, puisqu'il peut disparaître alors qu'une très-petite portion de la moelle épinière se trouve altérée. Qu'il cesse, on peut en conclure que la portion lombaire est atteinte; par contre, une grande étendue de la moelle peut être altérée et le phénomène du genou persister. Quant à son exagération, elle semble pouvoir être attribuée à une parésie des muscles antagonistes. (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.* B. VIII, Heft III, p. 689, 1878; *Berlin. klin. Wochenschrift*, numéro 17, p. 240, 29 avril 1878; et in *Rev. des sciences méd.*, avril 1879, t. XIII, 2e fascicule, p. 479).

Bromhydrate de morphine, par le docteur LANDRIEUX.

Le bromhydrate de morphine se présente sous forme de belles aiguilles; sa formule correspond à celle du chlorhydrate, il contient cependant un peu moins de base anhydre. Ce sel, très-soluble dans l'alcool, l'est un peu moins dans l'eau que le chlorhydrate; ce dernier se dissout dans 20 fois son poids d'eau, le bromhydrate en réclame 25 fois.

M. Landrieux n'ayant encore administré ce médicament qu'à faible dose ne peut dire quels sont ses effets sur la température générale ou locale; il a seulement constaté que chez plusieurs ataxiques, consécutivement aux injections sous-cutanées faites aux membres inférieurs, il est habituel d'observer une élévation appréciable de la température dont les malades ressentent rapidement les effets favorables, et qui succède à la disparition rapide de cette sensation permanente de froid qui existe d'ordinaire à ce niveau. Les battements du cœur sont ralentis et régularisés, pourvu toutefois que le muscle cardiaque ne soit pas atteint de dégénérescence graisseuse. Il y aurait là une indication bien précise d'employer ce sel en injections hypodermiques, de manière à obtenir des effets instantanés. En même temps, et comme conséquence, la tension artérielle est accrue. Les sécrétions, à l'exception de la sécrétion rénale, sont peu modifiées; il n'y a aucune sensation désagréable du goût ni de l'odorat.

Les hyperesthésies sont très-rapidement modifiées d'une manière favorable, on obtient spécialement de l'anesthésie de la gorge et de la bouche :

« Ce médicament, dit M. Landrieux, devra être réservé à l'usage sous-cutané; il présente entre autres avantages de n'être un agent toxique, ni localement, ni dans l'ensemble de l'économie; à la suite d'un usage assez prolongé, je n'ai constaté ni cette espèce de diathèse purulente qu'on observe consécutivement aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, ni les symptômes généraux, tels que hébétude, état semi-comateux, etc., conséquence habituelle du morphinisme chronique. » Le bromhydrate de morphine jouit d'une assez grande puissance hypnotique, il aurait même sous ce rapport des avantages tout particuliers, une sorte d'addition des effets du brome à ceux de l'opium. En résumé, d'après l'auteur, le bromhydrate de morphine est un très-bon médicament, qui donnera surtout les effets les plus nets, les plus indiscutables « dans les cas ou l'axe cérébro-spinal et ses dépendances auront subi des modifications irritatives ». (*Journal de thérapeutique*, 1879, numéros 4 et 6, 25 février et 25 mars.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies de l'estomac, par M. LEVEN, médecin en chef de l'hôpital Rothschild. — Paris, V. A. Delahaye et Cie, 1879.

Le *Traité des maladies de l'estomac* de M. Leven ne traite que d'une maladie : la dyspepsie, à laquelle se réduisent, d'après l'auteur, toutes les maladies de l'estomac, à l'exception du cancer héréditaire. L'ulcère de l'estomac n'est qu'un accident, une complication de la dyspepsie chronique, dont le cancer lui-même, en dehors de l'hérédité, peut être une phase terminale. Quand on considère les maladies de l'estomac à ce point de vue, il est clair que le mot *dyspepsie* perd sa signification habituelle, celle d'un trouble fonctionnel pouvant exister indépendamment de toute lésion. Pour M. Leven, c'est une maladie que caractérisent anatomiquement la congestion, l'inflammation de la muqueuse et des membranes sous-jacentes. Nous revenons à la gastrite de Broussais, rajeunie par les recherches récentes de la physiologie et de l'anatomie pathologique.

L'ouvrage, très-dogmatique, mais très-consciencieux de M. Leven se divise en deux parties, de développement à peu près égal. La première partie est consacrée à la physiologie normale de l'estomac et aux applications cliniques qui découlent de cette étude. La seconde est la description de la dyspepsie : anatomie pathologique, formes, symptômes et traitement, résumant l'étude de toutes les maladies de l'estomac. Un aperçu historique et critique de toutes les opinions émises jusqu'ici sert de lien aux deux parties.

La méthode suivie par M. Leven pour ses études physiologiques expérimentales est la suivante : Il donne à un chien une certaine dose des aliments dont il veut étudier la digestion et sacrifie l'animal par la section du bulbe à une époque plus ou moins voisine de l'ingestion de la ration alimentaire. Les conclusions auxquelles cette méthode l'ont conduit contredisent absolument en beaucoup de points les notions généralement acceptées sur la digestion stomacale. Voici, en résumé, les points principaux qu'il cherche à établir.

M. Leven n'admet pas que l'estomac suffise à la peptonisation des aliments azotés, de la viande en particulier. Elle n'y subit qu'une sorte d'élaboration mécanique due à l'action combinée des contractions péristaltiques et à l'imprégnation par le suc gastrique. Celui-ci ne transforme la viande que dans l'intestin. La réaction des liquides intestinaux n'est pas alcaline, comme on l'a cru et répété. Le liquide intestinal est acide et ne crée pas à l'aliment un milieu différent de celui que lui offrait l'estomac. La digestion s'y continue naturellement sous l'influence de sécrétions de nature analogue.

L'œuf, le lait ne font que traverser l'estomac sans congestionner, comme le fait la viande, la muqueuse stomacale, sans déterminer un appel considérable de liquide dans les glandes gastriques. Cette congestion est d'ailleurs le fait normal, physiologique; elle disparaît après la digestion de l'aliment. La viande ne devient jamais une cause d'irritation. Il n'en est pas de même de certains aliments, qui déterminent dans l'estomac une irritation persistante, survivant au passage de l'aliment : la graisse, l'huile, le choux, l'alcool produisent chez le chien de véritables phénomènes pathologiques. Tantôt la muqueuse devient rouge; tantôt elle prend une teinte cireuse. Les vaisseaux se dilatent et laissent suinter dans l'estomac une eau chargée de chlorure de sodium. En outre, les glandes déversent une grande quantité de suc gas-

trique; mais, une fois dégagées du suc qu'elles contenaient, elles n'en produisent pas de nouveau.

La fécule se change en dextrine sous l'influence du suc gastrique; la transformation en glycose a lieu dans l'intestin. L'action de l'estomac sur le sucre de canne est à peu près nulle. Le rôle transformateur appartient également à l'intestin.

En résumé, d'après M. Leven, l'estomac est surtout un réservoir divisant les matières, les distribuant à petites doses à l'intestin. C'est là que l'aliment subit sa transformation véritable, sous l'influence du suc gastrique qu'il a entraîné, du liquide intestinal, de la bile et du suc pancréatique. C'est le véritable laboratoire de la digestion. La plus grande partie des aliments échappe d'ailleurs aux sucs digestifs et passe dans le gros intestin sans servir à la nutrition. Toute digestion cesse dans le gros intestin.

Relativement à l'influence de l'état fébrile sur la digestion, M. Leven croit, contrairement à l'opinion de Schiff, que les qualités du ferment digestif persistent. La sécrétion est simplement enrayée; les contractions musculaires sont peu énergiques, la circulation de la muqueuse moins active. En somme, le travail de chymification est amoindri, retardé.

Un fait capital résulterait de toutes ces recherches physiologiques. Les aliments peuvent être divisés en deux groupes. Le premier groupe comprend les aliments azotés, particulièrement propres à la sécrétion du suc gastrique; ce sont les véritables aliments digestibles. Le second groupe comprend les aliments qui ne produisent, par leur contact avec la muqueuse stomacale, qu'une excrétion d'eau acide ou non acide chargée particulièrement de chlorure de sodium et ayant sa source dans les vaisseaux congestionnés; ce sont les aliments véritablement indigestes. La modification qu'ils produisent sur la muqueuse gastrique peut être passagère; si elle persiste, elle devient morbide.

Toute cette physiologie expérimentale, sur laquelle M. Leven va s'appuyer pour étudier la pathologie des maladies gastriques et refaire la thérapeutique, n'est peut-être pas un terrain aussi assuré qu'il paraît le croire. Bien des points en sont discutables et la clinique, qu'il repousse comme procédé d'observation, ne mérite pas ici le reproche absolu d'impuissance dont notre auteur l'a chargée.

Sans nier le parti que l'on peut tirer des expériences faites sur le chien, faut-il conclure d'une façon absolue de ce que l'on observe chez cet animal à ce qui se passe chez l'homme? Est-on bien assuré que la graisse, les huiles, les choux, les alcools à dose modérée, qui enflamment énergiquement la muqueuse gastrique du chien, produisent chez l'homme un effet aussi désastreux? Tous les jours un homme en bonne santé pourra ingérer sans le moindre inconvénient 10 grammes d'alcool étendu de 100 grammes d'eau, dose qui enivre le chien. Un estomac sain digèrera sans difficulté, ou du moins sans dommages sérieux, l'huile, les graisses, les choux que l'estomac du chien ne peut supporter, à condition, bien entendu, que ces aliments ne soient pas présentés sous une forme répugnante.

Voulant étudier la digestion dans la fièvre, M. Leven ouvre l'abdomen d'un chien, lie le pylore et referme la plaie. Cette opération, dit-il, détermine promptement la fièvre, ce qui est facile à concevoir. L'animal meurt en vingt-quatre heures et l'estomac est couvert de fausses membranes. Ailleurs, dans le même but, il ajoute au régime de l'animal, pendant cinq jours, 40 grammes d'alcool. Puis il le sacrifie et trouve la muqueuse de l'estomac revêtue des mêmes produits pseudomembraneux. Quel rapport y a-t-il entre ces gastrites traumatiques ou toxiques et l'état de l'estomac chez un homme atteint d'une affection fébrile : fièvre éruptive, angine, pneumonie, etc.?

Peut-on conclure d'une pareille expérience à l'état habituel de l'estomac dans la fièvre, et M. Leven croit-il que la dyspepsie d'un fébricitant s'explique par une inflammation pseudo-membraneuse de la muqueuse gastrique? Ce n'était vraiment pas la peine d'opposer une fin de non-recevoir aussi péremptoire à toutes les observations faites directement à l'aide de fistules gastriques ou à travers des plaies abdominales.

Au point de vue clinique, certaines assertions de M. Leven ne nous étonnent pas moins. Que le suc gastrique d'un anémique soit identique à celui d'un sujet bien portant, c'est un point que tout le monde n'accordera pas et que conteste M. Vulpian. Mais s'ensuit-il que « le plus souvent le dyspeptique soit doué d'un fort embonpoint et que l'anémique soit rarement dyspeptique »? Ce sont là des assertions que l'observation de tous les jours ne permet pas d'accepter. Le fait qu'un dyspeptique peut être obèse n'indique nullement que son estomac fonctionne régulièrement. Le contraire serait plus près de la vérité. Quant aux anémiques et aux chlorotiques, qu'on peut rapprocher sans inconvénient au point de vue qui nous occupe, la dyspepsie est de règle chez ces malades. Dès qu'ils digèrent convenablement leur état général s'améliore promptement.

Donc, sans vouloir en aucune façon contester l'intérêt des expériences de M. Leven, il nous paraît que, dans plus d'un cas, elles ne reproduisent pas les conditions des faits cliniques observés chez l'homme.

Avant d'aborder la pathologie, l'auteur fait un examen critique de toutes les doctrines émises jusqu'ici sur la dyspepsie et passe en revue les opinions anciennes et modernes, depuis Cullen jusqu'à nos contemporains. C'est une véritable hécatombe. Aucune théorie ne trouve grâce devant lui, et c'est après avoir déblayé le terrain de tous ces matériaux étrangers que M. Leven y installe sa doctrine, dont le principe fondamental est : que la dyspepsie n'est pas un trouble fonctionnel, mais une irritation de la muqueuse, qui peut grandir progressivement et affecter les diverses membranes de l'estomac.

La dyspepsie a donc une anatomie pathologique. Maintes fois la lésion ne peut être constatée; mais elle existe nécessairement. L'expérience faite sur les chiens ne laisserait pas de doute à cet égard.

M. Leven cite deux autopsies de dyspepsie *simple*. Dans l'une, le malade avait eu à plusieurs reprises des hématémèses et tous les signes d'un ulcère simple de l'estomac. Dans une seule hématémèse il avait rendu une demi-cuvette de sang. Après une amélioration notable, il avala un bol de chocolat et succomba à une perforation de l'estomac.

C'est là ce que M. Leven appelle une dyspepsie *simple*. Il ne s'agit que de s'entendre.

A l'autopsie, perforation de l'estomac dans la région du pylore; péritonite; dilatation de l'estomac; atrophie des glandes gastriques, prolifération cellulaire dans le tissu sousmuqueux, sclérose des vaisseaux.

Bien des gens verraient là tout simplement une gastrite chronique des mieux caractérisées terminée par perforation.

L'autre observation est celle d'un malade atteint depuis vingt-cinq ans. Dans les dernières années, dilatation de l'estomac et vomissements très-abondants de liquides; soulagement passager consécutif à l'emploi de la sonde et du lavage de l'estomac. Le malade meurt de marasme.

On trouve l'épithélium partiellement détruit; les glandes de la muqueuse ont disparu ou sont en dégénérescence graisseuse, plongées dans un tissu lamineux en voie d'abondante prolifération. Les vaisseaux sont sclérosés, atrophiés ou dilatés outre mesure.

A côté de ces deux cas, qui nous paraissent peu assimilables, nous pouvons placer les cas innombrables où des malades ont succombé à des maladies chroniques pendant lesquelles les fonctions de l'estomac ont été profondément troublées, presque annihilées, et à l'autopsie desquels aucune lésion comparable à celles que nous venons de passer en revue n'a été constatée. C'est ainsi que chez une femme morte à la

suite d'une chute et atteinte depuis de longues années d'une dyspepsie des plus graves, qui avait résisté à toutes les médications, on eut l'occasion d'examiner avec tous les soins possibles la muqueuse de l'estomac. Aucune lésion grave n'y fut constatée. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1868.) L'examen microscopique n'est pas toujours fait avec le même soin; mais certaines lésions, l'ulcère de l'estomac, par exemple, que M. Leven regarde comme une conséquence « très commune » de la dyspepsie chronique, les hémorrhagies, les ecchymoses, peuvent être constatées *de visu* et le silence des observateurs les plus attentifs s'expliquerait difficilement.

Si l'on a trouvé chez quelques phthisiques des lésions gastriques analogues à celles qu'indique M. Leven (Thèse de Loquins, 1872), rien ne prouve jusqu'ici que ces lésions soient le fait de toutes les maladies hectiques. La phthisie ne détermine-t-elle pas dans l'intestin des lésions qui lui sont toutes spéciales?

Il n'est donc pas certain que la dyspepsie, même chronique, se caractérise toujours par les lésions qu'indique M. Leven; à plus forte raison, ces dyspepsies passagères liées à des états généraux si variables, auxquels elles ne survivent pas le plus souvent et dont la disparition souvent si rapide est peu conciliable avec des altérations bien avérées des éléments anatomiques.

L'étude pathologique de la dyspepsie repose complètement sur les données expérimentales et physiologiques admises par M. Leven. Il étudie avec soin l'étiologie de la maladie, ramenant toujours l'action des causes à l'appui de sa théorie; émettant au passage, et sous forme de simples assertions, des opinions manifestement opposées à celles qui sont généralement acceptées. C'est ainsi que, d'après lui, les gens pléthoriques, à circulation très-active, sont plus souvent atteints de dyspepsie que les gens maigres et nerveux. Il est vrai que, quelques lignes plus loin, il admet avec tout le monde que les névralgies sont une cause de dyspepsie. Or, il est difficile de refuser aux gens nerveux une certaine prédisposition aux névralgies.

La symptomatologie est étudiée avec soin. M. Leven insiste surtout sur les signes de la dilatation de l'estomac et sur les vomissements abondants de liquide, dont il cite plusieurs observations intéressantes. Je suis surpris qu'il nie l'existence de l'analgésie ou de l'anesthésie, signalées par Beau et Trousseau chez les dyspeptiques. Je l'ai constatée maintes fois et en dehors de tous symptômes hystériques, chez les vieillards.

En ce qui concerne le traitement, le régime alimentaire est mis en première ligne. C'est, quoi qu'en dise encore notre auteur, la base de la pratique de tous les médecins sérieux. Pour les médicaments, il en est peu qui trouvent grâce devant M. Leven. Les alcalins, les amers, lui paraissent seuls avoir quelque utilité. La noix vomique ne lui paraît d'aucun secours. L'emploi de la pepsine reposant, d'après lui, sur une fausse donnée physiologique, ne doit être d'aucun secours. Les succès qu'elle a donnés ne sont dus qu'à des erreurs d'interprétation. Dans les cas où le flux aqueux est très-prononcé, certaines substances, telles que le chlorure de sodium, le bromure et l'iodure de potassium, les phosphates de chaux et de soude, lui paraissent agir utilement en modifiant l'économie. Dans les cas graves, le traitement de Kusmaul par la pompe stomacale et le lavage avec l'eau de Vichy lui ont rendu de signalés services.

Nous ne doutons pas de l'utilité de ces diverses indications. Mais pourquoi passer complètement sous silence d'autres médications dont on a maintes fois constaté les heureux effets? M. Leven n'a-t-il donc jamais retiré quelque avantage des opiacés associés ou non aux alcalins? L'hydrothérapie, qui modifie tous les jours les dyspepsies les plus tenaces, ne lui a-t-elle jamais réussi? N'a-t-il jamais fait cesser de douloureuses gastralgies par l'emploi des révulsifs? Il faudrait donc mettre à l'écart toutes ces médications recommandées par nos meilleurs thérapeutistes? Certes, le médecin doit avant tout se diriger sur des indications justifiées. Mais nul n'était plus en position que M. Leven de rechercher ces indications et de les préciser. C'est un côté de la question qu'il ne lui a pas convenu de développer suffisamment.

Qu'il ne se trompe pas d'ailleurs sur le sens des critiques que nous avons cru devoir adresser à son travail très-consciencieux. Nous ne croyons pas qu'il ait trouvé le dernier mot de la pathologie gastrique en ramenant tous les cas à des processus inflammatoires, et nous pensons encore que l'étude de la dyspepsie et surtout de son étiologie se prête mal à cette interprétation exclusive. L'ouvrage n'en est pas moins plein d'intérêt, et en aurait peut-être été plus pratique si l'élément clinique eût été associé dans une plus large mesure à l'expérimentation.

BLACHEZ.

Index bibliographique.

RECHERCHES CRITIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LE NITRITE D'AMYLE, par le docteur DUGAU, brochure in-8. — 1878. Oct. Doin.

Cette brochure est un résumé complet et raisonné des observations, expériences et déductions physiologiques relatives à l'action du nitrite d'amyle sur l'organisme sain et malade. L'auteur a fortifié cette étude de quelques recherches personnelles, desquelles il tire les conclusions suivantes :

1° Lorsqu'un animal (chien, chat, lapin) respire des vapeurs nitro-amyliques, on voit survenir immédiatement un abaissement de la pression artérielle, en même temps que le cœur s'accélère, que la respiration devient irrégulière et que l'animal exécute des mouvements généraux de défense. — 2° Ces phénomènes sont le résultat de l'action du nitrite d'amyle introduit dans le sang et porté au contact des éléments anatomiques. — 3° La chute de la pression artérielle n'est pas subordonnée aux troubles cardiaques concomitants, mais elle dépend d'une modification vasculaire. — 4° L'influence du nitrite d'amyle sur les vaisseaux doit être considérée comme une influence *vaso-dilatatrice active* et *non paralytique*, puisqu'elle permet aux vaisseaux dilatés par cette substance de se resserrer énergiquement sous l'influence de l'excitation directe ou réflexe des nerfs vaso-constricteurs. — 5° Nous pensons que l'arrêt diastolique du cœur de la grenouille, que l'on voit survenir bientôt, est le résultat de l'excitation des appareils terminaux des nerfs pneumogastriques. En effet, cet arrêt diastolique n'est pas dû à une influence centrale. On l'observe lorsque les deux pneumogastriques sont coupés. — 6° L'accélération du cœur observée chez les mammifères et chez l'homme affecte des rapports variés avec le début et les phases de la chute de la pression artérielle. — 7° Cette accélération peut être constatée même après la section des pneumogastriques et lorsque toutes les voies nerveuses accélératrices centrales sont supprimées. — 8° Elle résulte, sans doute, de l'action périphérique du nitrite d'amyle sur les appareils nerveux intra-cardiaques. — 9° L'arrêt diastolique du cœur s'obtient, chez les mammifères, avec les doses toxiques. — 10° Les troubles cardiaques qui se développent sous l'influence d'une inhalation prolongée de nitrite d'amyle ne cessent pas aussitôt après l'inhalation. Ils durent plusieurs jours et se traduisent par des irrégularités et des palpitations avec intermittences. — 11° Le nitrite d'amyle a une action véritable sur les muscles striés. Il affaiblit l'excitabilité du muscle gastrocnémien de la grenouille, lorsqu'on soumet celle-ci aux inhalations de cet éther. Il la fait disparaître très-vite lorsqu'on expose le muscle à ses vapeurs. — 12° Appliqué directement sur le muscle, le nitrite d'amyle détruit en moins d'une minute toute excitabilité. Ce fait résulte d'une action toute locale de cette substance, qui est irritante et caustique, et non d'une influence toxique particulière.

VARIÉTÉS

Nécrologie.

MM. Poggiale et Chassaignac. — Deux vides bien regrettables viennent encore de se faire au sein de l'Académie de médecine. Au commencement de la dernière séance, M. le président annonçait la mort de M. Poggiale et la maladie grave de M. Chassaignac; à la fin de cette même séance, il recevait la nouvelle de la mort de ce dernier.

L'Académie de médecine, en décidant, à ce moment, que la séance serait levée en signe de deuil, a tenu à témoigner par cet hommage exceptionnel rendu à la mémoire d'un de ses membres les plus distingués, de sa gratitude pour le dévouement avec lequel son trésorier avait pris soin des intérêts de la Compagnie, de son respect pour le caractère d'un homme des plus honorables, de son estime pour les travaux de chimie physiologique qui lui sont dus. Né à Valla (Corse), le 9 février 1808, M. Poggiale avait, dès l'âge de vingt ans, embrassé la carrière militaire. Docteur en médecine (1833) et pharmacien de première classe (1828), il avait très-rapidement obtenu dans les cadres de la pharmacie militaire un avancement exceptionnel que justifiaient les remarquables travaux qui avaient fait connaître le jeune professeur du Val-de-Grâce et le zèle passionné avec lequel il défendait les intérêts du corps auquel il appartenait. Il fut nommé inspecteur à l'âge de cinquante ans (22 septembre 1858). Dans la pharmacie militaire dont il avait été longtemps le représentant le plus autorisé, et à l'Académie de médecine, aux travaux de laquelle il avait pris une part active, la mort de M. Poggiale laisse les plus sympathiques regrets. On doit à M. Poggiale, outre un *Traité d'analyse chimique*, un grand nombre de travaux ou mémoires de chimie, entre autres un *Rapport sur la formation de la matière glycogène dans l'économie animale* (1858).

— Quant à M. Chassaignac, il laissera un des beaux noms de la chirurgie de notre temps. Il a contribué à éclairer un grand nombre de points de la pratique chirurgicale; mais tous ses travaux de détail se sont presque effacés aux yeux des contemporains devant ces deux grandes innovations qui ont pris si vite et ont gardé une si grande place dans la pratique : l'*écrasement linéaire* et le *drainage chirurgical*. A nos yeux, Chassaignac disparaît, malgré la grande notoriété dont il jouissait, sans avoir atteint la situation que méritait son talent si positif et si inventif à la fois. Atteint de diabète, il avait à peu près renoncé à l'exercice de son art depuis une dizaine d'années.

Comité consultatif de l'enseignement. — M. le professeur Gavarret, inspecteur général de l'instruction publique (enseignement supérieur), est nommé membre de la première section du comité consultatif de l'enseignement public, en remplacement de M. Chauffard, décédé. M. Gavarret siégera en cette qualité : 1° à la commission des affaires scolaires et de discipline; 2° à la commission spéciale de médecine et de pharmacie.

Assistance publique. — L'administration générale de l'Assistance publique vient de recevoir deux nouveaux legs importants : le premier, de M. Beaudemoulin, consiste en 21 900 francs de rentes perpétuelles pour les vingt bureaux de bienfaisance de Paris, et un capital de 1000 francs pour les pauvres de Notre-Dame de Passy; le deuxième consiste en un legs de 25 000 francs aux hôpitaux, fait par madame veuve Chaper.

La vaccination. — M. Vergniaud, secrétaire général de la préfecture de la Seine, vient d'adresser aux maires du département, par délégation de M. Hérold, une circulaire les invitant à généraliser et à développer le service public de la vaccination dans leurs communes respectives. La circulaire engage les communes de la banlieue de Paris à allouer aux familles indigentes une certaine prime pour chaque enfant vacciné, et aussi une autre prime distincte pour chaque enfant choisi par le médecin comme sujet vaccinifère, mais sous ces conditions : 1° que l'état de gêne ou d'indigence des parents de l'enfant vacciné aura été régulièrement constaté; 2° que le médecin qui aura pratiqué l'opération en aura constaté la réussite.

Enfin il est rappelé aux médecins et sages-femmes que des jetons et récompenses honorifiques sont distribués tous les ans à ceux qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine dans toute l'étendue du département.

Ecole de médecine d'Alger. — Par arrêté ministériel du 25 juillet dernier, M. Spillmann a été nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'Ecole de médecine d'Alger.

Ecole de médecine de Tours. — Par décret en date du 19 août courant, la chaire de chimie et pharmacie prend le titre de chaire de chimie et toxicologie. — La chaire de pathologie externe prend le titre de chaire de pathologie externe et médecine opératoire.

Allaitement artificiel des nouveau-nés. — L'administration générale de l'Assistance publique va installer à l'hospice dépositaire des Enfants Assistés, situé rue d'Enfer, un établissement spécial pour l'allaitement artificiel des nouveau-nés. Ce service d'allaitement artificiel sera installé dans des bâtiments déjà existants, de telle sorte que l'on pourra pourvoir à toutes les dépenses moyennant la somme relativement minime de 40 000 francs.

Création d'un Bureau municipal d'hygiène a Nancy. — Sur la proposition de M. le docteur Ed. Lallement, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Nancy, le conseil municipal de cette ville a décidé la création d'un Bureau d'hygiène.

Le chef du Bureau d'hygiène sera un médecin; il aura sous ses ordres un employé chargé des écritures. Enfin, le service médical, comprenant les soins aux indigents, la constatation des naissances et des décès, l'inspection des écoles, les vaccinations gratuites, est confié à six médecins aux appointements modestes de 1200 francs.

Prix proposé. — La Société médicale d'Amiens vient de mettre au concours les questions suivantes : pour l'année 1880, *Du vaginisme*; pour l'année 1881, *De la fissure à l'anus*. Une médaille d'or de la valeur de 200 francs sera attribuée à chaque question. Une autre médaille d'or de la même valeur sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail sur un sujet quelconque ayant trait aux sciences médicales. Les mémoires doivent être envoyés, dans les formes académiques, au secrétaire de la Société du lycée, à Amiens, avant le 1er avril de chaque année.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 14 au 21 août 1879, on a constaté 838 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 22. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 1. Variole, 9. — Croup, 19. — Angine couenneuse, 18. — Bronchite, 25. — Pneumonie, 34. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 87. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 2. — Erysipèle, 5. — Autres affections aiguës, 191. — Affections chroniques, 347 (dont 131 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 40. — Causes accidentelles, 18.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 36 5 SEPTEMBRE 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 4 septembre 1879.

LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES.

(Deuxième article.)

Après avoir essayé de définir ce qu'il faut entendre par *spécialité pharmaceutique;* après avoir montré que, sous ce nom, on confond d'ordinaire des préparations excellentes auxquelles les pharmaciens, qui se sont spécialement appliqués à les fabriquer, sont autorisés à donner leur nom, et des drogues inefficaces ou même dangereuses dont le nom bizarre et la réclame peuvent seuls assurer le succès, il importe de bien faire comprendre quels sont les dangers de certains abus qui tendent à abaisser la médecine et à détruire la pharmacie; il importe surtout de montrer toutes les difficultés que rencontreront les législateurs qui prétendraient réprimer ces abus, et d'insister cependant sur la nécessité des mesures à prendre pour les combattre.

Il ne nous paraît point utile de rappeler longuement combien devient plus envahissante chaque jour la manie des spécialités. Forcés, pour satisfaire les exigences de leur clientèle, de posséder toutes les spécialités en renom, bien des pharmaciens s'efforcent d'en inventer de nouvelles pour augmenter leurs bénéfices. En vain les prescriptions très-formelles de la loi de germinal leur interdisent-elles de préparer à l'avance des médicaments dont la formule n'est pas inscrite au *Codex*. Combien est-il de pharmacies normales, rationnelles ou autres qui n'aient leurs sirops, leurs pâtes ou leurs pilules spécialement destinés à guérir toutes les maladies! Un prospectus plus ou moins riche en promesses pompeuses, un empaquetage plus ou moins coquet, et quelques paroles adroites tiennent lieu de formules magistrales et de consultations prises au cabinet du médecin. Le malade, qui ne demande qu'à être rassuré sur la nature du mal dont il souffre, accepte, sans contrôle possible, le remède qui doit le guérir. Les annonces ou les réclames qu'il a lues à la quatrième page des journaux politiques lui inspirent la plus aveugle confiance. Et c'est ainsi que les pharmaciens s'occupent de moins en moins de la récolte, de la conservation et de la préparation des drogues magistrales. Mais il y a plus. Dans l'enquête à laquelle, pour nous éclairer nous-même sur l'étendue du mal que l'on prétend combattre, nous avons dû nous livrer ces jours derniers, nous avons appris bien des détails, aussi instructifs que tristes à enregistrer. La fortune des spécialités ne tient pas seulement à l'habileté de ceux qui les fabriquent ou à la crédulité des ignorants qui les absorbent. Certains médecins, infiniment plus coupables que les industriels qui cherchent à écouler leurs produits, ne reculent pas devant les procédés les plus méprisables pour augmenter leurs revenus. Il en est qui, dans des consultations gratuites ou même rétribuées, ne prescrivent que des spécialités dont le nom ne figure pas sur leurs ordonnances; elles sont désignées par un numéro, et ne peuvent être achetées que chez un pharmacien spécial, qui partage ses bénéfices avec son indigne associé. Des traités commerciaux, très-adroitement rédigés, assurent au médecin un bénéfice considérable. Souvent même celui-ci reçoit une subvention mensuelle et traite à forfait avec un pharmacien en s'engageant à ne livrer à ses clients que des formules dont le prix sera très-élevé. Il en est d'autres qui, non contents de ce trafic, distribuent eux-mêmes et se font payer directement des drogues aussi chères qu'elles sont inefficaces. Leurs salons de consultation, très-fréquentés d'ailleurs, deviennent ainsi des agences où l'on peut prendre en même temps une consultation médicale et toute la série des drogues qui devront, dans un avenir plus ou moins rapproché, guérir la maladie constatée ou imaginée par celui que son traité oblige à prescrire chaque jour un grand nombre de médicaments. Il en est enfin qui s'abaissent — nous avons

FEUILLETON

Bibliographia Patiniana. — Catalogue chronologique, analytique et explicatif des ouvrages composés par Guy Patin, et de ceux à la publication desquels il a contribué.

(Suite. — Voyez le n° 35.)

IV. — *Traduction du français en latin de toutes les œuvres d'André Du Laurens.*

Né à Tarascon le 9 décembre 1538, professeur à l'Ecole de médecine de Montpellier, premier médecin de Henri IV, André Du Laurens fut un des hommes les plus remarquables du seizième siècle. Il mourut le 16 août 1609. Ses ouvrages sont nombreux et presque tous écrits en français. On doit savoir gré à Guy Patin d'avoir entrepris et mené à bonne fin une entreprise qui était considérable, et qui consistait à mettre en latin, non-seulement tous ceux de ces ouvrages qui avaient vu le jour, mais encore d'enrichir l'œuvre de plusieurs leçons données par le célèbre archiâtre de Henri IV, du haut de sa chaire professionnelle de Montpellier. En 1628, paraissait à Paris, chez Martin Durand, deux beaux volumes in-4°, portant ce titre :

Andreæ Laurentii... Opera omnia... Studio et opere Guidonis Patini.

On y trouve, outre deux beaux portraits, celui de Henri IV et celui d'André Du Laurens, les traités suivants :

A. Lá traduction latine de tous les ouvrages déjà imprimés en français par Du Laurens, savoir :

1. *Historia anatomica. Libri XII.*
2. *Tractatus de crisibus. Libri III.*
3. *Tractatus de strumis. Libri II.*
4. *De visu et eum conservando modo.*
5. *De morbis melancholicis et eorum curatione.*
6. *De catarrhorum generatione et eos curandi modo.*

sous les yeux la preuve imprimée de ce que nous avançons — jusqu'à proposer aux pharmaciens les associations et les compromissions les plus inavouables. « L'association des médecins et des pharmaciens, dit l'un de ces prospectus, est chose nécessaire et utile. Envoyez-moi des clients. Je m'engage à partager avec vous les bénéfices que je pourrai retirer de mes consultations et à ne faire exécuter que par vous seul des prescriptions qui, je vous le garantis, vous rembourseront largement de vos frais. » Est-il nécessaire d'ajouter que ces médecins ne prescrivent que des *spécialités;* qu'ils ont soin, pour augmenter leurs bénéfices, d'en inventer de nouvelles chaque jour; que ces spécialités sont des solutions tout à fait inefficaces, et qu'une surveillance un peu intelligente des annonces médico-pharmaceutiques et des officines peu estimables suffirait à les supprimer? Nous croyons que là est le mal qu'il importe avant tout et surtout de combattre. Quelle que soit la situation officielle d'un médecin, quels que puissent être d'ailleurs son mérite ou sa réputation, il s'avilit, le jour où, associé à des industriels, il ne prescrit plus que dans le but d'obéir aux clauses du traité commercial qu'il a signé. Parviendra-t-on jamais à combattre ce charlatanisme qui depuis quelques années a pris une extension si regrettable? Nous n'osons l'espérer. Le charlatanisme des somnambules ou des escrocs et l'exercice illégal de la médecine n'ont jamais été sérieusement attaqués. On arrivera plus difficilement encore à frapper ceux qui, couverts par un diplôme et quelquefois par leur renommée oublient tous leurs devoirs professionnels pour se livrer au plus honteux métier. Nous essayerons cependant d'indiquer un système qui pourrait, jusqu'à un certain point du moins, atténuer les conséquences de ce charlatanisme médico-pharmaceutique.

Mais à côté de ces remèdes inutiles ou dangereux, de ces spécialités sans nom et sans formule recommandées par des médecins indignes du titre qu'ils ont acquis, et vendues à des malades trop crédules, il est un grand nombre de préparations spéciales excellentes. Nous ajouterons même que, préoccupés de faire mieux que leurs prédécesseurs, désireux d'arriver rapidement à la fortune et encouragés par les succès de ceux qui ont donné leur nom à des spécialités aujourd'hui bien connues, il est des industriels qui arrivent à réaliser de grands progrès dans l'art de préparer, d'enrober ou de conserver les substances pharmaceutiques. La dernière exposition universelle nous a montré, à ce point de vue, tout ce que l'on pouvait obtenir dans ce sens. Les pilules, les granules, les capsules de toute forme et de toute dimension, toutes ces préparations à la fois coquettes et faciles à administrer, ont été justement admirées. Eût-il été possible d'arriver à de semblables résultats si les industriels qui nous ont montré ces remarquables échantillons de leur habileté n'avaient été mis en mesure, en raison même de l'étendue de leurs relations commerciales, de faire tous les sacrifices d'argent nécessaires pour réussir. La préparation en grand de certaines substances et le perfectionnement de leurs procédés d'enrobage sont monopolisés par un petit nombre de maisons industrielles dont on ne peut donc souhaiter la ruine, parce que le progrès qu'elles ont contribué à réaliser est considérable. D'autre part, il importe de reconnaître aussi que les perfectionnements apportés en France à la préparation des médicaments est, pour notre pays, une source de revenus qu'un ministre du commerce sera toujours peu disposé à abandonner. Dans l'exposé des motifs du projet de loi qu'il avait soumis en 1875 à l'Assemblée nationale, M. de Lorgeril estimait à 130 millions de francs le chiffre de la vente annuelle, en France, des spécialités pharmaceutiques, et il estimait à plus de 20 millions le montant de l'exportation de ces mêmes médicaments; ces chiffres sont infiniment au-dessous de la réalité. Nous ne pouvons en fournir de précis; mais il est notoire que d'année en année la production et l'exportation de ces produits augmente dans des proportions considérables. L'immense fortune de certains industriels, fabricants de spécialités pharmaceutiques, en est la preuve. Il nous paraît donc impossible de décider que, l'application rigoureuse de la loi de germinal étant exigée, la plupart des spécialités devront disparaître. D'ailleurs, nous le répétons avec intention, une semblable mesure serait mauvaise, parce qu'elle frapperait d'excellentes préparations et ne remédierait qu'imparfaitement au mal qu'il faut surtout combattre. Il nous semble que, dans ces conditions, il importerait surtout de faire un choix parmi les nombreuses spécialités qui s'étalent aujourd'hui à la vitrine de la plupart des pharmaciens et de supprimer toutes celles qui auraient été reconnues inefficaces ou dangereuses.

Les lois et les règlements qui régissent l'exercice de la pharmacie nous paraissent suffisants pour assurer l'exécution de cette réforme. La loi de germinal qui déclare, en effet, que toute préparation qui n'est pas inscrite au Codex, qui n'a pas été composée par un pharmacien pour un cas particulier, enfin qui n'a pas été spécialement autorisée par le gouvernement ne peut être ni annoncée ni vendue. L'annonce d'un remède secret est même sévère-

---

7. *De senectute, ejusque salubriter transigendæ ratione.*
8. *De arthritide,* } dictés en français par Du Laurens
9. *De elephantiasi,* } aux chirurgiens de Montpellier
10. *De lue venerea,* } dans les années 1587-1588.

B. L'impression de deux ouvrages qui n'avaient pas encore vu le jour, savoir :

1. *Brevis commentarius in artem parvam Galeni.* Dicté à Montpellier par Du Laurens dans les années 1589-1590, écrit de la main même de l'auteur, et que Patin dut à la générosité de Jean Auber (de Moulins), élève de Du Laurens.

2. *Consilia medica,* écrit également par Du Laurens, et que Gabriel Naudé confia à son ami.

Patin a enrichi de quelques notes ou scholies les traités *De arthritide* et *De elephantiasi*, et il a interprété le traité *De lue venerea.* Il y a même tout un chapitre de lui à l'occasion de l'origine tant combattue de la maladie vénérienne. Il y défend la provenance américaine, et soutient que ce sont les soldats de Christophe Colomb qui l'ont apportée en Italie. Les Italiens l'ont communiquée aux Français lors de l'expédition de Naples, et les Français n'ont pas tardé à en contaminer leurs compatriotes. Une deuxième scholie établit les diverses formes de la maladie telles que les avait proposées Fernel.

V. — *Enchiridion anatomique, compilé et dressé en bon ordre par M. Jean Vigier, corrigé et augmenté en cette dernière édition (par Guy Patin). Paris, J. Jost,* 1630, *in*-12.

Nous n'avons pu trouver aucun détail sur ce Jean Vigier, qui a eu l'honneur d'être réédité, « corrigé et augmenté » par Guy Patin. Nous savons seulement qu'il était médecin à Castres. La première édition de ce livre remontait à l'année 1616 (Lyon, in-12 de 206 pages). Patin dédie sa réimpression à Charles Guillemeau, et il y ajoute des annotations à plusieurs chapitres, et un petit traité sur les valvules du

ment prohibée, et la loi du 29 pluviôse an XIII indique les peines qui devront frapper ceux qui contreviendraient aux prescriptions formelles de la loi de germinal (art. 36). Ces dispositions législatives nous paraissent suffisantes, à la condition toutefois qu'elles soient applicables dans les cas, et ils sont nombreux, où il s'agit de combattre le charlatanisme et non de prohiber une bonne préparation. Voici dès lors comment il nous semble possible d'arriver à un résultat utile. Une ou plusieurs commissions permanentes composées de pharmaciens, choisis par exemple parmi les professeurs de l'École de pharmacie, les membres de la Société de pharmacie ou ceux de la Société de prévoyance des pharmaciens seraient chargées de faire un rapport sommaire sur toutes les spécialités non inscrites au Codex et non approuvées par l'Académie de médecine. Pour se soumettre au jugement de ces commissions, tous les fabricants de spécialités seraient tenus de fournir un certain nombre d'échantillons de leur produit, la formule qui sert à sa préparation, enfin l'indication du prix de vente. La commission s'assurerait que le médicament qui lui est présenté a été préparé d'après la formule qui lui est soumise et donnerait son avis sur le prix de vente. Une commission médicale ou un médecin attaché à la commission centrale qui, sur le rapport de la commission d'expertise, prononcerait un jugement définitif, déclarerait si la préparation n'est point nuisible. Dans ces conditions la vente de la *spécialité* serait *autorisée*. Si, au contraire, il était reconnu que le flacon ou la capsule soumise à l'examen de la commission ne renferme que des substances inefficaces ou nuisibles, la vente n'en serait pas autorisée. En aucun cas le nom de la préparation ne pourrait indiquer, comme il arrive le plus souvent, celui d'une substance qui n'entrerait pas dans sa composition. L'autorisation de vente, qui serait garantie par l'application sur le flacon ou la boîte contenant le produit d'une étiquette munie d'un timbre spécial (ce qui pourrait servir à la perception d'un impôt) n'entraînerait nullement l'*approbation* du remède nouveau ou de la spécialité mise en vente. Mais cette autorisation serait obligatoire, et toutes les drogues inutiles ou dangereuses qui sont si souvent mises à l'étalage des pharmaciens ne pourraient plus être fabriquées. Il serait absolument interdit, toujours en raison des prescriptions de la loi de germinal, d'indiquer sur le prospectus qui accompagne le médicament ou d'annoncer par la voie d'affiches ou de journaux les propriétés thérapeutiques de la spécialité. En d'autres termes le prospectus devrait être pharmaceutique et non médical. Les pilules, les élixirs, les vins, etc., seraient désignés soit par le nom de leur inventeur, soit par le nom de la substance active qu'ils contiennent, mais il ne pourrait être permis d'affirmer que ces pilules, ces élixirs ou ces vins guérissent infailliblement toutes les maladies ou même une seule maladie. Pour contrôler la préparation et la vente des produits pharmaceutiques autorisés, des inspections fréquentes et inopinées seraient faites dans les pharmacies. Les médicaments spéciaux seraient ainsi fréquemment analysés, et l'autorisation de vente pourrait être définitivement retirée à ceux qui seraient reconnus altérés ou mal préparés.

Nous n'avons pas eu la prétention, en écrivant cet article, d'indiquer une législation nouvelle. Le procédé de contrôle que nous venons d'esquisser pourra sans doute être modifié et, s'il est nécessaire, rendu plus pratique. Il nous suffisait d'avoir essayé de démontrer qu'il y avait quelque chose à tenter pour débarrasser nos pharmacies d'un trop grand nombre de drogues absolument indignes d'y trouver place. Mais nous avons reçu au sujet de notre premier article des communications si intéressantes et des échantillons si remarquables de ce que peuvent le charlatanisme et la mauvaise foi, que nous n'hésitons pas à affirmer qu'une bonne loi sur les *spécialités pharmaceutiques* devrait avant tout et surtout combattre le charlatanisme médical et les associations entre médecins et pharmaciens que nous n'aurions jamais cru si nombreuses et si difficiles à excuser. Pour arriver à lutter contre ces tristes tendances, il importe surtout de les signaler. Il faudrait qu'il fût permis de dénoncer soit à la tribune des Académies ou Sociétés savantes, soit à l'Association générale des médecins de France, les noms de ceux qui compromettent leur réputation en se livrant ainsi aux actes les plus condamnables. La Société de pharmacie ne reçoit pas les pharmaciens spécialistes, ceux qui ne font que de l'industrie et ne méritent plus le titre de pharmacien. Est-il possible d'espérer qu'un jour ou l'autre un ordre du jour motivé et rendu public pourra signaler à leurs confrères ceux des médecins qui ont oublié leurs plus impérieux devoirs. Il ne nous appartient pas de résoudre une semblable question, mais nous pouvons ajouter que, pour éviter l'abus des spécialités, il importe aujourd'hui de faire appel aux maîtres qui ont pour mission de former les nouvelles générations médicales. Le jour où, dans les examens et dans les concours publics, on attachera plus d'importance à la thérapeutique et surtout à la thérapeutique pratique, les étudiants comprendront la nécessité d'études qu'ils négligent aujourd'hui parce qu'ils ne sont encouragés qu'à se perfectionner dans les recherches d'anatomie pathologique et de

---

corps humain. Ce petit manuel anatomique, « nécessaire aux médecins, chirurgiens, pharmaciens, et utile à toute sorte de personnes curieuses », devait être du goût de notre Guy, toujours disposé à rendre la science simple et agréable.

VI. — *Traité de la conservation de la santé par un bon régime et légitime usage des choses requises pour bien et heureusement vivre... Paris*, 1632, *in*-12 (2e *édition*) *de* 127 *pages*.

C'est encore à Charles Guillemeau, médecin de Louis XIII, que Patin dédie son petit livre; son but, en publiant ce dernier, fut évidemment de rendre l'hygiène populaire. Aussi, s'écrie-t-il, « vivons donc, ami lecteur, *medice et modice*, c'est-à-dire selon les règles de la médecine et avec modération, afin que nous vivions longuement et sainement, puisque, selon le docte et incomparable Fernel, quiconque mettra la tempérance et la continence pour fondement de sa vie et de sa santé ne sera jamais affligé d'aucune incommodité. » Puis notre démophile s'adresse ainsi aux charlatans :

Bonnes gens qui ne pouvez vivre
Sans piper et charlataner,
Ne regardez dedans ce livre,
Que pour vous y voir condamner.

Le *Traité de la conservation de la santé* accompagne ordinairement, mais avec un titre et une pagination séparés, la dix-septième édition (année 1632) du *Médecin charitable*, de Philbert Guybert. Il a été aussi traduit en latin par G. Sauvagnen, médecin de Lyon (1), et inséré sous cette forme dans le *Medicus officiosus* (2), lequel n'est lui-même que la

(1) Le *Médecin charitable*, enseignant la manière de faire et préparer en la maison, avec facilité et peu de frais, les remèdes propres à toutes maladies, selon l'advis du médecin ordinaire... Paris, Jean Jost, 1632; in-8°; 17e édition. Ce livre, le patriarche des livres de médecine, à l'usage des gens du monde, eu un succès prodigieux et atteignit en peu d'années la centième édition.

(2) *Medici officiosi opera, viro nobili Philib. Guiberto, doct.-med. Paris. authore,*

diagnostic, et qu'ils voient trop souvent leurs maîtres les plus éminents ne prescrire que des spécialités.

L. LEREBOULLET.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER DU LARYNX, par le docteur KRISHABER.

(Suite. — Voyez les numéros 33, 34 et 35.)

Traitement. — Que le cancer du larynx soit intrinsèque ou extrinsèque, épithélial ou encéphaloïde, qu'il affecte une marche lente et silencieuse pendant un temps plus ou moins long, ou une marche rapidement envahissante, quels qu'en soient la forme, le siège, la consistance, l'aspect général et la structure histologique, il conduit, par son évolution naturelle, à une mort fatale.

En présence d'un cancer dûment constaté, l'observateur ne peut prendre un parti définitif que pour l'expectation ou pour une intervention chirurgicale.

L'opération peut être palliative et consister dans la bronchotomie et le cathétérisme, ou radicale, et alors elle comporte soit l'excision de la tumeur, soit l'extirpation complète de l'organe affecté. C'est donc presque exclusivement à ce point de vue que nous aurons à traiter notre sujet.

Toutefois, pendant le temps d'incertitude du diagnostic, certains traitements médicaux peuvent être tentés avec d'autant plus de raison qu'ils contribuent dans une large mesure à révéler positivement la nature de la lésion. Et plus tard encore, des moyens médicaux peuvent atténuer dans une certaine mesure quelques symptômes particulièrement pénibles de l'affection.

Tout à fait au début, le cancer du larynx en impose facilement pour une laryngite simple ou hypertrophique, nous l'avons dit en discutant le diagnostic différentiel, et alors il y a lieu de soumettre le malade au traitement ordinaire des inflammations chroniques de l'organe. Le médecin est naturellement amené à employer des topiques divers, émollients, cathérétiques ou caustiques (sulfate de cuivre, nitrate d'argent, acide chromique, acide acétique), des révulsifs au-devant du cou (teinture d'iode, vésicatoires volants); à l'intérieur, les eaux sulfureuses ou arsenicales; en somme, un ensemble de moyens qui ne saurait, en aucun cas, être accusé d'avoir aggravé l'état local, si, au lieu d'une affection bénigne, il s'agit d'une lésion grave à son début.

Lorsque, à la période suivante, les ulcérations s'établissent, il n'est plus guère possible de méconnaître la nature du mal. Dans tous les cas, cependant, on agira prudemment en instituant un traitement spécifique. Même en l'absence de tout antécédent syphilitique avoué, même chez les malades les moins suspects, j'ai pour règle invariable de prescrire un traitement consistant en frictions mercurielles et iodure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes par jour. Si ce traitement ne donne, au bout de trois semaines, aucun résultat, on le suspend pendant huit ou quinze jours, et, après cet intervalle, il est appliqué de nouveau pendant deux semaines. Son inefficacité une seconde fois prouvée, il y a lieu d'y renoncer définitivement. Il ne m'est arrivé qu'une seule fois de guérir par ce moyen une affection soupçonnée cancéreuse; c'est dire que les caractères sont assez nets à partir de la formation des ulcérations; mais, en dépit de cette certitude presque absolue, il faut toujours instituer le traitement spécifique, l'expérience ayant appris que les hommes les plus exercés à reconnaître la syphilis sont exposés à méconnaître parfois ses manifestations tardives et obscures.

Le même sentiment de prudence doit porter le médecin à prescrire un traitement général et local aux malades qui peuvent être, fût-ce de la façon la plus éloignée, suspectés de tuberculose. La laryngonécrose simple et surtout le lupus du larynx, qui affectent également l'aspect du cancer pendant le premier temps de l'observation, bénéficieront également d'un traitement général dont l'huile de foie de morue et les préparations martiales ou iodurées et arsenicales seraient les principaux éléments, et qui reste sans aucune efficacité dans l'affection qui nous occupe.

Après l'emploi infructueux des médicaments agissant contre les états diathésiques autres que le cancer, il n'y a plus à attendre aucune action curative des agents médicamenteux; il est cependant aussi quelques symptômes du cancer lui-même sur lesquels on peut exercer une action palliative avantageuse, pendant quelque temps au moins.

Dans les cas où la douleur est vive, je fais volontiers des injections intra-laryngées d'une solution aqueuse de morphine dont chaque goutte représente 1 ou 2 milligrammes. L'instillation est pratiquée au moyen de la pipette laryngée contenant vingt-cinq gouttes dont je peux injecter une quantité suffisante pour obtenir un apaisement presque instantané. On peut aussi se servir de pinceaux ou d'éponges montées; il est préférable alors d'employer une solution de morphine dans la glycérine, le liquide visqueux séjournant plus longtemps sur les parties malades. Les applications de laudanum de Rousseau ou de Sydenham sont doublement utiles par leur action calmante et par leur astringence.

Contre l'œdème qui se produit à un moment quelconque de l'évolution du cancer on a les mêmes moyens que dans tous

---

version latine du *Médecin charitable*, augmentée de quelques autres petits Traités.

Au reste, Patin juge lui-même son œuvre comme elle le méritait. Le 10 novembre 1644, il écrit ceci à Charles Spon : « Je m'étonne fort qui vous a dit que j'étais l'auteur du petit *Traité de la conservation de la santé*, qui est derrière le *Médecin charitable;* cela ne mérite pas votre vu. Je l'ai fait autrefois à la prière du bon médecin charitable même, M. Guybert, qui m'avait donné le bonnet, et me pria de le faire le plus populaire que je pourrais, afin de pouvoir le joindre à son livre. Il ne mérite pas que vous y mettiez votre temps... Si je puis jamais prendre quelque loisir, je tâcherai de raccommoder ce Traité et de le rendre un peu meilleur qu'il n'est; et, en attendant, je vous prie de me faire la charité de ne dire à personne que je l'ai fait, car j'en ai honte moi-même... »

L'on attribue le *Médecin charitable*, signé par Philbert Guybert, et le *Medicus officiosus*, qui n'en est que la traduction, à Guy Patin. Nous croyons qu'on a eu tort. Il n'y a dans ses Lettres rien qui puisse justifier une pareille assertion. Il s'en défend même :

« Courtaud me blâme du livre du *Médecin charitable;* je n'y ai rien mis du mien... » (Lettre à Belin, 15 décembre 1654.) « *Phil. Guiberti medicus officiosus*, que je vous envoye, est le *Médecin charitable* en français, que M. Sauvageon m'a dédié, l'ayant tourné en latin, pour tâcher de faire dépit à M. Jost, qui en a le privilège en français... Il y a encore une autre chose qui l'a porté à entreprendre ce travail, savoir l'argent que lui en a donné le libraire hollandais nommé Vlac, qui en a fait ici faire l'impression à ses despens, et qui tôt après l'a envoyé en Angleterre et en Hollande... »

centies antehac gallice edita, nunc primum latine reddita. Paris, veuve Théod. Pepingue et Et. Maucroy, 1649; in-8° de 760 pages. La traduction latine du *Traité de la conservation de la santé* (Liber de tuenda valetudine) y est à la page 341.

les autres cas où cet accident se montre, quelle qu'en soit la cause; ce sont avant tout les applications de sangsues et de vésicatoires au-devant et sur les côtés du cou. On a contre cet accident employé les attouchements directs avec des liquides caustiques; Isambert faisait assez souvent des cautérisations à l'acide chromique. J'ai aussi employé cet acide alternativement avec l'acide acétique, en solutions au quart, au sixième, au dixième, en commençant par le plus faible, mais j'ai renoncé à cet agent qui présente plus de dangers que d'avantages réels.

La fétidité de l'haleine peut être combattue, comme je l'ai déjà dit, par des injections d'une faible solution de permanganate de potasse (1 à 3 centigrammes pour 100 grammes d'eau), ou d'acide phénique (1 à 3 grammes pour 100 d'eau), ou bien encore d'hydrate de chloral (2 pour 100). Ces liquides sont portés directement, comme il a été dit précédemment, ou pulvérisés au moyen d'appareils à vapeur chaude.

Les hémorrhagies qui se produisent parfois avec une redoutable fréquence devront être traitées par les attouchements directs de perchlorure de fer en solution aqueuse ou même pur. Cependant les applications très concentrées ne doivent être faites que sous condition de la trachéotomie préalable, si on ne veut s'exposer aux accidents les plus redoutables.

En somme, ces palliatifs ne peuvent avoir d'action que sur les accidents, douleurs, inflammations, œdèmes; ils peuvent procurer une amélioration momentanée, et rendre même l'espoir aux malades; mais ils ne sauraient avoir aucune influence sur la lésion même qui reprend un peu plus tard son évolution fatale.

Nous arrivons au traitement véritable du cancer du larynx, c'est-à-dire à l'intervention chirurgicale, que nous devons envisager sous ses différents aspects : intervention palliative par la trachéotomie ou la laryngotomie; intervention curative pouvant s'exercer elle-même par trois méthodes : l'ablation par les voies naturelles, l'ablation par une voie artificielle, l'extirpation totale de l'organe malade.

Faite dans le but unique de prolonger de quelques mois la vie d'un cancéreux, la bronchotomie n'a pas été unanimement jugée opportune. Plusieurs auteurs n'ont pas cru qu'il y eût lieu de donner un sursis à une existence condamnée.

Le véritable initiateur et le plus ardent propagateur de la trachéotomie, Trousseau, n'en pensait pas ainsi. Il était partisan de l'opération dans les affections diathésiques ; nous avons déjà cité plus haut une observation très instructive de cet auteur dans ce sens. « Si l'affection laryngée, dit-il, est sous la dépendance d'une maladie tuberculeuse et que l'état du poumon soit tel que la mort doive survenir dans peu de jours, je n'opère pas. Si, au contraire, la lésion pulmonaire commence seulement et que les désordres laryngés soient tels que la vie soit prochainement compromise, je fais la trachéotomie. A plus forte raison n'ai-je jamais balancé à la pratiquer lorsque l'affection, *quelque grave qu'elle fût*, était exclusive au larynx et que les poumons étaient intacts. »

Depuis Trousseau, la question de la trachéotomie a été plus directement soulevée à propos du cancer du larynx, mais, jusque dans ces derniers temps, il s'est trouvé des auteurs pour condamner l'opération. Pour ma part, je ne comprendrais pas qu'on refusât d'ouvrir la trachée en présence d'un malade qui, conservant presque toutes ses forces, est condamné à mourir asphyxié. On ne peut sans doute que reculer le terme inévitable; mais puisqu'il est prouvé que l'opération prolonge l'existence d'un an environ ou de deux ans même, comme je l'ai vu dans un cas, il me semble qu'il n'y a pas lieu d'hésiter. Lors même que l'épuisement paraît venir surtout de l'obstacle à la déglutition, le bénéfice résultant de la trachéotomie est évident, le rétablissement de la respiration rendant plus facile l'introduction d'une sonde œsophagienne, fallût-il, pour obtenir un espace suffisant, détruire avec le galvano-cautère les bourgeons situés à l'entrée de l'œsophage. Dans ce cas, la sonde sera laissée à demeure : elle est supportée facilement et peut, sans s'altérer, rester bien des mois en place.

La bronchotomie, selon notre impression, est non-seulement indiquée dans le cancer du larynx, mais nous n'hésitons pas à dire qu'elle est presque toujours faite trop tardivement. Réservée comme un moyen *in extremis*, elle ne donne pas tous les résultats qu'on en pourrait attendre si elle était pratiquée dès que le diagnostic de cancer est établi. On comprend que le chirurgien hésite à ouvrir la trachée ou le larynx dans les cas d'affections aiguës ou chroniques de nature simple, sur lesquelles on a prise par d'autres moyens; mais quand il s'agit d'un cancer, quel bénéfice peut-on attendre de l'expectation? Il est acquis que, grâce au repos complet dont jouit l'organe vocal après cette opération, il se produit une amélioration, variable en durée, mais que les accidents graves sont invariablement ajournés.

Ce n'est pas ici le lieu de décrire les différents procédés de trachéotomie qui ont été employés. Cependant je suis arrivé, après les avoir tous expérimentés, à préférer de beaucoup l'un d'eux, et je dois donner les raisons de ma préférence. Depuis que M. Verneuil fit la première trachéotomie au galvano-cautère, sa méthode a été étudiée par bon nombre de chirurgiens. Dès la publication du savant professeur, j'ai pratiqué la bronchotomie sur plusieurs de mes malades, au galvano-cautère d'abord, et ensuite au thermo-cautère de Paquelin. Mes premières observations n'étaient pas favorables à la méthode nouvelle, mais au fur et à mesure que j'en continuai la pratique, les avantages des instruments ignés m'apparaissaient de plus en plus évidents, et j'en devins le partisan le plus convaincu. Bon nombre de mes observations ont été déjà publiées et j'en ai recueilli d'autres que je ferai connaître plus tard.

VII. — *Guillelmi Ballonii... consiliorum medicinalium libri II, a Jacobo Thevart, in lucem editi. Paris*, 1635, *in-4°.*

Ce livre, si justement estimé de Guil. de Baillou, est enrichi d'une table fort copieuse des matières. C'est Guy Patin qui l'a faite, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant une lettre à Falconet, 23 juillet 1649. « Je vous conseille de ne lire de ce livre que la table que j'en ai faite, dans laquelle j'ai mis et ramassé ce que j'ai trouvé de bon dans ces livres... »

VIII. — *Les* Orationes et Præfationes *de Jean Passerat.*

C'est en 1606 que furent imprimées pour la première fois les *Orationes et Præfationes* de Passerat, dans lesquelles ce poète aimable, ce railleur rabelaisien, déploya tous les trésors d'un esprit délicat, orné, facile et gai, et sous une forme badine sut dire des vérités importantes. Ce genre de littérature devait plaire à Guy Patin, et il résolut de donner une nouvelle édition de son auteur favori. C'est ce qu'il fit en 1637 :

Joannis Passeratii, eloquentiæ professoris et interpretis regii, Orationes et Præfationes. Paris, 1637, *in*-8.

La paternité de cette édition n'est pas douteuse :

1° L'épître dédicatoire, à Charles Guillemeau, est ainsi signée : G. P. B.

2° L'édition est enrichie de plus de cinquante pages d'éloges en faveur de Passerat, et réunies par Guy Patin.

3° Patin écrit ceci à Belin (26 mai 1637) :

« Pour le portrait de Passerat, je l'ai vu deçà en taille douce... Mais je n'ai pu en recouvrer la planche en cuivre. Si vous connaissez quelqu'un delà qui l'eût en sa possession, je m'offre de l'acheter ou d'en payer le prix, en cas qu'on ne le veuille prêter, pour en faire tirer deux ou trois cents, que je ferais mettre dans ses Préfaces... Pour les titres des Préfaces de Passerat, je ne vous l'envoie point, veu que le tout

On sait que le principal avantage de la méthode thermique est de mettre à l'abri de l'hémorrhagie, si on a soin de manier l'instrument avec les précautions nécessaires; avec le thermo-cautère, j'ai fait des trachéotomies sans répandre une goutte de sang, et dans les cas où j'ai été moins heureux, la quantité de sang perdue a été tout à fait insignifiante. Il n'y a pas lieu de reprendre toute cette discussion à laquelle je me suis livré dans les articles indiqués, ni de redire en détail la manière dont je procède; je rappellerai seulement que j'ai été le premier à appliquer ce que j'ai appelé les *incisions ponctuées*, et que j'attribue à cette pratique l'absence des eschares consécutives et des hémorrhagies secondaires; le couteau incandescent ne restant en contact avec les tissus à diviser que pendant un instant extrêmement court, il ne se produit pas de destruction des tissus par rayonnement, et on ne voit jamais de mortification des lèvres de la plaie, comme plusieurs chirurgiens l'ont observé. S'il vient à s'écouler un peu de sang, il faut étancher la plaie avec soin; et ce n'est qu'au moment où le fond et les lèvres de la plaie sont étanchés qu'il faut songer à ouvrir la trachée. Je pratique cette section au bistouri, la muqueuse trachéale étant trop peu vasculaire pour exposer à une perte de sang de quelque importance. L'entrée du sang dans les voies aériennes au moment de l'ouverture de la trachée est évitée; on n'entend pas par conséquent cette espèce de gargouillement que produit la collision de l'air et du liquide, le sang n'est pas projeté sur l'opérateur et ses aides, le malade n'a guère d'accès de toux : cet appareil effrayant qui fait redouter souvent la trachéotomie est entièrement supprimé; toute l'opération se passe avec le calme des actions chirurgicales les mieux réglées.

Les avantages que je reconnais encore au procédé de trachéotomie thermique, c'est de produire une révulsion plus vive, qui n'est point à négliger dans le cas qui nous occupe, et de mettre à peu près à l'abri de l'érysipèle qui a souvent pour point de départ les bords d'une plaie faite au bistouri. Ce n'est pas à dire que les accidents du côté de la plaie soient écartés à coup sûr; M. Bayer (de Bruxelles) a perdu un de ses malades de septicémie quatre jours après l'opération faite au thermo-cautère. Ce fait, il faut le dire, est unique (*Annal. des mal. de l'or. et du lar.*, 1878, p. 224).

Le cautère galvanique présente en somme les mêmes avantages que le thermo-cautère, mais il a l'inconvénient d'être plus difficile à manier et d'exiger auprès de l'opérateur un assistant spécial.

On conseille généralement de faire la trachéotomie dans le cas de cancer le plus bas possible dans la trachée, afin de s'éloigner davantage du siège du mal et de ne pas s'exposer à rencontrer avec la canule un prolongement de la tumeur. Il n'est pas toujours possible de s'en tenir à cette indication dont l'utilité, du reste, est très contestable. Chez les hommes de petite taille, très replets, « à double menton, » il arrive que l'espace manque entre le cricoïde et le sternum, dont il faut, avant tout, ne pas s'approcher trop. On a conseillé de pratiquer alors la crico-trachéotomie; chez les enfants, cette opération ne paraît pas avoir d'autres conséquences que la trachéotomie simple, le cricoïde étant très-peu développé et ressemblant presque à un anneau de la trachée. Mais il n'en est pas de même chez les malades âgés que l'on opère pour un cancer du larynx, leur âge et la maladie chronique dont ils sont atteints contribuant simultanément à l'ossification du cricoïde. On pourrait alors rencontrer de la difficulté à le sectionner : le cartilage pourrait même se nécroser à la suite de l'opération, ainsi qu'on l'a vu plusieurs fois. Je respecte le cricoïde, c'est dans la membrane crico-thyroïdienne que je pratique l'ouverture par où doit pénétrer la canule. J'ai publié ailleurs les détails de cette opération que j'appelle la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne (voy. *Société de chirurgie*, 1878). Elle est d'une exécution beaucoup plus facile que la trachéotomie, le point de repère ne faisant jamais défaut; il n'est pas de sujet si gras, qu'on ne puisse sentir, à travers les parties molles, le bord angulaire du thyroïde. C'est le seul point de repère nécessaire, car, après la section de la peau et de la couche graisseuse, le doigt reconnaît aisément la membrane qu'il faut ponctionner; on ne rencontre aucune résistance pour pénétrer dans cet espace; il suffit pour y parvenir d'une très douce pression, grâce à l'élasticité de la membrane et au facile écartement des deux cartilages. Ma canule à bec facilite par sa forme l'introduction, et rend inutile l'emploi du dilatateur, pour lequel il n'y aurait d'ailleurs pas de place.

Quelle que soit la canule qu'on emploie, il est préférable de la choisir pleine, c'est-à-dire sans perforation à la partie convexe de sa courbure. Avec une canule ordinaire, un fragment détaché de la tumeur peut s'engager dans le tube métallique et reproduire les plus graves accidents d'asphyxie. Je les ai vus se produire plusieurs fois.

Dans les cas où le cancer occupe l'espace sous-glottique et se prolonge dans la trachée, il est nécessaire de placer une canule très-longue, de façon que le bout inférieur dépasse la tumeur en bas. Quant au diamètre de la canule, il sera suffisant du moment que, le malade respirant amplement, aucun bruit de frottement ne sera produit par le passage de l'air. Une ouverture de 7 millimètres de diamètre peut être prise pour moyenne.

La canule doit être solidement fixée; cette recommandation est ici plus nécessaire peut-être qu'en aucun autre cas. Isambert raconte que, la canule étant venue à tomber un instant après l'introduction, il lui fut impossible de la remettre en place, et que le malade mourut entre ses mains. En effet, la canule plonge dans un amas de bourgeons fongueux qui s'affaissent facilement, se rapprochent les uns des

---

et la table sont imprimés il y a plus de quinze jours; on n'est plus que sur les préfaces et les premières feuilles, dans lesquelles il y aura près de cinquante pages d'éloges... J'ai affaire à des imprimeurs qui ne se hâtent guère... »

4° Sur l'exemplaire de notre Bibliothèque nationale, exemplaire qui a appartenu à Camille Falconet, on lit sur la feuille de garde et de la main de Guy Patin :

Erudito Philiatro et ingenuo adolescenti Petro Gonterio, Roannæ, Lugdunensis, aureas hasce Jani Passeratii Præfationes offert ex animo Guido Patinus Bellovacus, doctor medic. Parisiensis, die Dominico Divo Petro sacro, 29 *Junii* 1642.

Et à la fin de l'épître dédicatoire à Ch. Guillemeau, une autre main, très-probablement celle de Pierre Gontier, l'heureux favori de cet *ex dono*, a tracé cette note :

D. Guido Patinus, doctor medicus Parisiensis hanc epistolam scripsit, et hunc librum sic emendatum, cum virorum eruditorum de Passeratio elogiis JUSSIT TYPIS MANDARI.

C'est ce même Pierre Gontier, dont Guy Patin parle avec affection dans trois lettres des 19 septembre, 19 décembre 1662, 15 juillet 1667, et qui est auteur d'un *Traité d'hygiène* publié en 1668.

IX. — *Les* Opera omnia *de Daniel Sennert.*

Sennert était digne de l'admiration qu'avait pour lui Guy Patin; il fut un grand médecin, qui établit sur des bases solides les fondements de l'art. Aussi Patin tenait-il à grand honneur de réunir en un volume les nombreuses œuvres éparses du professeur de Wittemberg. Il intéressa dans son projet la Société des libraires de Paris, et en 1641, quatre ans environ après la mort de leur auteur, paraissait la première édition des *Opera* de Sennert, en un beau volume in-fol. L'ouvrage est précédé d'une épître adressée à René Moreau, médecin de Paris, et signée des libraires Michel Joly, Jacques Quesnel, Jean Branchu, Louis Heuqueville, veuve Jean Petit-

autres, et saignent au moindre contact. Or, le retrait de la canule peut avoir pour conséquence l'effacement presque immédiat du trajet de l'instrument; en cherchant à la réintroduire on fait aisément fausse route, on peut déchirer les fongosités et produire instantanément les plus graves accidents d'asphyxie subite ou lente par pénétration du sang ou des parcelles solides, dans les bronches.

Le changement de la canule ne doit pas être moins surveillé. Un des malades de M. Fauvel mourut brusquement pour avoir enlevé sa canule, qu'il croyait obstruée; j'ai vu, pour ma part, une hémorrhagie très-grave se produire à l'occasion d'un changement.

Lorsqu'aucun accident ne survient, lorsqu'on peut parer à la dysphagie par le maintien d'une sonde œsophagienne à demeure (introduite par l'une des narines), lorsque le cancer n'est pas hémorrhagique, les malades survivent à la trachéotomie un temps variable dont la moyenne peut être évaluée, nous l'avons dit, à un an, et au delà. Cette moyenne n'a cependant qu'une valeur statistique, et n'a par conséquent qu'une signification assez vague, eu égard aux faits isolés, trop différents entre eux.

L'observation de Trousseau signalée déjà par nous (*Journ. des connaissances méd.-chirurg.*, 1840, t. VIII, p. 133) n'a, malgré ses quarante et quelques années de date, rien perdu de son intérêt, même au point de vue de la marche de l'affection :

Il s'agit d'un homme âgé de quarante-cinq ans, d'apparence robuste, sans antécédents héréditaires, qui fut pris, sans cause appréciable, de troubles laryngés que l'on retrouve dans la plupart des observations de cancer du larynx. Les premiers symptômes s'étaient montrés en 1836, et ils s'étaient aggravés sans cesse jusqu'en 1839, époque où Trousseau fut consulté. Privé de tout moyen d'investigation directe, et en présence de phénomènes peu caractéristiques par eux-mêmes, il considéra comme le plus probable, l'hypothèse d'une tumeur intra-laryngée. Il prescrivit toutefois successivement des traitements antiphlogistiques et antisyphilitiques, ce dernier étant particulièrement indiqué par les antécédents avérés du malade. Il n'y eut pas de résultat, les accidents respiratoires devenaient extrêmement menaçants. Au mois d'août 1839, la trachéotomie fut faite dans des conditions telles que l'opéré avait été jugé mort avant même la première incision, et qu'il fallut pratiquer pendant plus d'une demi-heure la respiration artificielle. Cependant, au bout de quinze jours, le malade se levait, et il put bientôt partir pour la campagne. Les forces et l'embonpoint revinrent rapidement; pendant cinq mois l'état fut excellent. A partir de ce moment, la tumeur augmenta de volume, l'alimentation finit par être tout à fait impossible, et le malade mourut d'inanition *neuf mois* après l'opération.

Dans l'observation suivante, la survie fut encore bien plus longue à la suite de la trachéotomie.

X... est atteint de dysphonie depuis plus d'un an. Je constate, au laryngoscope, une altération de la corde vocale supérieure droite, ressemblant à une simple laryngite hypertrophique avec épaississement de la muqueuse. Le seul phénomène discordant était l'absence de la toux. J'instituai, dans ce sens, un traitement local, sans obtenir de résultat, et je cessai de voir ce malade pendant fort longtemps. Environ trois ans après, j'appris que dans l'intervalle des symptômes respiratoires étaient survenus, et que, graduellement aggravés, ils avaient nécessité depuis peu la trachéotomie. Quelques mois après avoir subi cette opération, le malade revint me voir. Son état de santé était excellent, et il ne se plaignait que d'une toux légère. Au laryngoscope, je constatai que la cavité du larynx était complètement oblitérée, que les aryténoïdes étaient extrêmement boursouflés, œdématiés, et que l'épiglotte participait à l'inflammation; elle était, en effet, volumineuse, renversée en arrière, et comme entraînée par son propre poids sur l'entrée du larynx. Lorsqu'on venait à oblitérer pour un instant la canule, la respiration était absolument impossible. Si je n'avais pas été éclairé déjà par d'autres faits, j'aurais hésité à admettre la nature maligne d'une affection qui, après un temps si long, n'avait encore eu aucun retentissement sur l'organisme : d'autant plus, qu'ayant vu le malade après plusieurs années de troubles phonétiques, je n'avais pas soupçonné la malignité de l'affection. Lors de mon second examen, l'affection datait de six ans au moins, elle avait déjà nécessité la trachéotomie et ne s'était comportée cependant que comme aurait pu faire un corps étranger inerte. L'embonpoint du malade était conservé; pas de ganglions au cou, pas de salivation, pas d'odeur caractéristique. L'absence de ce dernier phénomène s'expliquait, il est vrai, par défaut de respiration laryngée; mais tout l'aspect du malade indiquait un état général parfait. Les révélations laryngoscopiques étaient cependant devenues irrécusables; il s'agissait bien dûment d'un cancer épithélial, mais je ne doute pas que l'excision de la partie malade eût donné, même à ce moment encore, un résultat satisfaisant. Il ne put en être question. Le malade se rendit dans le Midi, d'où je reçus de ses nouvelles de temps en temps. Peu à peu la déglutition s'embarrassa, il survint de la salivation, ensuite les crachats furent teintés de sang; enfin, la tumeur, en se développant, arriva à faire saillie sur les bords de l'ouverture trachéale. Tous ces symptômes s'aggravèrent progressivement; les nuits, restées bonnes jusque-là, étaient désormais entrecoupées par de fréquents accès de toux, l'état général devenait mauvais et le malade amaigri, décoloré, commençait à présenter l'aspect cachectique.

Dans ce cas encore, les ganglions du cou ne s'engorgèrent qu'à la fin, et le malade survécut environ dix-huit mois à la trachéotomie.

Je pourrais citer bon nombre d'exemples analogues; mais ces faits sont pour ainsi dire calqués les uns sur les autres, et il n'y aurait pas d'utilité d'en exposer plusieurs. J'ai tenu à faire connaître un de ces cas nombreux d'épithélioma à marche lente, observé au début, alors que l'extirpation de la partie malade eût pu donner un résultat satisfaisant. Il est vrai que je n'avais pas reconnu la nature du mal dès ma pre-

---

Pas. On ne s'y trompa point, cependant, et l'on reconnut sans peine l'œuvre de Patin. D'ailleurs, dans une de ses lettres (14 août 1643), le célèbre critique s'en reconnait l'auteur, et il annonce même qu'il l'a fait imprimer à part, sous forme in-4°, pour en donner « à une infinité d'amis qui lui en demandaient ». Nous n'avons pu trouver cette édition in-4°.

Au reste, cette épître mit le feu aux poudres. Fidèle à son horreur pour les chimistes, Patin n'hésite pas à condamner les tendances, dans ce sens, de Sennert lui-même, et toutes les foudres de sa colère sont vomies contre les « antimoniales », les « mercuriales », les « fumivendules », lesquels, sur toute la terre, empoisonnent la pauvre humanité et exercent un véritable métier de bourreau : *Horrendam quandam carnificinam*. Puis, s'adressant à René Moreau, il lui rappelle, parmi ses ouvrages, *La défense de la Faculté* contre Renaudot, contre ce *nebulonem, qui fictæ pietatis et charitatis non sinceræ, larvam prætendens, in hanc urbem novitates quas nescio, inducere et maleferiatæ mentis somnia passim obtrudere moliebatur*.

Patin eut la hardiesse d'envoyer rue de la Calandre, au Grand-Coq, un exemplaire de son épître.

Renaudot ne put rester froid devant tant d'audace, et il résolut d'intenter un procès au bouillant adversaire des apothicaires.

L'affaire fut d'abord portée devant d'Aubray, maître des requêtes; mais Patin ayant déclaré que les termes dont il s'était servi ne s'adressaient nullement au gazetier, mais bien à Guy de La Brosse, lequel, dans son livre *De plantis*, avait outragé la Faculté de médecine, les parties furent renvoyées dos à dos. Renaudot ne s'en tint pas là; il continua à poursuivre Patin, cette fois (12 août 1642) devant les juges des requêtes de l'hôtel, et il amena la sœur de de La Brosse (ce dernier étant mort) à faire cause commune avec lui. Patin se défendit lui-même; il émerveilla les juges par son éloquence, son érudition, les traits d'esprit dont il émailla son

mière inspection; mais si je n'avais pas perdu ce malade de vue pendant longtemps, je n'aurais pas tardé à établir un diagnostic exact, et à en saisir les indications.

(*A suivre.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (9e session), à Montpellier.

(Correspondance particulière de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.)

SÉANCE GÉNÉRALE D'OUVERTURE, 28 AOUT.

La huitième session de l'Association française s'est ouverte à Montpellier le jeudi 28 août. M. Bardoux, président du congrès, a prononcé un discours remarquable, mais qui n'avait qu'un rapport assez indirect avec la circonstance, et était relatif à l'éducation de la jeunesse et à la réforme de l'enseignement.

Ensuite M. *Laissac*, maire de Montpellier, a souhaité en excellents termes la bienvenue à MM. les membres du congrès.

Enfin M. *E. Cazelles*, préfet de l'Hérault, qui appartient au corps médical et à qui l'on doit la traduction d'un des ouvrages d'Herbert Spencer, a prononcé un discours sur *l'influence sociale de l'esprit scientifique*. Ce discours a reçu de l'auditoire l'accueil le plus sympathique.

Après ces discours d'inauguration, M. *G. de Saporta*, secrétaire général, a lu un rapport sur l'*Association française à la grande Exposition de* 1878. La séance s'est terminée par une allocution de M. *G. Masson*, relative aux finances de l'Association.

Après avoir, dit-il, payé tous les frais immédiats de la session, il restait disponible, sur la somme qui nous avait été attribuée, une somme d'environ 13000 francs, applicable à nos dépenses courantes. C'est sur ce reliquat que nous avons prélevé le capital nécessaire à l'achat d'une rente de 400 francs, du montant de laquelle le conseil d'administration disposera chaque année sous le titre de subvention de la ville de Paris.

Section des sciences médicales.

SÉANCE DU 28 AOUT 1879.

Ont été nommés membres du bureau dans la section des sciences médicales :

Président : M. Potain (en remplacement de M. Gubler, décédé).

Vice-présidents : MM. Denucé (de Bordeaux), Combal et Courty (de Montpellier), J. Bergeron (de Paris).

Secrétaires : MM. Chalot et Grasset (de Montpellier), François-Franck et L.-H. Petit (de Paris).

SÉANCE DU 29 AOUT (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. PÉAN.

M. *de Wecker : La guérison du glaucome simple par la sclérotomie.* — M. de Wecker, rappelant les succès de l'iridectomie dans le traitement du glaucome aigu d'origine irritative, présente la sclérotomie comme capable de remplacer l'iridectomie dans le traitement du glaucome chronique.

— M. *Leudet : Sur les lésions du péritoine chez les alcoolisés.* — Ces lésions consistent : 1° en une ascite qui s'accroît lentement, résiste aux traitements médicaux ordinaires et peut disparaître définitivement après une ponction, à la condition que les voies digestives soient en bon état; 2° en des altérations inflammatoires chroniques : péritonite granuleuse, comme dans la tuberculose; plaques laiteuses, rétraction et épaississement du mésentère; rarement adhérences entre les feuillets du péritoine. On peut trouver, avec cette forme de péritonite, un peu de liquide limpide ou d'un blanc grisâtre, sans purulence franche; ce liquide peut quelquefois avoir le caractère hémorrhagique dans une période avancée. La marche de ces lésions est lente, très-insidieuse; l'attention n'est appelée sur elles que lorsqu'elles sont très-avancées; elles paraissent résulter souvent de l'irritation graduelle de lésions du tube digestif, telles que la cirrhose gastrique avec ou sans ulcère, ou l'entérite.

MM. *Henrot*, *Denucé* et *Potain* ont observé des faits analogues à ceux que vient de rapporter M. Leudet.

— M. *Livon* (de Marseille) : *Recherches sur l'action physiologique de l'acide salicylique.* — Les principaux résultats se résument ainsi : exagération dans la proportion d'acide carbonique exhalé; contractions tétaniques des muscles, suivies bientôt d'épuisement de la contractilité.

Cette action musculaire s'explique ainsi : l'acide salicylique a une action spéciale sur le système nerveux central; mais l'épuisement du muscle ne résulte pas d'une action musculaire toxique spéciale : elle est la conséquence des contractions violentes auxquelles a donné lieu l'acide salicylique.

M. *Carrieu* (de Montpellier) cite un cas clinique qui lui paraît confirmatif de l'opinion que vient d'exprimer M. Livon sur l'action musculaire de l'acide salicylique.

M. *Clément* (de Lyon) pense, au contraire, que rien ne justifie, au point de vue clinique, l'idée émise par M. Livon. Il n'a jamais vu de contractions spasmodiques à la suite de l'administration de doses élevées d'acide salicylique.

---

discours, et la cour ne put que le mettre « hors de cause et de procès », lorsqu'il eut lancé à son adversaire ces paroles empruntées à saint Jérôme, et qu'il devait renouveler cinq ans plus tard dans une circonstance analogue :

Disposui nasum secare fœtentem; timeat qui strumosus est.

L'implacable vainqueur poursuivit de ses sarcasmes le gazetier jusqu'en dehors du prétoire :

— Monsieur Renaudot, lui dit-il en l'abordant, vous pouvez vous consoler, car vous avez gagné en perdant.

— Comment donc, répondit-il?

— C'est que vous étiez camus lorsque vous êtes entré ici et que vous en sortez avec un pied de nez.

Guil. Duval, alors doyen de la Faculté, a enrichi les registres de l'Ecole d'une analyse de cette fameuse audience du 14 août 1642. On pourra la lire dans le tome XIII, fol. 141, v°, et suiv., et se donner une joie que n'a pas eue M. Maurice Reynaud, lequel a cherché en vain la plaidoirie de Patin dans les registres du Parlement.

X. — *Considérations sur la sagesse de Charron, par P. Chanet, médecin de la Rochelle.*

C'est aux soins de Guy Patin qu'on doit l'impression de ce livre, dont il avait depuis fort longtemps le manuscrit entre les mains. Il porte ce titre :

Considérations sur la sagesse de Charron, en deux parties, par M. P. G. D. en M. Paris, Claude le Groult et Jean Le Mire; 1643; 8°. Les imprimeurs se sont trompés en mettant P. G. D. en M. pour P. C. D. en M. (Pierre Chanet, docteur en médecine) : un G à la place d'un C; la même erreur existe dans le privilège, daté du 30 janvier 1643. Au reste, Guy Patin s'en explique dans deux lettres des 19 juin et 17 août 1643 :

« J'ai fait imprimer depuis peu un livre français intitulé : *Considérations sur la sagesse de Charron.* L'auteur en est inconnu, *aut saltem non vult nominari;* un temps viendra qu'il parlera... »

M. *Combal* (de Montpellier) ajoute qu'il ne considère pas comme fixées les indications du salicylate de soude.

M. *Bergeron* pense que les accidents de la médication salicylée sont surtout dus à l'état pathologique du rein; aussi n'observe-t-on pas d'accidents chez les enfants, dont les reins sont généralement intacts.

Cette opinion est confirmée par M. *Petit*, qui rappelle que l'on a trouvé des lésions viscérales chez les sujets morts à la suite de l'administration du salicylate de soude, et qui ajoute que l'élimination par la peau étant entravée par les bains froids, on peut, pour cette raison, observer encore des accidents dus à l'emmagasinage d'une proportion trop considérable du médicament.

— M. *Podolinsky* conclut de ses recherches *sur l'état sanitaire des populations du gouvernement de Kiew*, que la mortalité exceptionnelle que l'on y observe est due à deux causes principales : l'impaludisme et la syphilis.

— M. *Chalot* (de Montpellier) communique un travail *sur les injections hypodermiques de pilocarpine après l'opération de la cataracte par extraction et dans quelques autres affections.* — Dans tous les cas les malades ont supporté difficilement les injections de chlorhydrate de pilocarpine, tant à cause de l'angoisse que de la lassitude qui les accompagnent. Plusieurs même ont refusé absolument d'en continuer l'usage. Ce médicament injecté à intervalles trop rapprochés ou en trop grande quantité donne lieu à des troubles circulatoires, notamment à des syncopes qui peuvent être mortelles. En regard des accidents, on n'a point à enregistrer de résultats satisfaisants qui puissent autoriser à considérer comme avantageux les effets de la pilocarpine dans la kératite superficielle diffuse, l'hypoéma, l'aquo-capsulite exsudative et l'état nébuleux du corps vitré.

MM. *Fieuzal*, *Denucé*, *Eustache*, *Massart* n'ont obtenu aucun bon résultat de l'administration de la pilocarpine; ils en ont toujours constaté les graves inconvénients; M. Massart cite même un cas de mort survenu chez un sujet ascitique après la troisième injection de pilocarpine.

— M. *Petit* communique un travail de M. *Quinquaud*, absent du congrès, sur *la maladie et sa lésion hématique*. Ce travail, qui renferme un grand nombre d'observations et d'analyses, sera publié dans le compte rendu des travaux de l'Association.

— M. *Marquez* communique une observation dans laquelle on recueillit du *sable intestinal* chez un sujet affaibli. Il ne croit pas que ce sable ait été introduit du dehors dans les voies digestives, et estime qu'il s'est formé dans l'intestin à la suite de combinaisons dont le secret lui échappe.

— M. *Champigny* communique des analyses de kystes et de prétendus calculs de cholestérine.

— M. *Seguin* rappelle les effets qui ont été faits déjà dans le but d'arriver à l'adoption du système métrique dans les formules médicales des divers pays de l'Europe. Il engage les membres de la section à s'associer aux vœux déjà émis dans ce sens par le congrès de Genève (1877) et par le *British medical Association*, dans son dernier congrès, à Cork.

— M. *de Varigny* adresse à la section un travail *sur les atrophies cérébrales chez les amputés.* — L'auteur conclut que l'atrophie cérébrale chez les amputés n'est pas chose nécessaire, et que, du reste, sa détermination est toujours difficile. Il n'est pas encore possible de faire entrer cette notion anatomo-pathologique en ligne de compte quand il s'agit de la théorie des localisations cérébrales, à laquelle elle n'apporte jusqu'ici ni confirmation, ni opposition.

SÉANCE DU 30 AOUT (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. POTAIN.

M. S. *Duplay* fait une lecture sur le *traitement chirurgical de l'hypospadias et de l'épispadias.* — L'auteur a apporté plusieurs modifications à son procédé de traitement de l'hypospadias (communiqué à la Société de chirurgie en 1874) et a appliqué au traitement de l'épispadias la méthode et les procédés opératoires qui lui avaient réussi dans la première de ces deux affections.

La méthode du traitement de l'hypospadias comprend trois temps successifs : le redressement de la verge; la création d'un nouveau canal uréthral; l'abouchement des deux portions du canal.

Le second temps a été surtout modifié : au lieu de tailler sur la face inférieure de la verge deux lambeaux assez larges pour recouvrir complètement la sonde, M. Duplay se borne maintenant à tracer de chaque côté de la ligne médiane et à quelques millimètres en dehors de cette ligne une incision longitudinale dont il dissèque à peine la lèvre interne de manière à l'incliner en dedans sur la sonde, mais sans chercher à recouvrir complètement celle-ci. Il dissèque au contraire largement la lèvre externe de chaque incision, de manière à amener vers la ligne médiane la peau des parties latérales de la verge. La suture enchevillée a été substituée à la suture à points séparés, dans la réunions des lambeaux, aussi bien que dans l'abouchement des deux portions du canal qui constitue le troisième temps.

Dans le traitement de l'épispadias, M. Duplay a adopté en le modifiant et en le simplifiant le procédé de Thiersch (de Leipzig). Il procède par temps successifs qui sont la restauration de la partie balanique du canal; la réparation de la

---

« Le vrai auteur, qui n'aime pas d'être connu, est M. P. Chanet, médecin de la Rochelle. J'en ai eu le livre manuscrit entre mes mains fort longtemps pour en avoir le privilège; les imprimeurs, au lieu de P. C., qui serait Pierre Chanet, ont failli en mettant P. G. Il est âgé d'environ quarante ans; il est fort savant, sanguin, mélancolique, qui a fort voyagé. Il est fils d'un ministre de Marans qui est encore vivant... »

P. Chanet ne tenait pas absolument au voile dont il avait couvert son nom; car, l'année suivante, il le déchirait et publiait une seconde édition de son ouvrage : même format, même pagination; mais l'avis « aux lecteurs » est changé; P. G. D. en M. deviennent *sieur Chanet*. L'exemplaire de cette seconde édition que possède la Bibliothèque nationale est curieux; il a appartenu à Guy Patin lui-même. On lit, en effet, sur la feuille de garde et de la main même du célèbre critique : *Guido Patinus Bellovacus, Doctor Med. Par.*

Voir sur Chanet la lettre de Patin à Spon, du 3 mars 1656.

XI. — *Publications contre Théophraste Renaudot.*

Un des points les plus curieux de l'histoire de la Faculté de médecine de Paris, c'est sa lutte contre Théophraste Renaudot, l'ingénieux, le courageux inventeur du *Bureau d'adresses*, de la *Gazette*, des *consultations charitables* et des *prêts sur gages*. Cette lutte a été violente, haineuse, sans trêve ni merci; elle a duré plus de quatre ans. La Faculté a tout osé pour abattre le colosse qui la narguait, qui avait élevé autel contre autel, et qui la menaçait dans ses antiques prérogatives, dans son influence, dans son existence même. Elle a frappé le gazetier, le « trafiqueur d'amour », l' « usurier », le « monstre », le « maudit », l' « infâme menteur et imposteur », le « vilain nez pourri », le « cacophraste » dans ses plus chères affections, en fermant la voie de la licence et du doctorat à ses deux fils; elle a créé dans son sein une commission de neuf membres, un *novemvirat*, ayant pour mission de ne laisser aucun répit à Renaudot (*Regist.-Comment.*,

portion pénienne, enfin l'abouchement du nouveau canal avec la portion postérieure.

— M. *Henrot* (de Reims) : *De la ponction capillaire dans l'ascite.* — M. Henrot s'inspirant de l'idée émise par M. Southey (de Londres), au congrès du Havre (drainage capillaire des membres œdémateux), a substitué à la ponction de l'ascite par le trocart ordinaire la ponction capillaire avec écoulement continu. Il développe l'innocuité et les avantages de ce procédé.

M. Leudet qui l'avait déjà indiqué et préconisé dans son *Traité de clinique* publié en 1874, et M. Potain qui l'a employé avec succès se joignent à M. Henrot pour vanter les bons résultats de la ponction capillaire dans l'ascite.

— M. *Massart* (de Honfleur) cite une observation d'hémorrhagie alvéolaire intermittente survenue à la suite de l'avulsion d'une dent et guérie par le sulfate de quinine. A la suite de cette communication, M. *Castaing* (de Montpellier) fait remarquer que la périodicité des hémorrhagies dans les pays à fièvres palustres n'est pas un fait exceptionnel et rappelle que M. Bouisson a depuis longtemps insisté sur ce point. M. *Jaumes* (de Montpellier) a constaté l'intermittence dans certains accidents d'irido-choroïdite glaucomateuse. — M. *Barety* a observé des hémoptysies et des hémorrhagies intermittentes. — M. *J. Bergeron* a soigné un enfant atteint d'une hématurie intermittente, indépendante de toute intoxication paludéenne, et qu'il a guéri par le sulfate de quinine.

— M. *Dumas* (de Montpellier) présente un bassin vicié à la suite d'une amputation de la cuisse pratiquée dans le jeune âge. Ce bassin appartenait à une femme de dix-neuf ans, primipare, morte de péritonite puerpérale. La déformation consiste en une atrophie de la moitié du bassin correspondant au fémur amputé. Sa forme se rapproche de celle du bassin oblique ovalaire produit par la luxation congénitale du fémur, mais avec cette différence que la déformation est du côté opposé à la lésion. M. Dumas considère comme cause essentielle de la déformation les actions musculaires et les pressions subies par les os.

Pour M. *Mattei*, les causes invoquées par M. Dumas pour expliquer la déformation du bassin qu'il présente, sont réelles mais il croit qu'il faut donner une plus grande importance à l'action des forces physiques dont il développe l'influence sur les formes normales du bassin dans plusieurs types de l'espèce animale et chez l'homme, ainsi que sur les femmes pathologiques.

M. *Poncet* (de Lyon) émet l'opinion qu'il doit y avoir arrêt de développement de la moitié du bassin qui correspond au fémur amputé.

— M. *Teissier père* lit un mémoire sur les *hémorrhagies bronchiques dans leurs rapports avec la phthisie pulmonaire.* — Se fondant sur un certain nombre d'observations qu'il rapporte avec détails, M. Teissier dit qu'il n'est plus aussi éloigné de croire qu'autrefois au *phthisis ab hemoptoë*. Il conclut de ses observations dans lesquelles des sujets jusque-là sains en apparence ont présenté des signes de tuberculose à la suite de traumatisme du thorax et d'hémoptysie : « Il n'est pas exact de dire qu'une hémorrhagie bronchique ne puisse être suivie de phthisie pulmonaire que chez les sujets ayant déjà des granulations tuberculeuses. Les hémorrhagies bronchiques, même d'origine traumatique, peuvent être des causes occasionnelles de tuberculose chez les sujets prédisposés dont les organes respiratoires ne jouissent pas de la résistance normale par suite d'une diathèse scrofuleuse, tuberculeuse, d'alcoolisme et de toutes les débilités constitutionnelles. »

C'est sur ce dernier point qu'insiste M. *Thaon* (de Nice) : il considère le traumatisme du thorax comme capable de déterminer l'évolution d'une tuberculose pulmonaire chez des sujets déjà en puissance de la diathèse.

L'influence du traumatisme thoracique et non de l'hémoptysie qui en est la conséquence est tour à tour présentée comme le fait essentiel par MM. *Chalot* (de Montpellier), *Barety*, *A. Poncet*, etc.

SÉANCE DU 30 AOUT (SOIR). — PRÉSIDENCE DE M. POTAIN.

M. *Chalot* (de Montpellier) fait une communication sur l'*ignipuncture dans le traitement des arthrites fongueuses.* — L'ignipuncture, contrairement à la cautérisation ponctuée, a pour caractère propre d'agir profondément dans l'épaisseur des parties malades. Le thermo-cautère est la source de calorique la plus simple à mettre en œuvre, la plus facile à manier, la plus précieuse pour la constance et la graduation de la température.

L'ignipuncture est *intra-capsulaire* ou *intra-osseuse*, suivant que les pointes de feu pénètrent dans l'épaisseur de la capsule fibro-séreuse ou dans celles des extrémités osseuses. L'ignipuncture est le meilleur mode de traitement des arthrites fongueuses, quand on lui associe l'immobilisation méthodique, qui est son complément indispensable. L'ignipuncture a moins une action résolutive qu'une action modificatrice directe sur les tissus malades : elle n'agit pas seulement par escharification multiple et par formation abondante de tissu inodulaire, elle modifie encore la nutrition intime des fongosités et les fait disparaître suivant le processus ordinaire de la sclérose.

L'ignipuncture est indiquée dans la synovite fongueuse primitive aussi bien que dans l'ostéite primitive ; elle l'est également dans la zonarthrite fongueuse.

---

t. XIII, fol. 113); elle a décrété (17 mai 1641) que tout docteur pourrait écrire contre l'ennemi commun. Et l'on ne s'est pas fait faute, rue de la Bucherie, d'user de la permission. Durant ces quatre années, ç'a été de part et d'autre une avalanche de factums, de pamphlets, de chansons, de pièces versifiées, qu'on dirait, pour la plupart, avoir été écrites plutôt par des crocheteurs que par des médecins, et dont les auteurs ont été, du reste, assez pudiques pour se cacher sous le voile de l'anonyme. Guy Patin ne fut pas le dernier à entrer en lice et à mettre au service de sa chère Faculté son talent d'écrivain, sa vaste érudition et cette plume satirique, endiablée, qui blessait à mort tout ce qu'elle touchait.

René Moreau avait ouvert le feu par *La défense de la Faculté de médecine de Paris contre son calomniateur* (1).

Riolan suivit de près son ami Moreau par un *Advertissement à Théophraste Renaudot, contenant les mémoires pour justifier les anciens décrets et privilèges de la Faculté de médecine de Paris*; 1641 ; *in-4° de 58 pages*.

Guy Patin vint en troisième, et écrivit en douze pages un libelle n'ayant ni titre ni nom d'imprimeur, mais avec la date de 1643, et commençant par ces mots : *Le procès entre les doyen et docteurs régens en la Faculté de médecine de Paris et Théophraste Renaudot...*

(1) Cette pièce ou plutôt cette lettre (in-4° ; 59 p. ; Paris, 1641) est adressée au rdinal de Richelieu, qui avait toujours favorisé les innovations de Renaudot, et qui 'était pas disposé à abandonner son protégé. La pièce est anonyme, mais elle est bien connue des bibliographes pour être de la façon de René Moreau. Je peux donner une *preuve* qu'en cette occasion on ne s'est pas trompé. Je la trouve dans les *Registres-Commentaires* (t. XIII, fol. 152, v°), où le doyen écrit ceci au chapitre des dépenses de son décanat :

M° Renato Moreau, doctori medico et professori Regis, pro libello apologetico eleganter et erudite a se edito, et typis mandato gallice, pro Facultate medicinæ Parisiensis, adversus calumniatorem Theophrastum Renaudotum, Gazetæ magistrum; cujus libelli gallice scripti titulus est : La défense de la Faculté de médecine de Paris contre son calomniateur, dédiée à Monseigneur l'Éminentissime cardinal, duc de Richelieu. A Paris, MDCXLI... *Pro libello inquam apologetico, distribui prædicto Renato Moreau, authori...* 75 l.

L'ignipuncture fournit ses meilleurs résultats lorsque l'arthrite n'est pas encore arrivée au stade de suppuration et d'ulcération.

— M. *Grasset* (de Montpellier) établit les *rapports de la lèpre tuberculeuse et de la sclérodermie.* — A propos de deux observations, M. Grasset dit qu'on a tort de séparer ces deux maladies d'une manière trop absolue : au triple point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique, les deux maladies ne présentent pas chez les sujets observés les oppositions indiquées par les auteurs. M. Grasset conclut qu'il faut réunir la « lèpre nostras » à la sclérodermie sous le nom de sclérodermie tuberculeuse.

— M. *A. Poncet* (de Lyon) : *Sur les dangers de l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme dans la réduction des fractures.* — La période d'excitation initiale peut entraîner des conséquences très-fâcheuses et transformer une fracture simple en fracture ouverte. Pour supprimer cette période d'excitation, M. Poncet a soin de faire d'abord une injection hypodermique de 1 à 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine ; l'anesthésie par le chloroforme ou par l'éther s'opère ensuite sans agitation.

— M. *Brousse* (de Montpellier) donne lecture d'un travail ayant pour titre : *quatre nouveaux cas d'athétose.* — Sur ces quatre cas deux se rapportent à l'hémianesthésie et se rencontrent chez des sujets atteints d'atrophie cérébrale de l'enfance ; les deux autres s'observent l'un chez un sujet atteint d'atrophie cérébrale congénitale, le second est un cas complexe dans lequel l'athétose se trouve liée à la chorée. De l'étude de ces quatre cas l'auteur conclut à l'existence de termes de transition entre l'athétose et la chorée. Il croit qu'on doit établir un rapprochement et un rapport de cause à effet entre l'atrophie cérébrale et l'athétose.

— M. *Bourguet* (d'Aix) : *De l'immobilisation de l'anse intestinale dans quelques graves opérations de hernie étranglée.* — Les hernies étranglées compliquées de péritonite herniaire, d'adhérences anciennes et récentes, de gangrène peu étendue, etc., peuvent être opérées en réduisant l'anse intestinale et en la fixant à la face profonde de la plaie, ce qui ne complique guère l'opération et peut limiter au voisinage de la plaie les accidents de péritonite.

— M. *Letiévant* (de Lyon) adresse un travail sur la *prothèse immédiate dans la pratique de certaines opérations sur la face.* — L'auteur a appliqué avec succès des moules en platine servant de charpente aux parties molles à la suite d'une résection du maxillaire inférieur et d'une rhinoplastie.

M. *Denucé* cite un fait de sa pratique dans lequel il moule le lambeau frontal dans un cas de rhinoplastie sur deux cornets en gutta-percha, permettant de donner immédiatement à l'organe séparé une forme définitive et satisfaisante. Ces cornets après la cicatrisation sont facilement enlevés en faisant plonger le nez du malade dans l'eau chaude.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE (MATIN). PRÉSIDENCE DE M. POTAIN.

M. *Fieuzal* fait une communication sur *deux cas de kystes hydatiques oculaires.* La première observation correspond à un cas de kyste hydatique développé dans l'épaisseur du muscle droit externe de l'œil droit ; la seconde se rapporte à un cas dans lequel le ver vésiculeux s'était développé entre les insertions des muscles droit inférieur et interne.

En deux ans, M. *Nicati* (de Marseille) a observé deux cas de cysticerque de l'œil chez l'homme et il en a trouvé fréquemment chez le lapin.

— M. *Nicati* fait ensuite une communication sur la myopie dans les écoles de Marseille. De ses recherches statistiques, il résulte : 1° Que les myopes sont plus nombreux, à conditions égales, dans les écoles israélites que dans les écoles chrétiennes ; 2° que le nombre des myopes est plus considérable chez les sujets qui ont les yeux bleus ou gris que chez ceux qui ont les yeux noirs ou bruns ; 3° que l'affaiblissement de l'acuité visuelle favorise considérablement le développement de la myopie ; 4° que le nombre des myopes est vraiment énorme parmi les internes du lycée, et qu'il y a lieu d'abandonner complètement les salles d'études de ce bâtiment dont la disposition est très-défectueuse. (Observations faites à Marseille.)

M. *Thaon*, rapprochant les chiffres présentés par M. Nicati de ceux de Cohn (de Breslau), fait remarquer que la myopie est aussi fréquente dans les écoles de Marseille, qui est un pays de vive lumière, que dans les écoles du nord de l'Europe. Il y a donc d'autres éléments que la question d'éclairage.

— M. *Bertin* (de Montpellier) présente et explique les plans d'un grand hôpital qui doit être bâti à Montpellier, *après avis d'une commission médicale nommée par la municipalité.*

— M. *Mattei* lit une *Notice bibliographique sur l'école de Montpellier considérée sous le rapport de l'obstétrique.* Il montre par des citations que, depuis sa fondation, cette école n'a jamais négligé cette branche de l'art, qu'elle a fourni à la France entière, à toutes les époques, des maîtres éminents.

— M. *Jaumes* fait une communication sur le *Procédé à employer pour relever des empreintes sur le sol.* Il a modifié le procédé de Hugoulin (moule à l'acide stéarique) de la façon suivante : L'empreinte une fois solidifiée par la stéarine,

---

Ce libelle a été attribué à Michel de La Vigne, alors doyen en charge ; mais nous sommes convaincu que Guy Patin en est bien l'auteur, car au chapitre des dépenses du décanat on lit cette mention (*Regist.-Comment.*, t. XIII, fol. 100, v°) :

« Dic jovis 24 septemb. 1643, magistro Guidoni Patin, doctori medico, pro excusis 300 exemplaribus inficeti illius scripti quod typus suis edi curaverat Theophrastus Renaudotus et factum litis suæ adversus medicos scholæ Paris., nuncuparat, dedi sex libellas. »

Die sabbati 31 *octob., eidem magistro Guidoni Patin, pro narratione juris nostri, typis mandata adversus Renaudotum et ejus socios...*, 9 l. 5 s.

C'est-à-dire que Guy Patin a été chargé par la Faculté de faire réimprimer, évidemment pour être envoyé aux juges, le libelle de Renaudot, intitulé, en effet : *Factum du procès*, etc. (s. l. n. d., in-4° ; 19 pages), et qu'il est lui-même l'auteur du libelle en question, dans lequel, en effet, il raconte (*narrat*) les droits de l'Ecole.

Guy Patin ne s'en tint pas là, et il écrivit un autre libelle qui ne lui fait pas honneur, et qui était destiné à remettre à flot une ténébreuse affaire d'arrestation de prisonniers espagnols, dans laquelle Anne d'Autriche se serait fort compromise, et à faire ressortir toute l'acrimonie d'un mémoire rédigé à cette occasion par Louis XIII et dont le gazetier s'était fait l'éditeur. Sur le point d'être inquiété sous un régime qui ne lui était guère favorable, puisque Richelieu, son protecteur, venait de mourir, Renaudot sut se tirer d'affaire et abattre, pour un moment, l'hydre qui le menaçait.

Trois brochures devenues extrêmement rares expliquent toute cette affaire. Elles portent ces titres :

1° Requeste présentée à la Reyne par Théophraste Renaudot, en faveur des pauvres malades de ce royaume (s. l. n. d., in-4°, 8 pages).

2° *Examen de la requeste présentée à la Reine par le gazetier ; 4 nov.* 1863 ; *in-4°* ; 40 *pages.*

3° Response à l'examen de la requeste présentée à la Reyne

la surface en est lubrifiée par un corps isolant, huile ou eau savonneuse, et on y coule du plâtre gâché.

— M. *Roustan* fait une communication relative à la *Salpingotomie*. Il propose la salpingotomie de la face postéro-interne de la trompe dans certains cas d'otite moyenne et d'oblitération de la trompe d'Eustache.

— M. *Parrot : Sur le plateau cardiaque dans l'espèce animale.* Chez l'homme, les valvules sigmoïdes forment avec la paroi aortique un angle dièdre; chez le cheval, au contraire, il existe entre la valvule sigmoïde droite et la paroi aortique une large surface plane qui constitue le plateau. Cette surface représente le sommet étalé de la cloison interventriculaire, mais non pas de cette cloison tout entière, de sa partie ventriculaire gauche seulement. En poursuivant les recherches comparatives sur le cœur d'un très-grand nombre d'animaux, M. Parrot arrive à constater que le plateau existe chez les animaux qui ont de grands efforts à développer et chez lesquels, par suite, la colonne sanguine développe après la systole ventriculaire une poussée rétrograde énergique. Le *plateau* aortique sert ainsi de soutien à la colonne sanguine qui rencontre la résistance d'une colonne charnue et non celle d'une simple lame fibreuse.

A l'état pathologique chez l'homme, le plateau peut apparaître quand des conditions anormales sont créées à la circulation, par exemple dans le cas d'insuffisance aortique.

— M. *Coriveaud* communique une observation d'*ichthyose cornée* remarquable par sa généralisation.

— M. *Tison* résume l'histoire d'un malade atteint d'athétose qui a guéri par l'application des courants continus.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE (SOIR). — PRÉSIDENCE DE M. POTAIN.

M. *Hortolès* (de Lyon) lit un mémoire sur la *Comparaison des anesthésies mixtes par l'éther ou le chloroforme avec les anesthésies simples par l'un ou l'autre de ces deux agents.* Il conclut de ses observations, au nombre de 90, que le plus sûr des agents anesthésiques est l'éther après injection préalable de chlorhydrate de morphine.

— M. *Teissier fils : Sur les affections cardiaques consécutives aux affections gastro-hépatiques.* L'auteur a observé 12 ou 15 cas de lésions du cœur droit développées, soit à la suite de maladies du foie ou de l'estomac (Potain), soit après des maladies intestinales. La lésion cardiaque ne s'accuse que par degrés; on perçoit d'abord un éclat inaccoutumé au deuxième bruit du cœur, puis le dédoublement de ce second bruit; en troisième lieu, le souffle de l'insuffisance tricuspide, enfin le pouls veineux. L'origine intestinale de ces lésions engage M. Teissier à admettre comme point de départ une irritation du grand sympathique et non des filets sensibles du pneumogastrique; pour les autres parties du mécanisme des lésions cardiaques, M. Teissier se range à l'avis de M. Potain, qu'il s'opère par voie réflexe un spasme des vaisseaux pulmonaires sous l'influence de l'excitation réfléchie sur le pneumogastrique.

M. *Combal* croit que les troubles de nutrition consécutifs aux maladies gastro-intestinales peuvent suffire à expliquer les désordres cardiaques.

M. *François-Franck*, sans émettre d'opinion sur la valeur de la théorie adoptée par M. Potain et par M. Teissier fils, dit qu'il ne croit pas qu'on ait jamais démontré l'influence du pneumogastrique sur les vaisseaux du poumon : les expériences de M. Paul Bert ont complété la démonstration de l'action du pneumogastrique sur les muscles bronchiques; mais rien n'autorise à admettre que ce nerf ait aussi une action vaso-motrice *constrictive*. D'après quelques expériences qui furent négatives au point de vue de l'action vasculaire constrictive du pneumogastrique et qui ont paru positives quant à l'action vaso-motrice des filets cardio-pulmonaires du sympathique cervico-thoracique, M. François-Franck inclinerait plutôt à admettre comme plus probable la réflexion sur les vaisseaux du poumon par le sympathique que par le pneumogastrique.

A la suite d'observations de M. *Teissier père*, relatives aux lésions du cœur gauche à la suite de maladies gastro-intestinales, de M. *Lancereaux* qui insiste sur la complexité du sujet et croit que la théorie nerveuse n'est pas applicable à tous les cas, M. *Potain* développe les raisons qui lui font admettre la relation nerveuse entre certaines affections hépato-gastriques et les troubles fonctionnels aboutissant quelquefois à une lésion définitive du cœur droit.

— M. *Eustache* communique une note sur les *lésions des organes urinaires dans l'ovariotomie.*

FRANÇOIS-FRANCK.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 AOUT 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

SUR LE FERMENT DIGESTIF DU « CARICA PAPAYA ». Note de MM. *Ad. Wurtz* et *E. Bouchut.*

Les analyses de Vauquelin et les observations de Cossigny, Bajou, Endlicher, Peckolt, Roy, Moncorvo, concernant l'action digestive du suc de papaya, ont engagé l'un de nous à faire venir ce produit d'Amérique et à le soumettre à des expériences qui ont été

---

par M. Théophraste Renaudot. Portée à son autheur par Machurat, compagnon imprimeur. Paris, 1644; in-4°; 75 pages.

C'est le deuxième de ces trois libelles, celui qu'avec intention nous avons souligné, que nous soutenons avoir été écrit par Guy Patin. Renaudot ne s'y est pas trompé dans la réponse qu'il y fit (n° 3), car dès la première page, faisant allusion au procès suscité par l'épître en tête de l'édition de Sennert, il interpelle ainsi son implacable ennemi :

« Je t'y trouve donc encore, camarade, après un silence de trois ans, qui n'a esté interrompu que par les bouffonneries de ton ridicule plaidoyé, qui appartenait mieux à un hostel de Bourgogne qu'à un barreau; partagé de la pitié que les uns avoyent de ton ignorance et de la risée qu'excitoit aux autres ton mauvais françois, ta façon niaise, et ce badin de serment, *vray comme vela le jour de Dieu, messieurs,* que tu répétois souvent, faute de bonnes raisons, en cette satisfaction que tu fis en public à M. Renaudot, déclarant que c'estoit d'un autre et non pas de lui, que tu avois escrit les médisances contenues en l'épître liminaire des œuvres de Sènerte, naguère imprimées en cette ville... »

La *Response* de Renaudot fourmille de ces allusions à la personne de Guy Patin.

Mais voici une autre preuve, celle-là absolument convaincante.

C'était, comme nous l'avons vu, l'habitude à la Faculté de médecine de Paris, que la Compagnie tout entière supportât les frais d'impressions des mémoires, libelles, factums, etc., écrits pour son honneur et pour sa défense; la dépense était marquée par le doyen sur son registre. Or, voici ce qu'on lit à l'article *Expensa*, du décanat de Michel de Lavigne (*Regist.-Comment.*, t. XIII; fol. 200, v°) :

« Initio mensis novembris 1643, dedi Magistro Guidoni Patin, censori, pro trecentis et amplius exemplaribus *Examinis libelli supplicis* a Gazetario porrecti Reginæ, typis mandatis, triginta octo libras, et quindecim asses..., XXXVIII l. XV s. »

(*A suivre.*)

poursuivies pendant deux ans à l'hôpital des Enfants malades. Elles ont été complétées récemment, au point de vue chimique, au laboratoire de la Faculté de médecine.

Le suc liquide qui s'écoule par des incisions faites à l'arbre est neutre et laiteux. Il se coagule immédiatement et se sépare en deux parties, une sorte de pulpe insoluble ou peu soluble et un sérum incolore et limpide. Le suc pur qui nous a été adressé ne nous est pas parvenu sans altération, et celle-ci s'est manifestée par une odeur putride. On y a découvert le ferment butyrique. Pour mettre le suc à l'abri de cette altération, on nous l'a expédié mélangé avec de l'eau sucrée ou avec de la glycérine et aromatisé avec quelques gouttes d'essence de menthe. Dans cet état, il se présentait sous forme d'un liquide épais, laiteux, sans nulle odeur accusant une fermentation. Mis en contact avec la viande crue, la fibrine, le blanc d'œuf cuit, le gluten, il les a attaqués et ramollis au bout de quelques instants, et a fini par les dissoudre après une digestion de quelques heures à 40 degrés. Le lait est coagulé d'abord, et la caséine précipitée se dissout ensuite. Des fausses membranes du croup, retirées par la trachéotomie, des helminthes, tels que ascarides et ténias, sont attaqués et digérés en quelques heures. Nul doute que ce suc ne renferme un ferment digestif analogue à celui que sécrètent les plantes carnivores, *Nepenthes*, *Drosera*, *Darlingtonia*, sur lesquelles MM. Darwin et Hooker ont appelé l'attention. On sait que MM. Gorup-Besanez et Will ont retiré de ce suc une sorte de pepsine végétale.

Les auteurs entrent ensuite dans l'exposé d'une série d'expériences chimiques desquelles il résulte que la matière azotée précipitable par l'alcool du suc aqueux de papaya possède la propriété de dissoudre de grandes quantités de fibrine et se distingue de la pepsine par ce caractère qu'elle la dissout non-seulement en présence d'une petite quantité d'acide, mais même dans un milieu neutre ou légèrement alcalin. Nous désignerons ce ferment sous le nom de *papaïne*.

La pulpe lavée avec soin dont on avait séparé le liquide aqueux renfermant la papaïne a été soumise à de longs lavages à l'eau distillée. Ces eaux de lavage ayant été évaporées à l'étuve à 40 degrés et réduites à un petit volume, ont donné avec l'alcool un précipité qui a dissous la fibrine dans les mêmes conditions que la papaïne directement précipitée du suc aqueux. Cette expérience fit naître la pensée que le ferment soluble pourrait prendre naissance par l'action de l'eau sur la pulpe, qui jouit elle-même de propriétés digestives très-prononcées et qui possède, même après de longs lavages, une légère réaction acide. Toutefois ce point demeure réservé, car la pulpe dont il s'agit est difficile à laver et pourrait ne céder que très-lentement à l'eau le ferment soluble qu'elle retient. Elle est d'ailleurs très-aqueuse : 54 grammes de cette pulpe n'ont laissé à l'évaporation que 2gr,5 d'un résidu solide possédant l'apparence gommeuse.

20 grammes de cette pulpe, bien lavée à l'eau et renfermant 9 décigrammes de substance sèche, ont été mis en digestion à 40 degrés avec 56 grammes de fibrine humide et 200 centimètres cubes d'eau. On a prolongé la digestion pendant quarante-huit heures, en ayant soin d'ajouter quelques gouttes d'acide prussique pour prévenir la putréfaction. La fibrine s'est entièrement dissoute : le poids du résidu insoluble était inférieur à celui de la pulpe introduite.

10 grammes de pulpe bien lavée (laissant après dessiccation 43 centigrammes de matière solide) ont été digérés à 40 degrés avec 17 grammes de fibrine humide et 50 centimètres cubes d'eau, avec addition d'une goutte d'acide cyanhydrique. Le tout s'est dissous au bout de vingt heures, sauf un résidu pesant 3 grammes à l'état humide, 71 centigrammes après dessiccation. La liqueur filtrée n'a pas donné de précipité par l'acide nitrique.

Dans ces dernières expériences il y a eu non-seulement dissolution de la fibrine, mais transformation en peptone, c'est-à-dire digestion complète.

FIÈVRE JAUNE. — M. *Déclat* adresse une Note concernant l'emploi de l'acide phénique contre la fièvre jaune. (Renvoi à l'examen de M. Gosselin.)

BÉGAIEMENT. — M. *Traversier* adresse une Note relative à un mode de traitement du bégaiement. (Renvoi à l'examen de M. Bouillaud.)

SUR UN NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DE L'ÉTHER, DU CHLOROFORME ET DU CHLORAL A LA SENSITIVE. Note de M. *Arloing*. — Les conclusions suivantes se dégagent des expériences de l'auteur : 1° le chloral, qui est anesthésique pour les animaux, n'agit pas au même titre sur la sensitive; 2° le chloroforme et l'éther exercent la même action, analogue à celle que l'on décrit chez les animaux, qu'ils pénètrent dans la sensitive par les feuilles ou par les racines.

ETUDES SUR LA RAGE. Note de M. *Galtier*. — *Conclusions :* 1° La rage du chien est transmissible au lapin. 2° La rage du lapin est transmissible aux animaux de son espèce. Il n'est encore impossible de dire si le virus rabique du lapin a la même intensité d'action que celui du chien. 3° Les symptômes qui prédominent chez le lapin enragé sont la paralysie et les convulsions. 4° Le lapin peut vivre de quelques heures à un, deux, trois et même quatre jours après que la maladie s'est manifestement déclarée. 5° Non-seulement le lapin est susceptible de contracter la rage et de vivre un certain temps après l'éclosion de la maladie, mais il est constant, d'après toutes mes expériences, que la période d'incubation est plus courte chez lui que chez les autres animaux. 6° L'acide salicylique, administré par injection hypodermique, à la dose quotidienne de 0gr,0068, pendant quatorze jours consécutifs à partir de la cinquantième heure après l'inoculation, n'a pas empêché le développement de la rage chez le lapin.

RECHERCHES SUR LA CHALEUR ANIMALE. Note de M. *d'Arsonval*. — Voici, en quelques mots, en quoi consiste la méthode de l'auteur, qui sera exposée longuement dans les travaux du laboratoire de M. le professeur Marey : 1° le calorimètre est astreint à rester à une température fixe; 2° il est dans une enceinte à la même température que lui et également fixe. Ainsi se trouvent éliminées toutes les causes d'erreur provenant du rayonnement. La chaleur produite dans le calorimètre lui est à chaque instant enlevée par un courant d'eau à zéro dont l'écoulement est réglé automatiquement par le calorimètre lui-même, à l'aide d'un mécanisme très-simple que je ne peux décrire ici. Quant à l'enceinte à température constante, elle est construite d'après les principes que j'ai fait connaître dans une Note du 5 mars 1877. Le même principe sert au réglage du calorimètre. C'est ce que l'auteur a appelé la *méthode de régulation directe*. On comprend que l'eau qui entre à zéro dans le calorimètre et qui en ressort à la température n gagne dans ce passage n calories par litre. En écrivant sur un cylindre animé d'un mouvement continu les phases de cet écoulement, il a par cela même la quantité de chaleur produite par l'animal en expérience et les phases de cette production.

La méthode est un peu modifiée suivant qu'on a à mesurer des absorptions de chaleur, des productions, ou les deux à la fois. Le principe, dans tous les cas, reste le même : 1° *Le calorimètre est dans une enceinte à température constante.* 2° *Il règle automatiquement sa propre température, qui reste toujours invariable.*

L'auteur a contrôlé l'exactitude de cette méthode par divers moyens dont une figure que nous ne pouvons reproduire offre un exemple. On y voit comment s'effectue le refroidissement d'un litre d'eau porté à une température de 100 degrés, puis placé à l'intérieur du calorimètre, dont la température est de 30 degrés.

LE RÔLE DES FILETS NERVEUX CONTENUS DANS L'ANASTOMOSE QUI EXISTE ENTRE LE NERF LARYNGÉ SUPÉRIEUR ET LE NERF LARYNGÉ RÉCURRENT. Note de M. *François-Franck*. — Les recherches anatomiques et expérimentales de l'auteur l'ont conduit aux conclusions suivantes : 1° l'anastomose de Galien n'est, en effet, qu'une branche du nerf laryngé supérieur; 2° la présence de fibres accélératrices du cœur n'est directement démontrable ni dans le nerf laryngé supérieur, ni dans l'anastomose de Galien, ni dans le nerf récurrent; 3° l'anastomose de Galien renferme des filets sensibles remontant du

dans le récurrent laryngé supérieur et provenant surtout de la muqueuse de la trachée et de celle des grosses bronches.

I. *Expériences montrant que les nerfs laryngés supérieurs ne contiennent pas de nerfs accélérateurs du cœur.* — 1° La compression simple ou double des carotides chez le chien et chez le chat, faite à l'aide d'un compresseur spécial, sans tiraillement des parties voisines, produit l'accélération du cœur, que les laryngés supérieurs soient intacts ou coupés. — 2° L'excitation du bout périphérique d'un nerf laryngé supérieur ne produit pas l'accélération du cœur quand le laryngé supérieur du côté opposé a été sectionné. — 3° L'accélération du cœur qui s'observe quelquefois quand on excite le bout périphérique d'un laryngé supérieur, le nerf symétrique étant intact, n'est point un effet direct de l'excitation du nerf; elle peut être considérée comme le résultat d'une irritation des filets sensibles du laryngé supérieur du côté opposé, uni par la sensibilité récurrente au bout périphérique du nerf excité. Cette accélération cesse en effet de se produire sous l'influence d'une anesthésie suffisante pour faire disparaître la sensibilité récurrente; elle disparaît plus sûrement encore quand le nerf laryngé supérieur du côté opposé au nerf excité a été sectionné.

II. *Expériences montrant que l'anastomose de Galien contient des filets sensibles remontant du récurrent dans le laryngé supérieur.* — Ces expériences ont été faites de préférence sur le chat, à cause de la facilité avec laquelle on peut atteindre l'anastomose de Galien au-dessous du cartilage thyroïde.

1° Au moment où l'on fait la ligature du nerf récurrent à la partie moyenne du cou, on observe une augmentation croissante de la pression artérielle, qui s'élève, par exemple, en six secondes, de 0m,03 Hg, reste un instant stationnaire, puis décroît graduellement, pour reprendre sa valeur initiale au bout de deux minutes environ. Cette réaction vaso-motrice pouvait tenir tout aussi bien à l'excitation traumatique de filets sensibles ascendants qu'à celle de filets sensibles descendants contenus dans le nerf récurrent. Pour montrer qu'il s'agit bien de filets sensibles remontant du récurrent vers l'anastomose de Galien, j'ai fait les expériences suivantes. — 2° Le pneumogastrique correspondant étant coupé au-dessous du laryngé supérieur, le pincement du nerf récurrent produit le même effet vaso-moteur que quand le pneumogastrique est intact. — 3° L'excitation du segment du récurrent attenant au pneumogastrique intact ne produit aucun effet vasculaire. — 4° L'excitation du segment du récurrent en rapport avec le laryngé supérieur par l'anastomose de Galien produit un réflexe vaso-constricteur qui s'accuse par une élévation souvent considérable de la pression; l'intensité de cet effet est subordonnée à l'intensité de l'excitation : il est d'autant plus faible que l'anesthésie est plus complète, l'animal plus refroidi, etc. — 5° Quand on fait la ligature de l'anastomose de Galien, le récurrent correspondant étant coupé, on observe le même réflexe vaso-constricteur que quand on pratique la ligature du récurrent. — 6° La ligature de la branche musculaire laryngée du récurrent ne produit aucune modification vasculaire; elle agit seulement comme une excitation brusque sur les muscles intrinsèques du larynx. — 7° L'excitation du bout supérieur de l'anastomose de Galien, en rapport avec le laryngé supérieur, provoque les mêmes réflexes vaso-constricteurs que l'excitation du récurrent. — 8° Après la section du laryngé supérieur, tous ces phénomènes vaso-moteurs réflexes disparaissent. — 9° L'excitation du bout central du laryngé supérieur, chez l'animal dont les réflexes cardiaques ont été supprimés par l'atropine, provoque une élévation de pression beaucoup plus considérable que celle de l'anastomose de Galien ou du récurrent. Cette exagération de l'effet vasculaire tient à ce qu'on excite dans le laryngé supérieur, non-seulement les filets sensibles venant du récurrent, mais aussi ceux de la muqueuse laryngée qui constituent la branche de bifurcation supérieure du nerf laryngé supérieur.

La provenance trachéo-bronchique des filets sensibles du récurrent est établie : 1° par la distribution anatomique normale; 2° par la conservation d'un filet du récurrent se distribuant à la muqueuse trachéale après la dégénération des fibres motrices du récurrent (Philipeaux et Vulpian); 3° par les manifestations de sensibilité fournies par l'animal quand on irrite avec quelques gouttes d'ammoniaque la muqueuse de la trachée et des grosses bronches, en préservant le larynx par une canule spéciale.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit un mémoire de M. le docteur *Marchand*, intitulé : *Étude étiologique, statistique et critique sur la phthisie dans l'armée.*

M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur *Marmonier*, médecin au 4e régiment du génie, un opuscule intitulé : *Guide médical de l'officier détaché. Premiers secours à porter, en l'absence des médecins, aux soldats blessés.*

M. *Devilliers* présente, au nom de M. le docteur *Limaris*, médecin aide-major de 1re classe, une brochure intitulée : *Une épidémie de choléra au Maroc en 1878.*

Sur l'invitation de M. *le Président*, M. *Bourgoin* lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Poggiale. (*Applaudissements.*)

M. *Panas*, à son tour, donne lecture de l'éloge funèbre qu'il a été chargé, au nom de l'Académie, de prononcer aux obsèques de M. Chassaignac. (*Applaudissements.*)

Ces deux discours sont accueillis par des marques nombreuses d'approbation.

M. le docteur *Revillout* lit un mémoire intitulé : *Galien considéré comme vivisecteur.* Ce mémoire a été écouté avec beaucoup d'intérêt par l'Académie.

REVUE DES JOURNAUX

Analgésie diphthéritique avec amputation du bras sans douleur, par le docteur ARMAINGAUD.

Il s'agit d'un enfant âgé de douze ans, qui, à la suite d'une angine diphthéritique, fut atteint d'une anesthésie incomplète de la pulpe des doigts des deux mains. Un examen général montre qu'il n'existe ni anesthésie, ni analgésie dans aucune autre partie que les membres supérieurs; que si, à la pulpe des doigts, tout se borne à une sensation obtuse d'engourdissement, il n'y a dans la continuité des doigts, des avant-bras et des bras *aucune sensibilité à la douleur*. Bref, il y a *anesthésie partielle* de la pulpe des doigts et *analgésie* du reste des membres. Dix jours après ces constatations, l'enfant se blessa avec un fusil de telle sorte que l'amputation du bras gauche devint nécessaire. Il est à noter que, malgré les graves désordres produits par le projectile, l'enfant n'accusai aucune douleur. De même, pendant l'opération, « non-seulement l'enfant (non chloroformé) ne poussa pas un seul cri, ne manifesta spontanément aucune douleur; mais, interrogé, il répondit qu'il ne sentait absolument rien. Les bords de la plaie furent incomplètement rapprochés par la suture entrecoupée, dans le but d'obtenir, suivant la méthode de M. Legouest, la réunion *médiate*. Pendant les onze premiers jours qui ont suivi l'amputation, le moignon et la plaie sont restés absolument insensibles. A partir du onzième jour, la sensibilité commence à reparaître dans le moignon, ainsi qu'à l'autre bras; mais la plaie n'a été douloureuse à aucun moment. Soixante-dix jours après l'apparition de l'analgésie, deux mois après l'accident, la sensibilité était complètement rétablie. »

Cette observation, communiquée à la Société de médecine de Bordeaux, y est devenu l'objet d'une courte conversation entre M. Armaingaud et M. Vergely sur l'origine nerveuse, soit périphérique, soit centrale, de la paralysie diphthérique. Jusqu'ici les faits tendent à établir que le point de départ de cette paralysie peut être tantôt à l'extrémité des nerfs, tantôt au centre médullaire. L'anémie de la moelle, alléguée par M. Armaingaud, serait peut-être difficile à démontrer, ainsi que tout autre trouble purement circulatoire, comme il le reconnaît lui-même (ce qui n'implique pas pourtant qu'ils n'existent jamais); mais les faits qu'il a empruntés à M. Déjérine (voy. ces faits dans la *Gazette hebdomadaire*, 1877, p. 431, 639, 814) paraissent, comme il l'a dit, bien décisifs

en faveur de l'origine médullaire, dans certains cas au moins, de paralysie diphthéritique. (*Mémoires et Bulletins de la Société de médecine de Bordeaux*, 1er et 2e fasc., 1878.)

Cas de vertige laryngé, par M. J.-R. Gasquet.

Le vertige auditif, le vertige stomacal, sont maintenant bien analysés dans tous leurs détails, mais il n'en est pas de même du vertige laryngé, qui peut cependant exister dans certains cas et dont M. Gasquet publie l'exemple ci-après :

Il s'agit d'un amiral âgé de soixante-treize ans, qui avait mené une vie très-active et joui jusque dans ces derniers temps d'une santé florissante. Les attaques de vertige remontent à trois ans, et débutèrent après une forte bronchite avec toux quinteuse et accès de suffocation. Voici ce qu'il éprouve : Il perd subitement connaissance, tombe sur le sol; au bout de deux ou trois minutes il revient à lui, mais reste encore quelques instants étourdi. L'accès n'a jamais présenté aucun autre symptôme; il n'a jamais eu de convulsions. Après un certain temps, pendant lequel l'affection fut prise pour du vertige stomacal ou de l'épilepsie, le malade remarqua lui-même que les attaques qui revenaient à des intervalles très-irréguliers étaient toujours précédées par une irritation du larynx et une toux spasmodique, laquelle toutefois était loin d'être constamment suivie de l'explosion de l'accès. Après un traitement dirigé contre l'irritation du larynx, la toux a disparu, et depuis cette époque le malade n'a plus éprouvé aucun accès.

On pourrait peut-être admettre dans ces cas, comme l'a fait M. le professeur Charcot (voy. *Revue des sciences médicales*, juillet 1877), que l'irritation laryngée peut être transmise au ganglion cervical inférieur, comme dans les autres variétés de vertige. On aurait par un phénomène réflexe une explication assez satisfaisante de la perte brusque de connaissance et de la prompte disparition des accidents. (*The Practitionner*, août 1878; et in *Revue des sciences médicales*, 1879, numéro 2, avril, p. 710).

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'auscultation médicale et des maladies des poumons et du cœur, par A.-T.-H. Laennec. Edition de la Faculté de médecine de Paris, entièrement conforme à la deuxième édition publiée en 1826 par Laennec.— Paris, 1879, Asselin.

Les progrès incessants et rapides des sciences médicales, la tendance souvent funeste qui entraîne les élèves à apprendre vite plutôt qu'à approfondir les questions de pathologie et de clinique, enfin l'engouement irréfléchi et passionné avec lequel on accueille dès leur apparition, pour les abandonner non moins rapidement, les livres signés de noms justement populaires dans nos écoles, font négliger l'étude et la lecture des ouvrages anciens. Combien est-il de médecins qui se préoccupent aujourd'hui de rechercher à leurs sources originales les citations dont ils se servent? Combien, dans ces longues notes bibliographiques que l'on voit figurer à la fin des thèses ou des articles de dictionnaire, en est-il qui ne viennent que de seconde ou de troisième main? Et cependant les bonnes doctrines, les méthodes rigoureusement scientifiques et les faits bien observés conservent toujours leur valeur. Les bons livres, ceux qui ont été écrits à une époque de rénovation scientifique par des hommes de génie, ceux qui résument des recherches personnelles faites avec cette conscience et cet amour de la vérité qui caractérisent les vrais savants, se lisent toujours avec intérêt et seront toujours étudiés avec profit. Telle est l'œuvre capitale de Laennec, que, par une heureuse inspiration, la Faculté de médecine de Paris vient de faire éditer avec un soin que doivent louer tous ceux qui aiment des bons et des beaux livres. « Une nation s'honore, dit la préface de cet ouvrage, en assurant la conservation des monuments qui font sa gloire... L'œuvre de Laennec est de celles dont on doit maintenir respectueusement, non l'esprit toujours vivant, mais la lettre. » On ne peut qu'applaudir à ces paroles. Nous venons de relire bien des chapitres de ce volume. Que les observations y sont bien prises, que les faits qu'il analyse et qu'il interprète sont encore et resteront toujours vrais! Nous ne prétendons pas et nous ne soutiendrons jamais que l'auscultation et la percussion n'aient pas fait de progrès depuis 1826. Mais que ces progrès semblent peu de chose à côté de l'œuvre menée à bonne fin par Laennec. « On a pu, dit encore M. Lasègue dans son introduction, ajouter au traité du maître d'importants chapitres; il n'en est pas un qu'on oserait en retrancher. »

On accueillera partout, nous en sommes persuadé, avec le plus respectueux intérêt, ce livre que les soins donnés à sa réédition rendent digne de celui qui l'a écrit et de la Faculté qui en a provoqué la publication. On lira également avec curiosité la préface écrite par Laennec lui-même et le récit des luttes qu'il eut à soutenir contre Broussais. Le temps de ces polémiques ardentes est bien loin de nous; mais ne faut-il pas, tout en blâmant certains excès de langage, reconnaître qu'elles prouvaient la passion avec laquelle nos prédécesseurs luttaient pour la défense de leurs découvertes et pour affirmer les progrès de leurs études?

L. L..

Index bibliographique.

Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1er et 2e fascicules. — 1878. Paris, G. Masson; et Bordeaux, Feret et fils.

Ces nouveaux fascicules, comprenant les travaux de l'année 1878, montrent que la Société de médecine de Bordeaux ne perd rien de son activité et de son importance. Ils forment ensemble un total de près de 400 pages grand in-8, pleines d'intéressantes communications, discussions, rapports sur de nombreuses questions de médecine et de chirurgie. Nous signalerons particulièrement les travaux suivants : *Alcool antidote de la strychnine*, par M. Hameau. — *Analgésie diphthéritique avec amputation du bras sans douleur*, par M. Armaingaud (observation curieuse que nous reproduisons page 578). — *Cœur de tuberculeuse; compression du nerf phrénique droit*, par M. Vergely. — *Corps étranger de l'oreille*, par M. Dudon. — *De l'ergot de seigle et de l'ergotine*, par M. Carles. — *Même sujet*, par M. Perrens. — *Injections hypodermiques d'ergotine*, par M. Saint-Philippe. — *Ovariotomie*, par M. Baudrimont. — *Même sujet*, par M. Dudon. — *Luxation sous-conjonctivale du cristallin*, par M. Armaignac. — *Cas de sclérodermie*, par M. Armaingaud. — *Communications sur le salycilate de soude*, par MM. Saint-Philippe et Bourot. — *Sur le suicide*, par M. Lafargue. — *Diverses communications sur les accidents locaux de la vaccine*, par MM. Vergely, Venot, Saint-Philippe, Ch. Dubreuilh. Mousson.

De l'hygiène publique et de la chirurgie en Italie, par le docteur Gabriel Millot. 1 vol. in-8.— Cambray, 1879. Librairie Renaut.

Nous avons sous les yeux la 2e partie (nous n'avons pas reçu la première) d'un compte rendu adressé à M. le ministre de l'instruction publique, qui avait chargé l'auteur d'une mission scientifique en Italie. Cette seconde partie est relative à la chirurgie. Il n'y faut chercher aucun document relatif à l'organisation de l'enseignement ou de la pratique chirurgicale, mais seulement un exposé historique : d'abord des tendances passées et actuelles des écoles italiennes, ensuite des travaux accomplis par les Italiens sur toutes les questions scientifiques et pratiques qui intéressent la chirurgie. Ce livre serait bon à consulter pour écrire un chapitre de l'histoire de la médecine.

VARIÉTÉS

DÉCOUVERTE DES PROPRIÉTÉS ANESTHÉSIQUES DE L'ÉTHER, PAR UN AURISTE, EN 1829.

Le docteur Samuel Sexton (de New-York) adresse à l'éditeur du *Medical Record* une lettre que nous traduisons textuellement, parce qu'elle présente un intérêt très particulier au point de vue de l'histoire des anesthésiques.

A. H.

TO THE EDITOR OF THE « MEDICAL RECORD ».

Cher Monsieur, les médecins ont suivi avec intérêt tous les progrès qui ont déterminé l'adoption finale de l'éther comme anesthésique général; depuis les expériences de sir Humphrey Davy sur le gaz nitreux au commencement de ce siècle, et l'allusion de Pereira à l'usage de l'éther en 1839, jusqu'au triomphe final de Morton en 1846. Mais, à ma connaissance, il n'a pas été parlé de l'adoption de l'éther comme anesthésique général en 1829, et le fait présente assez d'intérêt pour vous prier de lui accorder une place dans votre journal.

Ayant eu l'occasion de consulter un vieil ouvrage de chirurgie otiatrique de ma bibliothèque, mon attention fut arrêtée par les lignes suivantes :

Vapor of Æther inhaled (as assisting in the examination of the Ear) (vapeur d'éther en inhalation comme moyen de permettre l'examen de l'oreille). Le livre que je consultais est intitulé : *On the varieties of Deafness and diseases of the Ear, with proposed methods of relieving them*, by WILLIAM WRIGHT *esq. Surgeon Aurist to her late Majesty Queen Charlotte.* LONDON, 1829.

Me reportant à la page 38 de l'ouvrage indiquée par la table, je trouvai le passage suivant :

VAPOUR OF ÆTHER INHALED (vapeur d'éther en inhalation). « Il arrive souvent qu'une éruption herpétique considérable s'est produite dans le conduit auditif, et que la simple introduction d'un morceau d'ouate ou même le toucher externe de l'oreille amène un violent accès de toux; par l'irritation des filets nerveux de la portion dure du nerf auditif qui transmet la sensation aux nerfs du larynx, etc.

» Dans ces cas, j'ai mis une cuillerée à thé d'éther dans une tasse ou dans une coupe à évaporation (*into a cup or evaporating dish*), flottant dans une bassine d'eau chaude, et je faisais inhaler la vapeur au malade, en respirant simplement au-dessus du plat; ce qui, dans presque tous les cas, calme l'irritation, et alors on peut nettoyer l'oreille sans difficulté. Certaines personnes affectées d'une toux habituelle ou d'une affection chronique bornée à la trachée, étaient particulièrement sujettes à ressentir une irritation au plus léger toucher du conduit auditif; ayant découvert que le procédé décrit plus haut prévenait l'accès de toux, elles l'ont employé depuis lors avec un succès constant chaque fois que la toux devenait pénible. » (Voir *Aurist*, p. 79.)

Le docteur Wright, paraît-il, avait publié cette découverte, avant même 1829, dans l'*Aurist*, publication qu'il éditait. Bien que l'affection de l'oreille pour laquelle on avait eu recours à M. Wright ne fût pas des plus importantes, elle était suffisamment douloureuse pour lui suggérer l'idée de l'emploi d'un moyen calmant, et sa description ne saurait être lue sans qu'on n'éprouve un certain étonnement de ce qu'il n'ait pas étudié la matière plus à fond, ce qui l'eût certainement conduit à des résultats plus pratiques.

Nous sommes ainsi amenés à cette réflexion que, bien des découvertes importantes ne sont pas le résultat d'une inspiration soudaine, mais qu'elles résultent de travaux multipliés. Quant à l'introduction définitive et méthodique de l'anesthésie, nous en sommes redevables à l'intelligence de Morton qui, lorsqu'il fut saisi de cette idée, ne cessa de la poursuivre jusqu'au succès définitif.

Samuel SEXTON, M.D.

New-York, 18 juillet 1879.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Morisson, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

LA SALPÊTRIÈRE. — Un amphithéâtre va être créé à la Salpêtrière. Les travaux viennent de commencer. Cet amphithéâtre occupera le bâtiment de l'ancienne cuisine, servant aujourd'hui de magasins. Il pourra contenir plus de trois cents auditeurs.

EXAMENS DE VALIDATION DE STAGE.—Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et par dérogation aux dispositions des articles 2, 3 et 4 du règlement du 30 décembre 1878, la première session d'examens de validation de stage est reportée : dans les Ecoles supérieures de pharmacie, dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, dans les Ecoles de plein exercice et les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, au mois d'avril 1880.

Les élèves dont le stage sera terminé au 1er novembre 1879, et qui en justifieront, seront admis à suivre les cours et à participer aux travaux pratiques des Facultés et Ecoles dès le commencement de l'année scolaire 1879-1880; ils seront individuellement autorisés à prendre rétroactivement les inscriptions afférentes au premier semestre, sur la production de certificats d'assiduité aux cours et aux travaux pratiques, dès qu'ils auront subi avec succès l'examen de validation de stage.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 1er septembre 1879, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine, savoir : *Au grade de directeur* : M. Maisonneuve (Auguste-Alfred-Camille), médecin en chef. *Au grade de médecin en chef* : M. Cunéo (Bernard, médecin professeur).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Par décret en date du 19 août courant, la chaire de chimie et pharmacie prend le titre de chaire de chimie et toxicologie. — La chaire de pathologie externe prend le titre de chaire de pathologie externe et médecine opératoire.— Il est créé à ladite Ecole une chaire de pharmacie et matière médicale.

LA FIÈVRE JAUNE. — La grande épidémie de fièvre jaune qui a sévi l'an dernier dans les États du Sud a coûté, paraît-il, d'après les calculs faits, la vie à 20 000 personnes.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 21 au 28 août 1879, on a constaté 863 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 20. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 3. Variole, 9. — Croup, 13. — Angine couenneuse, 19. — Bronchite, 35. — Pneumonie, 28. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 94. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 6. — Erysipèle, 5. — Autres affections aiguës, 197. — Affections chroniques, 353 (dont 124 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 35. — Causes accidentelles, 31.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Étude expérimentale sur la métalloscopie et la métallothérapie de Burq, rapports faits à la Société de biologie, par MM. Charcot, Luys et Dumontpallier. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

Essai sur la réaction de l'urine, par le docteur Fustier. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

De l'œdème dur des grandes et des petites lèvres, symptomatique de la syphilis, par le docteur Oberlin. In-8, avec 2 planches. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 11 septembre 1879.

Congrès de Montpellier : RELATION DES AFFECTIONS CARDIAQUES AVEC LES AFFECTIONS GASTRO-HÉPATIQUES. — DES NERFS VASO-MOTEURS DU POUMON : M. TEISSIER.

Parmi les questions intéressantes qui ont été discutées sérieusement dans les séances du congrès de Montpellier, dont le compte rendu a été publié dans notre dernier numéro (p. 572 à 576), la communication de M. Teissier fils a particulièrement attiré notre attention. M. François-Franck a résumé succinctement la discussion qui a suivi cette lecture, faite dans la séance du 1er septembre, et cet aperçu suffisait à montrer qu'il s'agit d'une question de pathogénie fort importante et comportant des explications physiologiques d'un ordre très-complexe. M. Teissier fils, dans son étude sur les affections cardiaques consécutives aux affections gastro-hépatiques, a constaté l'influence des maladies du foie, de l'estomac et de l'intestin sur la production lente de lésions du cœur droit; il complète ainsi par ses observations les remarques étiologiques que M. Potain a faites dans le même sens. Cette concordance est importante au point de vue de l'étiologie générale, mais l'énonciation simple de l'influence des maladies intestinales sur les affections du cœur droit ne saurait avoir sa valeur démonstrative complète que si on l'accompagne de l'explication physiologique du phénomène. Or, c'est ici que les auteurs cessent d'être d'accord. « M. Teissier fils admet comme point de départ une irritation du grand sympathique et non des filets sensibles du pneumogastrique; pour les autres parties du mécanisme des lésions cardiaques, M. Teissier se range à l'avis de M. Potain, et pense qu'il s'opère par voie réflexe un spasme des vaisseaux pulmonaires sous l'influence de l'excitation réfléchie sur le pneumogastrique. » (Voyez le compte rendu, p. 576.) M. Combal, M. Lancereaux croient que la théorie nerveuse n'est pas applicable à tous les cas, et M. François-Franck « inclinerait plutôt à admettre comme plus probable la réflexion sur les vaisseaux du poumon par le sympathique que par le pneumogastrique ». M. Lancereaux a pu dire avec raison que le sujet est complexe, et c'est pourquoi nous pensons qu'il est utile de le simplifier en montrant que l'on doit retrancher des théories proposées celle qui admet un spasme des vaisseaux pulmonaires sous l'influence de l'excitation réfléchie sur le pneumogastrique. Ce point spécial de physiologie offre par lui-même une importance suffisante pour que nous le traitions avec quelque détail.

On a cru longtemps que le pneumogastrique avait une action vaso-motrice sur les vaisseaux pulmonaires; cette opinion soutenue par Schiff ne saurait plus être admise depuis les expériences très-décisives de Brown-Séquard. Bien que ces expériences aient été communiquées à plusieurs reprises à la Société de biologie, en 1870, 1871, 1872; qu'elles aient été résumées dans plusieurs publications anglaises ou américaines (1); malgré les analyses qu'en a faites Vulpian dans plusieurs de ses leçons, il ne nous semble pas qu'elles soient aussi généralement connues qu'elles le méritent en raison de leur importance. L'idée de considérer les nerfs pneumogastriques comme des vaso-moteurs du poumon a été basée sur une étude incomplète des phénomènes produits par la section des nerfs vagues. Les expérimentateurs, influencés par l'apparition de troubles respiratoires graves survenus à la suite de la section des deux pneumogastriques, tels que la suffocation, l'apparition d'écume bronchique, l'engouement, l'inflammation du

(1) *Comptes rendus de la Société de biologie*, communications de M. Brown-Séquard, 1870, pages 86 et 116; 1871, pages 101 à 103; 1872, pages 13, 180, 187; *The Lancet*, 1871, vol. 1, p. 6, London, 1871. — M. Brown-Séquard, *On ecchymosis and other effusions of Blood caused by a nervous influence*, by C. E. Brown-Séquard, in *Archives of scientific and practical Medicine*, vol. I, p. 148 à 151, February 1873. — *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, par A. Vulpian, Paris, 1875, t. II, p. 383, 532, etc.

FEUILLETON

Bibliographia Patiniana. — Catalogue chronologique, analytique et explicatif des ouvrages composés par Guy Patin, et de ceux à la publication desquels il a contribué.

(Fin. — Voyez le n° 36.)

XII. — *Additions à une thèse de Charles Guillemeau.*

Le 2 avril 1648, dès les premières heures du jour, il y avait aux écoles de la rue de la Bucherie grand concours de docteurs régents, de bacheliers et de nouveaux licenciés. On peut dire que pas un membre de la docte Compagnie ne manqua à l'appel. C'est qu'on devait y disputer sur une thèse dont le titre et la conclusion étaient bien capables d'attirer l'attention. La thèse portait ce titre :

Est ne hippocratica medendi methodus omnium certissima, tutissima, præstantissima? (La méthode hippocratique est-elle la plus certaine, la plus sûre et la plus excellente pour guérir les maladies?) Elle concluait nécessairement par *oui*, et était de la façon de Charles Guillemeau, président de l'acte. Elle eut un retentissement considérable, car l'auteur, en condamnant avec vigueur, souvent avec âpreté, les prétentions des chimistes, des paracelsiques et les abus dans l'emploi des médicaments, se faisait une fois de plus le champion de l'antiquité, de l'orthodoxie médicale, comme on disait rue de la Bucherie.

Guillemeau jugea même opportun, devant un succès aussi éclatant, et afin de vulgariser les idées qui étaient émises dans la thèse, de traduire en français cette dernière, de la faire imprimer et de la distribuer largement. Il fit plus encore : connaissant les talents littéraires, la verve incomparable de son ami Patin, non moins que sa haine invétérée contre les polypharmaciens et les adorateurs de drogues à vertus presque suspectes, il l'invita à enrichir la traduction de sa thèse d'ob-

tissu pulmonaire, ont été conduits pour la plupart, avec Schiff, Wundt, Panum, à rapporter la mort survenant dans le cas de section du pneumogastrique à un engorgement sanguin caractérisé par des épanchements interstitiels et une double pneumonie; l'origine de cette congestion ou stase sanguine serait la paralysie des vaisseaux. En d'autres termes, les pneumogastriques seraient les nerfs vaso-moteurs des poumons. Aujourd'hui nous avons appris à considérer tout autrement la cause et la nature des altérations observées dans ces cas; en effet, il faut distinguer dans l'action attribuée aux pneumogastriques, par rapport aux poumons, deux ordres de phénomènes: le premier comprend l'action de ces nerfs sur les fibres musculaires lisses de la trachée et des bronches; le second est l'action vaso-motrice, et c'est de celui-ci dont nous avons à nous occuper plus spécialement. Or, ainsi que nous allons le montrer, les expériences de Brown-Séquard démontrent que les pneumogastriques ne sont pas les vaso-moteurs du poumon, puisque, d'une part, les troubles attribuables aux nerfs vaso-moteurs, qui sont les plus faciles à vérifier (la congestion, l'hémorrhagie intraparenchymateuse), n'existent pas immédiatement après la section des pneumogastriques, et que, d'autre part, ces effets sont constants lorsqu'on détermine des lésions même légères de certaines parties de l'encéphale, telles que le pont de Varole et les pédoncules cérébelleux, ces parties agissant par l'intermédiaire du ganglion thoracique supérieur. En d'autres termes, ce sont les racines spinales du grand sympathique se rendant au ganglion thoracique supérieur qui constituent les nerfs vaso-moteurs du poumon.

Pour bien faire comprendre la série des expériences qui, en se combinant les unes avec les autres, démontrent la vérité de cette conclusion générale, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici, en les traduisant, les propositions établies par Brown-Séquard dans les *Archives of scientific and practical Medicine* en 1875:

« 1° Si la poitrine d'un animal est ouverte rapidement après la section d'un nerf vague ou de tous les deux, si l'on a soin de ne pas exercer de forte pression sur la poitrine au moment de l'ouverture, les poumons sont invariablement trouvés exempts d'hémorrhagies ou d'ecchymoses.

» 2° Si l'on irrite par un courant galvanique intense le bout périphérique du nerf vague sectionné, il ne se produit aucune trace d'hémorrhagie dans les poumons lorsqu'on ouvre la poitrine avec soin, immédiatement après une galvanisation de dix minutes environ.

» 3° La galvanisation de la moelle allongée, lorsqu'elle est limitée à cette partie du centre nerveux qui est au voisinage immédiat de l'origine de la paire des nerfs vagues, ne produit pas habituellement d'ecchymoses dans les poumons.

» 4° La galvanisation du pont de Varole et des parties avoisinantes (les divers pédoncules), de même que l'irritation mécanique de ces centres nerveux, produit un grand nombre d'ecchymoses petites ou larges, et quelquefois des épanchements sanguins considérables dans les poumons.

» 5° Si les deux nerfs vagues sont divisés au cou, l'irritation du pont de Varole, qu'elle soit mécanique ou galvanique, produit l'hémorrhagie pulmonaire tout aussi bien que lorsque ces nerfs n'ont pas été coupés, ce qui démontre clairement que ce n'est pas par leur intermédiaire que l'influence exercée sur les vaisseaux sanguins rompus serait transmise du cerveau aux poumons.

» 6° Lorsque après avoir sectionné transversalement la moelle épinière au-dessus de la sixième et de la septième paire cervicale, on irrite le pont de Varole ou les pédoncules cérébelleux, on ne trouve que très-rarement quelque hémorrhagie dans les poumons; c'est donc à travers la moelle que se transmet cette influence, qui partant du cerveau irrité se propage à travers la moelle, quand elle est saine, pour aboutir aux vaisseaux sanguins du poumon.

» 7° Les fibres nerveuses conductrices de l'influence qui produit les hémorrhagies se portent de la moelle épinière au premier ganglion thoracique du grand sympathique, pour se terminer dans les poumons; et, en effet, lorsqu'on a extirpé ces ganglions, il ne se produit plus d'hémorrhagies lorsqu'on déchire le pont de Varole.

» 8° Ces fibres nerveuses, qui sont excitables à leur origine dans le pont de Varole et à leur voisinage, cessent d'être irritables dans leur trajet à travers les ganglions thoraciques, la moelle allongée, la moelle épinière et les racines des nerfs spinaux qui fournissent des fibres aux premiers ganglions thoraciques; mais elles peuvent être excitables dans certains points de leur trajet, car quelquefois la galvanisation ou la section de la moelle allongée, de la moelle cervicale ou des ganglions thoraciques produit, dans quelques cas, une hémorrhagie pulmonaire. »

Il faut donc renoncer à invoquer l'action vaso-motrice des pneumogastriques sur les poumons, et nous croyons même qu'ils ne peuvent avoir non plus une autre influence secondaire de quelque importance dans les troubles pulmonaires qui favoriseraient la production d'affections cardiaques. En

---

servations personnelles. On a ainsi un ouvrage in-4°, de 94 pages, imprimé par Nicolas Boisset en 1648, et portant ce titre:

Question cardinale à disputer aux escholes de medecine jeudy matin 2 avril, sous la presidence de maistre Charles Guillemeau, docteur en medecine de la Faculte de Paris: La methode d'Hippocrate est-elle la plus certaine, la plus seure et la plus excellente de toutes a guarir les maladies? *Avec des observations sur quelques points les plus notables.*

Ce sont ces *observations* qui sont de la façon de Guy Patin; elles sont au nombre de onze, occupent les pages 41 à 94, et roulent sur des médicaments, les uns approuvés, pronés et chantés, les autres malmenés, critiqués et honnis par l'implacable satirique, qui passe successivement sous son crible le séné, l'antimoine, les remèdes cardiaques, l'os du cœur d'un cerf et la corne de licorne, les perles, les pierres précieuses, le bézoard, les confections d'alkermès et de hyacinthe, les apozèmes et juleps, le laudanum des chimistes, la thériaque et la mithridate. Il termine par cette invocation son étonnant plaidoyer antipharmaceutique:

Tibi laus, decus, imperium, Deus et Pater,
Domini nostri Jesu Christi
in Spiritu Sancto.

On me demandera pourquoi j'attribue à Guy Patin les observations qui suivent la thèse de Guillemeau. Ma réponse est facile; elle se trouve dans une lettre à Belin du 2 octobre 1657, lettre dans laquelle Patin raconte son fameux procès avec les pharmaciens:

« Pour ce que je dis contre eux (les pharmaciens) au Parlement, je vous assure que je n'en avais jamais rien écrit; mais d'autant que la Faculté avait ordonné que cela serait marqué dans les registres, je pense que j'en donnai quelques mémoires à M. Perreau, alors doyen, afin qu'il les mît dans ses registres, dont je n'ai eu ni brouillon ni copie. Je me sou-

effet, puisque les pneumogastriques président à la contractilité des muscles bronchiques, et que la galvanisation de ces nerfs peut amener la production d'emphysème pulmonaire, ainsi que l'a observé Brown-Séquard, on pourrait être tenté d'attribuer un certain rôle à ces actions musculaires ou, en quelque sorte, mécaniques dans la production d'altérations pulmonaires analogues à celles que produisent les vaso-moteurs. Eh bien, les expériences de Brown-Séquard nous démontrent que cette action du pneumogastrique ne doit pas avoir une influence notable sur les troubles vaso-moteurs pulmonaires, puisque les lésions principales dues au grand sympathique se produisent aussi bien lorsque le poumon est distendu ou vide d'air. Les contractions des bronches et l'emphysème, produits sous l'influence des nerfs vagues, doivent donc eux-mêmes rester distincts des phénomènes vaso-moteurs.

C'est donc par l'intermédiaire du grand sympathique que peuvent se produire les troubles vaso-moteurs qui expliqueraient la production lente des affections cardiaques, et dès lors les faits expérimentaux surabondent pour expliquer cette action réflexe; celle-ci peut d'ailleurs se produire à des degrés variables, ou bien, qu'on nous permette l'expression, à des étages différents.

Il suffit qu'une irritation soit transmise au pont de Varole et dans les parties immédiatement avoisinantes pour que cette irritation se réfléchisse sur les nerfs vaso-moteurs du poumon, du cœur, et des principaux viscères abdominaux par l'intermédiaire du ganglion thoracique supérieur. Il est facile de comprendre comment les phénomènes peuvent varier, puisqu'ils sont liés à l'état d'intégrité d'une série de conducteurs et de centres nerveux; et pour ne citer que deux exemples, nous rappelons d'une part que si le glanglion thoracique supérieur est détruit, les altérations pulmonaires, telles que les hémorrhagies, l'œdème, ne sont plus produites par la section du pont de Varole; d'autre part, il suffit qu'il y ait une lésion du pont de Varole pour que des ecchymoses puissent être observées dans le péricarde et le cœur même. L'action vaso-motrice est dans ce cas bien évidente, et inscrite sur l'organe lui-même. Nous ne voulons pas dire que ces actions soient aussi immédiates et en quelque sorte aussi aiguës lorsqu'il s'agit de maladies intestinales, mais nous les rappelons parce qu'elles démontrent par des lésions macroscopiques le degré extrême de l'influence vaso-motrice du sympathique, et permettent de comprendre dès maintenant comment une série d'irritations des plus légères portées au pont de Varole pourraient à la longue agir sur la nutrition et sur toutes les fonctions des poumons, du cœur et des viscères. Bien plus, on peut ramener à la théorie qui a été appelée « théorie nerveuse » l'explication invoquée par M. Combal, c'est-à-dire que « les troubles de nutrition consécutifs aux maladies gastro-intestinales peuvent suffire à expliquer les désordres cardiaques » (voy. *Comptes rendus*, page 576); en effet, si les troubles nutritifs sont assez prononcés pour amener dans la composition du sang des modifications incompatibles avec l'état d'intégrité de la substance nerveuse contenue dans le pont de Varole, on peut concevoir la production d'une série de troubles vaso-moteurs dans le poumon, le cœur et les viscères abdominaux.

Nous terminons ces considérations, parce qu'ayant voulu obtenir une simplification dans la théorie proposée par M. Teissier fils, en montrant qu'il faut en dégager la prétendue action vaso-motrice du pneumogastrique, nous n'avons pas pour aujourd'hui l'intention d'insister davantage sur les problèmes multiples des rapports de cause à effet qui existent entre les affections gastro-intestinales et les affections cardiaques ou pulmonaires.

Albert Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

Contribution a l'étude des entozoaires sous-conjonctivaux, par le docteur Fieuzal, médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts. Travail lu au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, dans la séance du 8 septembre 1879.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer en peu de temps (un an et demi), parmi les malades qui se présentent à la clinique, deux cas d'entozoaires de l'appareil oculaire ou plutôt de ses annexes, constituant les deux variétés d'hydatides qui se rencontrent chez l'homme : aussi avons-nous jugé à propos, en raison de la rareté des faits analogues rapportés par les auteurs, d'en faire l'objet d'une communication à l'Association française.

Tout le monde sait que les vers vésiculeux proviennent des diverses espèces de *Tænia*, dont ils représentent une phase de développement, et pour nous en tenir aux deux variétés que nous avons observées, le *Tænia echinococcus*, hôte habituel de l'intestin du chien; le *Tænia solium*, spécialement

---

viens bien que je parlai contre l'abus des drogues, et entre autres contre le bézoard, la thériaque..., dont vous trouverez quelque chose de bon dans les *Observations* qui sont derrière la *thèse françoise de feu M. Guillemeau*, de l'an 1648, lesquelles sont curieuses *et de ma façon*. Vous trouverez là dedans des raisons de la doctrine... »

XIII. — *Ouvrages anatomiques de Jean Riolan, le fils.*

Quoiqu'il n'ait laissé aucun écrit personnel sur l'anatomie, Guy Patin a eu toujours un goût très-prononcé pour cette science. Aussi le voit-on, dès son admission au baccalauréat (1623), accepter avec joie les fonctions d'*Archidiacre* des écoles, c'est-à-dire de chef des travaux anatomiques, et, en 1654, entrer au Collége de France comme professeur d'anatomie et de botanique, en remplacement de son maître, de son « bon ami », Riolan. Il est certain que Patin, plus lettré, plus habile à manier la plume de critique, n'a pas été étranger aux nombreuses publications de Riolan. Les fameuses *Curieuses recherches*, mises au jour sous le nom de ce dernier, en 1651, montrent bien des passages où l'on reconnaît la touche, la manière de faire de son spirituel élève. Mais, sans s'arrêter à ce qui ne peut être qu'une supposition, on est assuré que, sans Guy Patin, nous n'eussions pas eu ni l'*Encheiridium anatomicum et pathologicum* de Riolan, publié en 1648, in-16, ni les *Opera anatomica vetera recognita et auctiora*, du même Riolan, données en 1653, in-fol. de 872 pages, et qui sont comme le testament scientifique de l'auteur.

Qu'on ouvre, en effet, l'*Encheiridium anatomicum*, dédié « Eruditissimo medico doctori Parisiensi, D.-D. Guidoni Patino, amico et collegæ suo », voici en quels termes Riolan rend hommage à celui qui l'aidait dans ses travaux :

« Mon ambition n'est pas portée à chercher le nom de quelque grand seigneur pour le placer en tête de mon livre, comme un Dieu tutélaire; je n'ai jamais brigué les faveurs ni les louanges,

domicilié dans l'intestin grêle de l'homme, se détachent par anneaux remplis d'œufs fécondés et passent dans les déjections sous le nom de *cucurbitius;* celles-ci sont recueillies par certains animaux chez lesquels ils vont constituer, dans le premier cas, l'échinocoque; dans le second, le cysticerque, et c'est de chez ces mêmes animaux que nous les reprenons, sans nous en douter, en mangeant de la viande qui les renferme.

Les entozoaires sous-conjonctivaux, sans être absolument rares, sont loin d'être fréquents; ce n'est que depuis une quarantaine d'années que l'attention des chirurgiens a été éveillée sur ce sujet. *Baum* (de Dantzig) fit en 1838 connaître le premier cas de cysticerque ladrique sous la conjonctive. Depuis cette époque, *J. Sichel* fit paraître dans le *Journal de chirurgie*, en 1843, un mémoire original très-complet sur le développement du cysticerque sous la conjonctive, dans lequel il en rapporte trois observations personnelles.

Un peu plus tard, avril 1847, il fit paraître dans la *Revue médico-chirurgicale* de Malgaigne la relation d'un quatrième cas de cysticerque sous-conjonctival, et enfin, lorsque, en 1859, il publia sa magistrale *Iconographie ophthalmologique*, le nombre total des cas connus s'élevait à 13, dont 7 avaient été observés par lui. C'est donc ce savant praticien qui a contribué dans la plus large mesure à l'étude de cet intéressant sujet, car c'est tout au plus si les cas publiés jusqu'à ce jour s'élèvent à une vingtaine en tout.

Cette rareté suffira, pensons-nous, pour justifier le choix de la communication que nous faisons aujourd'hui, dans le but d'attirer l'attention des praticiens sur un point qui n'arrive pas toujours à la connaissance des oculistes, car bien des fois il doit arriver que la vésicule hydatique contenue dans la tumeur s'échappe spontanément avec le pus que renferme le kyste. C'est pourquoi il nous paraît utile de préciser les caractères cliniques à l'aide desquels un kyste à hydatides pourra être distingué des autres tumeurs occupant le tissu sous-conjonctival, et capable de donner le change sur la véritable nature de celle qu'on a sous les yeux.

Ces caractères cliniques, tracés de main de maître par Sichel dans son *Iconographie*, nous paraissent devoir être intégralement reproduits, car à eux seuls ils sont suffisants pour permettre à celui qui n'en a jamais vu de les discerner du premier coup. « On pourra, écrit ce savant ophthalmologiste, se prononcer sans hésitation sur la présence d'un cysticerque sous la conjonctive, toutes les fois qu'on trouvera, vers l'un des angles, et plus ou moins rapprochée du diamètre transversal de l'hémisphère antérieur de l'œil, une tumeur recouverte par la conjonctive, arrondie, rose pâle, semi-diaphane, où l'on reconnaîtra presque toujours, vers la partie moyenne, un disque blanchâtre ou jaunâtre circonscrit; que cette tumeur sera d'un rouge plus foncé et plus vascularisée à sa circonférence, élastique, mais peu dure et se déplaçant latéralement dans une certaine étendue, mais adhérente par le centre de sa face postérieure à la sclérotique.

» Il n'existe aucune douleur spontanée; quelquefois seulement le malade accuse la sensation d'une légère pression ou d'une gêne, lorsque les paupières se rapprochent.

» Au toucher, la tumeur ne montre que la sensibilité ordinaire de la conjonctive; la vision n'éprouve point de trouble réel, mais seulement, dans quelques cas exceptionnels, une gêne plus ou moins grande dépendant de la position du kyste. »

Tels sont les signes cliniques à l'aide desquels on reconnaîtra la présence du kyste hydatique. Est-il besoin d'ajouter que l'examen microscopique devra toujours être pratiqué, et donner sa consécration au diagnostic porté, en montrant d'une façon irrécusable l'existence des caractères histologiques de la variété de l'entozoaire auquel appartient le ver vésiculeux qu'on a sous les yeux.

Sur un total de 18 000 malades inscrits à la clinique, nous avons rencontré deux cas de kystes hydatiques sous-conjonctivaux.

Le premier concerne une jeune fille de seize ans inscrite sous le n° 11815 et atteinte d'un kyste à échinocoque; il a été publié *in extenso* dans notre compte rendu clinique de 1878 (*Fragments d'ophthalmologie.* Delahaye, 1879); aussi nous bornerons-nous à en relater sommairement les principales particularités; et d'abord nous devons dire qu'il n'était pas, à proprement parler, sous-conjonctival, car il occupait les fibres musculaires du droit externe, et s'était développé de façon à former une tumeur qui avait lentement acquis la dimension d'un gros marron, repoussant l'œil en avant et en dedans, au point d'avoir, par l'extension qu'elle avait prise, compromis la vision de cet œil. Evidemment les signes cliniques précédemment cités ne pouvaient s'appliquer au diagnostic de cette tumeur, qui n'était sous-conjonctivale que d'une façon médiate, et qui avait subi plusieurs ponctions exploratrices depuis son apparition.

L'extirpation de la tumeur fut pratiquée sans aucune entrave; elle fut laborieuse et longue, comme toutes les fois qu'il s'agit d'une tumeur de l'orbite et qu'on veut faire le moins possible de destruction; les suites en furent des plus simples, et nous pouvons dire des plus heureuses. La jeune fille qui en était atteinte put s'en retourner chez elle au bout d'un mois, parfaitement guérie de sa tumeur, et ne conservant à la place de l'exorbitis qui la défigurait qu'un strabisme interne qui du reste l'inquiétait fort peu, et qui résultait de la destruction ou tout au moins de la mutilation du muscle droit externe.

L'examen de la tumeur, préalablement durcie, nous permit, à l'aide de coupes pratiquées en divers sens, de constater

---

que celles des hommes doctes et experts, passionnés pour les lettres, et qui ont mérité qu'on se souvienne de leurs travaux. Je vous ai choisi le premier et comme celui à qui le *droit* et les mérites ont acquis la dédicace et la défense de ce livre. C'est en votre nom que j'ai jeté mes filets (*in tuo nomine jactavi retes*); vous avez été bien souvent le solliciteur et le promoteur de l'impression de mes livres anatomiques, et vous m'avez vous-même donné un libraire... Mais ce qui m'oblige davantage, c'est que vous avez voulu vous-même avoir soin de l'impression... »

Dix ans plus tard, Sauvin, traducteur de l'*Encheiridium anatomicum*, sous le titre de *Manuel anatomique et pathologique* (Paris, 1661, in-12), non-seulement dédiait sa traduction à Guy Patin, mais encore lui rendait justice en le déclarant le promoteur et le correcteur du livre.

La preuve n'est pas moins facile à donner en ce qui concerne les *Opera anatomica*. Riolan avoue qu'il ne pensait guère à réunir en un corps d'ouvrage toutes ses publications antérieures, et que, s'il s'y est décidé, c'est grâce à Guy Patin, « l'auteur et le promoteur » de cette publication, et celui auquel les élèves devront tous les bénéfices qu'ils pourront en tirer. Patin a même eu sa part dans l'élément matériel du livre; car c'est lui qui a fait l'index alphabétique des matières, index copieux, abondant, et qui n'a pas absorbé moins de 56 pages à deux colonnes. Plusieurs fois il parle, comme avec orgueil, de ce travail à ses correspondants. (Lettres à Falconet, 28 mai, 23 juillet 1649; à Spon, 22 juin, 20 juillet, 5 novembre 1649.)

XIV. — *Notes sur l'Advis sur la peste, de Nicolas Ellain.*

Nicolas Ellain, mort le 30 avril 1621, avait été doyen de la Faculté de médecine de Paris (1584), professeur de pharmacie, censeur royal. Il avait rendu de tels services qu'on avait l'habitude de l'appeler l'*Atlas des écoles*. Le bonnet doctoral ne l'avait pas empêché d'enfourcher Pégase; on lui connaît

l'existence d'une cavité centrale, irrégulière, entourée de parois très-épaisses constituées par du tissu conjonctif organisé en membrane adventice, portant la trace des nombreux coups de trocart donnés à travers la tumeur à plusieurs reprises, et dans les anfractuosités de laquelle se trouvait un liquide séro-purulent ou sanieux renfermant de nombreux débris de feuillets superposés les uns aux autres, tout recroquevillés, mais s'étalant sous l'eau et y prenant aussitôt un aspect gélatineux et transparent.

Nous avons trouvé au milieu de ces débris un reste de vésicule sur laquelle on pouvait aisément reconnaître une disposition en lamelles très-fines, rappelant assez exactement celle de cette portion de l'estomac des ruminants désignée sous le nom de *feuillet*, et ressemblant en effet aux feuillets d'un livre entr'ouvert.

Malheureusement les piqûres qui avaient été faites à plusieurs reprises dans la tumeur, en dilacérant les vésicules, avaient activé dans le kyste les phénomènes de régression, de sorte que nous nous sommes estimé très-heureux de pouvoir recueillir, pour les examiner au microscope, encore quelques crochets caractéristiques de la présence de l'échinocoque.

Sur la paroi d'enveloppe de la tumeur hydatique, entremêlées avec le tissu conjonctif, nous avons rencontré de très-nombreuses fibres musculaires striées, qui donnaient ainsi la preuve que l'embryon du *Tænia echinococcus*, après sa migration dans les tissus, avait trouvé dans l'épaisseur du muscle droit externe ou dans le tissu cellulaire interfibrillaire les conditions propres à son évolution. Cette circonstance importante à connaître n'est pas dépourvue d'une certaine gravité, puisqu'elle démontre qu'on ne pouvait enlever le kyste sans enlever du même coup le muscle, et exposer d'une manière inéluctable l'opérée à un strabisme convergent définitif. Il est vrai que cet inconvénient était minime eu égard au danger que lui faisait courir l'inflammation de voisinage occasionnée par l'inflammation du kyste.

Nous ajouterons, pour terminer, que la jeune fille était Lorraine, c'est-à-dire d'un pays où les habitants font grande consommation de viande de porc fumée et insuffisamment cuite.

Le second cas concerne un kyste à cysticerque celluleux que nous avons observé sur une jeune fillette de trois ans, la petite B..., de Marines (Seine-et-Oise), inscrite sous le n° 17479. Cette enfant nous fut conduite par son père à la clinique le 25 avril 1879, pour une tumeur qui occupait le canthus interne de l'œil gauche, entre les insertions du droit inférieur et du droit interne, où elle faisait une saillie de la dimension d'une petite noisette soulevant la conjonctive.

Cette tumeur s'était développée rapidement, sans que l'enfant se fût jamais plainte qu'elle l'incommodât, en l'espace de quelques semaines, au cours d'une coqueluche dont l'enfant était encore atteinte, et ressemblait en tous points à un abcès de la conjonctive. Celle-ci, en effet, très-distendue, violacée, présentait non plus un simple disque blanc jaunâtre, mais une surface de même couleur sur une très-grande étendue de la tumeur, qui semblait prête à s'ouvrir spontanément sous l'influence de la première quinte; il n'est pas douteux que si l'on eût attendu encore quelques jours, l'abcès formé à l'intérieur du kyste ne se fût vidé; dès lors la vésicule qu'il contenait eût passé inaperçue, et la nature n'en eût jamais été connue, au grand détriment de la statistique; car, ainsi que nous le disions au début de ce travail, il est probable que beaucoup de kystes hydatiques accomplissent leur évolution sans que ceux qui en sont atteints jugent à propos de consulter le médecin, et c'est peut-être là qu'il faut chercher l'explication de la rareté excessive des cas connus. Quoi qu'il en soit, à cause même de la possibilité de l'existence d'un kyste hydatique dans les tumeurs sous-conjonctivales, on fera toujours bien de procéder méthodiquement à leur ouverture, de façon à ne pas en perdre ou en lacérer le contenu. Le meilleur procédé pour cela consistera dans une incision peu étendue et peu profonde, qu'on agrandira ensuite en dirigeant la pointe parallèlement à la paroi du kyste; de la sorte, s'il y a un ver vésiculeux, on sera sûr de ne pas crever la vésicule, et on aura la satisfaction de ramener au dehors une vésicule intacte.

C'est ce qui nous arriva dans le cas dont il s'agit, où, après avoir fait respirer le chloroforme à l'enfant, nous eûmes le bonheur, dès que l'incision de la conjonctive et de la paroi du kyste fut faite, de donner issue à une vésicule intacte. Celle-ci avait la dimension d'une petite cerise et était parfaitement transparente, sauf sur un point blanchâtre, légèrement déprimé, d'où, par la pression sur la vésicule, on pouvait facilement faire saillir la tête et le cou d'un ver vésiculeux, que les assistants n'ont pas eu grand'peine à reconnaître, même à l'œil nu. A la simple loupe, on pouvait déjà reconnaître, quoique imparfaitement, le proboscide, la rangée de crochets, et même quelques ventouses, le tout caractéristique du cysticerque celluleux.

Après avoir retiré la vésicule intacte et l'avoir déposée sur un verre de montre pour un examen ultérieur, nous avons largement ouvert le kyste, et fait avec une pince et des ciseaux l'excision de tout ce que nous avons pu avoir de cette paroi, qui était elle-même remplie de sanie purulente. Après quoi nous avons abandonné le reste à la suppuration, sans trop nous préoccuper de ce que nous laissions.

L'enfant fut reconduite chez elle avec un simple bandeau et une compresse sur l'œil, et elle ne manifesta pas plus de souffrance après qu'avant l'opération; si bien que lorsqu'on nous la ramena, une quinzaine de jours après, elle était entièrement guérie; c'est à peine si elle présentait une cicatrice

---

deux *Discours panégyriques* et des *Sonnets* qui ont été réédités dans ces derniers temps par M. Ach. Genty (voy. notre *Parnasse médical français*, p. 203). Son *Advis sur la peste* eut un tel succès qu'il fut imprimé deux fois presque coup sur coup, 1604 et 1606. C'est ce petit traité que G. Sauvageon, traducteur du *Médecin charitable*, de Guybert, sous le titre de *Medicus officiosus*, a inséré dans ce dernier ouvrage, p. 465-537, avec des notes de Guy Patin, notes ayant ces titres : 1° De causis pestis (p. 468); 2° De præsidiis cardiacis corumque abusu (p. 499); 3° De mithridatio illiusque compositione (p. 502); 4° De arsenico ex collo suspenso ad pestis prophylaxin (p. 506); 5° De perlis, auro, cornu monocerotis, bezoardico lapide, mithridatio, theriaca, confectione alkermes, de hyacintho, etc. (p. 510); 6° De aquis theriacalibus, imperialibus, marcipanibus, manus-christi-perlatis, pastis-regiis, etc. (p. 532).

Ai-je besoin de dire que Patin se livre là à toutes sortes de joyeusetés à l'égard de ces compositions pompeuses, auxquelles il refuse, et à juste titre, toute espèce d'action salutaire dans la peste et dans les autres maladies.

XV. — *Quelques notes sur un livre de Galien.* DE MISSIONE SANGUINIS, *livre traduit en français et commenté par Louis Savot.*

L'ancienne Faculté de médecine de Paris a droit de s'enorgueillir d'avoir compté Louis Savot parmi ses enfants. L'architecture lui doit un excellent ouvrage : *L'Architecture française des bâtiments particuliers;* 1624, in-8°. Son *Discours sur les médailles* est très-estimé des hommes compétents. Enfin une traduction du livre de Galien sur la saignée (1) lui valut de pompeux éloges d'une école où les

(1) Le livre de Galien, *De l'art de guérir par la saignée*, traduit du grec. Ensemble, un Discours dédié à Messieurs les médecins de Paris, sur les causes pour lesquelles on ne saigne pas encore tant ailleurs qu'à Paris, et pourquoi quelques médecins même ont détracté cette pratique de Paris. (Paris, 1603, in-12.)

vicieuse de la conjonctive au niveau de l'incision, et on pouvait s'assurer que l'élimination des parois du kyste s'était opérée complétement et le plus simplement du monde.

Le ver, qui par pression faisait émerger sa tête de l'intérieur de la vésicule, fut examiné ultérieurement avec le microscope, et nous avons pu aisément reconnaître sur la tête et autour de la bouche une couronne de 26 crochets, et un peu plus en dehors, en couronne également, les quatre suçoirs arrondis, caractéristiques du cysticerque celluleux.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Hémorrhagies consécutives à l'avulsion d'une dent. Compression digitale.

Le rapport fait à la Société de chirurgie par M. Farabeuf dans sa séance du 7 mai 1879, sur une observation de M. Hémard, qui s'est cru trouvé dans la nécessité de recourir à la ligature de la carotide primitive pour arrêter une hémorrhagie consécutive à l'avulsion d'une dent, et la courte discussion qui s'en est suivie, m'engagent à vous communiquer brièvement quatre cas analogues qui se sont présentés à différentes époques dans ma clientèle privée, et le moyen simple dont je me suis servi, et que j'ai appris à considérer comme le plus sûr parmi tous ceux auxquels on serait tenté de recourir en pareille occurrence.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, qui n'avait pas d'antécédents hémophiliques, mais qui était porteur d'une tumeur érectile veineuse sous-cutanée occupant la région zygomatique gauche. La dent arrachée était la troisième molaire gauche de la mâchoire supérieure; les accidents hémorrhagiques dataient déjà depuis près de trois jours, et tous les moyens employés par le confrère appelé avant moi n'avaient réussi qu'à produire des arrêts momentanés. A en juger par l'état du malade et par ce qu'on nous racontait, la perte de sang subie a dû être considérable; les syncopes étaient fréquentes et le danger de plus en plus imminent. Je pratiquai la cautérisation au fer rouge; l'écoulement s'arrêta; mais au bout de quelques instants, il recommença et il en fut de même après plusieurs cautérisations successives. Je résolus alors de recourir à la compression digitale; je la mis à exécution incontinent, en saisissant le rebord gingival entre le pouce et l'index et en *serrant avec autant de force qu'il en fallait pour faire cesser les pulsations dont cette partie de la gencive était animée.* Tant que mes doigts restèrent en place l'écoulement du sang ne reparut plus; je fis alors appel au dévouement des parents, et sans avoir une grande confiance ni sur l'exactitude avec laquelle ils exécuteraient la compression ni sur sa grande efficacité, je quittai le malade en leur recommandant de la continuer pendant toute la nuit en se relayant et de m'appeler en cas de réapparition de l'hémorrhagie. Mes recommandations ont été ponctuellement exécutées, la compression fut continuée le lendemain d'une façon intermittente par précaution, et l'hémorrhagie s'arrêta définitivement.

Un second cas se rapporte à une demoiselle alors âgée d'une vingtaine d'années, bien réglée, d'une bonne santé habituelle et évidemment exempte de tout antécédent hémophilique. Chez elle, sans cause appréciable, quelquefois aux approches du flux menstruel et d'autres fois en dehors de celui-ci, après quelques phénomènes généraux de molimen hémorrhagique, tels que frissonnements, pesanteur à la tête suivie de rougeur intense du visage, s'établissait spontanément une hémorrhagie gingivale qui avait atteint dans une de ces premières crises des proportions assez considérables pour alarmer les médecins et les parents; ce n'est qu'avec peine et par l'emploi d'une série de moyens susceptibles de détériorer les dents et les gencives qu'on parvenait à se rendre maître de l'hémorrhagie. La compression digitale exécutée de la manière simple que je viens de décrire, mise en usage par moi, réussit toujours au contraire à arrêter l'écoulement du sang. Toutes les fois que celui-ci se représentait, la compression était alors exécutée par un parent ou un ami de la famille qui s'y était exercé.

Dans l'intervalle des crises qui mettaient quelquefois des mois à se reproduire, on apercevait sur le rebord gingival postérieur droit de la mâchoire supérieure une petite tache rouge légèrement saillante; c'est par là que l'hémorrhagie s'établissait en commençant goutte à goutte.

Les troisième et quatrième cas se rapportent, l'un à un paysan d'apparence robuste et de bonne santé, et l'autre à un jeune homme âgé de dix-neuf ans, frère de celui qui fait le sujet de la première observation, mais qui n'était pas porteur de tumeur érectile; chez ces deux sujets, l'hémorrhagie s'était établie à la suite de l'avulsion d'une dent de la mâchoire supérieure, elle s'arrêta promptement par la compression digitale, après avoir fait subir aux malades une perte assez considérable jusqu'à mon arrivée.

Si simple que puisse paraître ce petit moyen, qui est à la portée de chacun, il nous inspire la plus grande confiance; et si nous tenons à le faire connaître, c'est que nous croyons qu'à cause de sa simplicité même on doit toujours commencer par là en pareille circonstance, ou en tout cas y revenir avant de se décider à entreprendre d'aussi graves opérations que la ligature de la carotide primitive ou de la carotide externe.

Dr Jules Galvani.

Athènes le 12 juin 1879.

Si l'on prend la peine de poursuivre quelques-unes des observations où l'hémorrhagie de la gencive ou celle qui succède à l'extraction dentaire ont mis la vie des sujets en danger, même celles où on a eu recours à la ligature artérielle, on reconnaît que la compression digitale soutenue n'a pas été employée. Comme il y a des exemples très-authentiques de mort par suite de telles hémorrhagies, il est important d'appeler l'attention sur les moyens qui ont le mieux réussi à les arrêter. Il faut ajouter seulement que les applications topiques astringentes (feuille de matico, gutta-percha mélangée de charpie (Magitot), charpie ou amadou imprégné de perchlorure de fer ou de teinture de noix de galle), réussissent

émissions sanguines étaient portées à un point qui nous stupéfie aujourd'hui. Traduit en latin par G. Sauvageon, ce petit livre a été inséré dans le *Medicus officiosus* (p. 538), avec deux annotations de la façon de Patin, annotations portant sur les chapitres XII et XIII. Il renchérit encore sur les louanges que Galien donne à la saignée, et il cite des exemples où lui, Patin, a tiré en une fois dix-sept bassins (*pelvicula*) de sang à un pauvre malade; un petit baby de deux à trois mois a été saigné; à un autre de cinq mois, on a tiré à chaque bras une once de sang, et il a été sauvé. Et l'on pourrait citer, ajoute le terrible saigneur, une infinité de cas semblables dans la populeuse ville de Paris...! Galien n'allait pas jusque-là, puisqu'il recommande de ne pas saigner avant l'âge de 14 ans.

XVI. — *Traduction d'une lettre écrite en grec et adressée, par Guillaume Joly, à la Faculté de médecine de Paris.*

Parmi les médecins-poètes que l'ancienne Faculté de médecine de Paris a produits, Gérard Denisot tient un rang distingué. Natif de Nogent-le-Rotrou, et fils de Nicolas Denisot, poète et peintre célèbre, il mourut en 1594, laissant parmi ses papiers une version élégante des Aphorismes d'Hippocrate, en vers grecs et français. Plus tard, Guillaume Joly, avocat, le « vir optimus et antiquæ fidei » de Patin, s'étant rendu acquéreur de la bibliothèque de Denisot, y trouva ce poëme, et s'empressa, sous le décanat de Guy Patin (1652), d'en faire don à la Faculté de médecine, en rehaussant le cadeau d'une lettre d'envoi en langue grecque. C'est cette lettre que Patin a traduite en latin, en enrichissant sa traduction de quelques notes sur Gérard Denisot, notes puisées dans les *Registres-Commentaires*. C'est cette lettre enfin qui a été insérée, texte grec et latin en regard, dans les *Divers opuscules tirez des Memoires de Me Antoine Loysel..., publiés par Claude Joly... Paris*, 1656, *in-4*, *p.* 622-624.

Ajoutons que les Aphorismes versifiés de Gérard Denisot ont été imprimés par son petit-fils, Jacques Denisot, en 1634. (Voy. notre *Parnasse médical*, p. 164.)

toujours ou du moins n'ont jamais été vues inefficaces par des dentistes très-expérimentés, surtout en y ajoutant la compression exercée sur le topique mis en place. Les observations de notre honoré confrère d'Athènes ne disent pas explicitement si ces moyens avaient été mis en usage, et de quelle manière, sur les sujets dont il s'agit.

(*La Rédaction.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (9e session), à Montpellier.

(Correspondance particulière de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.)

Section des sciences médicales.

(Fin. — Voyez le numéro 36.)

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. POTAIN.

M. *Lemoine* (de Paris) annonce qu'on vient de découvrir et de capter, à Ripervillé (Alsace), des eaux minérales remarquables par leur richesse en fer et en manganèse.

— M. *Villeneuve fils* (de Marseille) communique un note sur *un cas de vaginite néo-membranense hémorrhagique.* — Le fait intéressant de cette observation consiste dans la disparition spontanée du liquide hématique et dans la substitution d'une sérosité claire et limpide au liquide sanguin. L'auteur admet que les vaisseaux de la néo-membrane, après s'être ouverts, s'oblitèrent spontanément, et que, le liquide hématique se résorbant, la sérosité subsiste seule.

— M. *Castan* (de Montpellier) présente quelques considérations sur *le traitement de la gravelle urinaire par les stigmates de maïs.* — L'auteur pense que ce mode de traitement, beaucoup vanté dans ces derniers temps, est loin d'être nouveau. Depuis longtemps il l'emploie dans la gravelle urinaire et il en a toujours retiré de bons effets; il administre l'infusion de stigmates de maïs à la dose de quatre à cinq tasses à café par jour. M. Castan présente plusieurs gros graviers qui ont été expulsés à la suite de ce traitement. L'action des stigmates de maïs lui paraît être surtout anesthésique.

MM. *Dennucé* (de Bordeaux), *Pons* (de Nérac), *Queiral* (de Marseille), ont souvent utilisé l'action des stigmates de maïs, dans des cas de gravelle urinaire, et n'ont eu qu'à s'en louer.

— M. *François-Franck* résume quelques recherches personnelles sur *le trajet des nerfs accélérateurs du cœur entre les centres nerveux et les plexus cardiaques.* — Il insiste surtout sur ce point, que le passage de nerfs accélérateurs dans les nerfs laryngés supérieurs (Schiff) n'est point susceptible d'une démonstration directe. Les filets des laryngés supérieurs sont des nerfs sensibles, aussi bien ceux qui remontent à l'intérieur du larynx, vers la muqueuse sus-glottique et l'épiglotte, que ceux qui descendent vers le récurrent par l'anastomose de Galien. L'auteur a développé ces faits dans une note récente à l'Académie des sciences (25 août 1879). Il considère comme démontré le trajet admis depuis les travaux de Legallois, W. Philip, Cl. Bernard, Ludwig et Cyon, Schmiedeberg, etc., c'est-à-dire le passage des nerfs accélérateurs du cœur par les filets sympathiques qui émanent de la moelle cervico-dorsale. Il a aussi vérifié l'exactitude de l'opinion soutenue autrefois d'une manière trop exclusive par Schiff et Moleschott, ramenée à sa valeur réelle por Rutherford et Schmiedeberg, que le tronc du pneumogastrique renferme des filets accélérateurs du cœur : certains procédés d'élimination permettent de mettre ces filets en évidence en supprimant l'action prépondérante des filets modérateurs contenus dans le tronc du pneumogastrique.

— M. *Lannegrâce* (de Montpellier) communique les résultats de ses recherches sur *l'évolution des leucocytes.* — Il n'admet pas la classification de M. Hayem et distingue plusieurs phases dans l'évolution de ces éléments. Le leucocyte réduit à sa plus grande simplicité se compose uniquement d'une masse protoplasmique, sans qu'on y puisse démontrer l'existence d'un noyau, soit par l'acide acétique, soit par le carmin, etc. : c'est là le *leucocyte protoplasmique.* Cet élément peut : 1° se pourvoir d'un noyau : le *leucocyte nucléé* restant tel constitue le leucocyte cellulaire à protoplasma transparent; il peut proliférer soit par division (leucocyte à protoplasma granuleux), soit par bourgeonnement (leucocyte muriforme); 2° le même élément peut aussi donner naissance à des globules rouges par une série de modifications de son protoplasma.

— M. *Arles* (de Montpellier) lit une note sur *un nouveau mode de terminaison des kystes du foie.* — Une femme de soixante-dix-huit ans, présentant une tumeur volumineuse dans l'hypochondre droit, ayant eu des vomissements bilieux, de la fièvre, etc., expulsa un jour, par l'anus, une poche kystique analogue à celle d'un kyste hydatique. L'examen histologique n'a point révélé la présence de crochets d'échinocoques, mais la poche avait tous les caractères d'un acéphalocyste.

— M. *Rouget* fait une communication sur la *contractilité des capillaires.* — Il a non-seulement constaté l'existence d'une couche contractile, mais observé directement la contraction des capillaires, notamment dans la membrane hya-

---

XVII. — *Éloges de Simon Piètre et de François Miron.*

On a attribué, et selon nous avec toute raison, à Guy Patin les Eloges de François Miron, prévôt des marchands, et de Simon Piètre, qui se trouvent t. ij, p. 337-386, 396-405, de l'édition faite en 1656 des *Elogia* de Papyre Masson (2 vol. in-8). Claude Joly, dans le *Recueil des divers opuscules* d'Antoine Loysel, t. ij, p. 591, et Colomies (*Mélang. hist.;* Orange, 1665, in-12, p. 82) l'assurent positivement. Il suffit, du reste, de lire l'Eloge de Piètre pour y reconnaître la plume de celui qui avait tant d'admiration pour la mémoire de ce grand médecin, dont le fils, Nicolas Piètre, avait été le maître de notre Guy. Ce dernier était aussi appelé, comme naturellement, à écrire l'Eloge de François Miron, à la famille duquel il était allié nous ne savons à quel degré, et dont le fils, Robert Miron, maître des comptes, avait vécu avec Patin dans l'intimité, presque sous le même toit de la rue du Chevalier-du-Guet.

Il est encore certain que si l'on peut lire dans l'édition des *Elogia* de Papyre Masson, publiée en 1638, par J. Balesdens, l'Eloge de Calvin, nous le devons à Guy Patin, lequel ayant pu, en 1619, avoir des mains du frère de Papyre Masson cet Eloge, écrit à part par ce dernier, obtint avec peine, mais enfin obtint que Balesdens l'insérât dans son édition. (Voyez Lettre de Patin à Falconet, 24 mai 1650.)

XVIII. — *Le Celse de Vander Linden.*

La plus étroite amitié n'a pas cessé de réunir Guy Patin et le savant professeur de Leyde; ces deux hommes avaient le même goût pour l'étude, la même passion pour les livres, la même admiration pour les œuvres de l'antiquité. Rien de plus touchant que la manière dont Vander Linden parle de son ami dans la dédicace du *Celse*, qu'il édita chez Jean Elzevir, en 1657 : « Je n'oublie pas les nombreuses et grandes obligations que je vous dois. Aussi je vous prie d'accepter la dédicace de ce livre comme un premier et faible témoignage de

loïde de la grenouille et chez des larves d'amphibiens. La tunique dite *adventive* des capillaires artériels et veineux, ainsi que des capillaires vrais, est constituée par des cellules à prolongements protoplasmiques ramifiés. Si l'on soumet des têtards à l'action des anesthésiques, de façon à obtenir des phénomènes de syncope, on voit les vaisseaux du tronc artériel caudal se contracter au point que leur lumière disparaît au niveau d'étranglements annulaires qui se forment surtout au voisinage de l'origine de ces vaisseaux. Les excitations directes déterminent l'apparition d'étranglements annulaires aux points excités. M. Rouget n'a point encore pu démontrer directement l'existence de filets nerveux se distribuant aux parois des capillaires, mais il la considère comme probable.

— M. *Fabre de Rieunègre* propose la *création de chaires d'hydrologie médicale.*

— M. *Milliot* (de Nice), dans une communication sur *les aiguilles introduites dans le corps humain et sur leurs migrations*, passe en revue les diverses voies par lesquelles les aiguilles peuvent pénétrer dans les tissus, et insiste surtout sur leur diagnostic. Il propose d'employer, pour en déterminer la présence, l'aiguille aimantée du galvanomètre, ou plus simplement une petite boussole de précision ; la déviation s'observe si l'on a soin, au préalable, d'aimanter avec un aimant artificiel l'aiguille cachée dans les tissus.

— M. *Ollier : Sur la résection du coude.* — Parmi les résections des différentes articulations il en est, comme celle du genou, qu'il faut restreindre ; d'autres, comme celle du coude, qu'il faut répandre : c'est à ces dernières qu'il limite sa communication. Au début de sa pratique, il faisait exceptionnellement la résection du coude ; maintenant qu'il a reconnu les avantages de cette opération, ses statistiques présentent une mortalité beaucoup moins considérable ; résultat qu'il attribue non-seulement aux progrès de la médecine opératoire, mais aussi et surtout aux perfectionnements du mode de pansement. Malgré ses brillants résultats, la résection du coude est peu pratiquée en France ; à l'étranger, au contraire, en Allemagne surtout, on en use trop largement peut-être. Il faut par conséquent en préciser les indications. Chez les enfants du premier âge, M. Ollier opère très-rarement, parce que la nature présente des ressources exceptionnelles ; le plus souvent, grâce à une bonne hygiène, à une alimentation tonique, à l'immobilisation, à l'ignipuncture, les arthrites du coude guérissent rapidement et d'une manière complète. Dans la seconde enfance, au contraire, et dans l'adolescence, M. Ollier pratique la résection du coude de très-bonne heure : la guérison est plus rapide, la reproduction articulaire du même type s'obtient le plus souvent, et fréquemment le malade conserve un membre vigoureux : le point essentiel pour arriver à obtenir la force du membre est la reproduction du crochet olécrânien. Au delà de vingt ans M. Ollier fait plus rarement la résection du coude : en effet, tout en prenant soin de conserver la gaîne périostée, on doit craindre la laxité de l'articulation et par conséquent l'inutilité du membre.

Un autre point a fixé l'attention de M. Ollier : il a trait aux indications de la résection dans les différentes affections diathésiques. Chez les tuberculeux, par exemple, la résection a paru enrayer pour un temps la marche de l'affection générale.

Après quelques observations de MM. *Rochard*, *Leux* (de Marseille), *Roustan* (de Montpellier), *Houzé de l'Aulnoit* (de Lille), *Mondot* (de Montpellier), la séance est levée pour être reprise à une heure.

Séance du 3 septembre (soir). — Présidence de M. Potain.

M. *Aguilhon* fait une communication sur l'*action physiologique du chlorure de magnésium* contenu dans les eaux de Châtel-Guyon (Auvergne).

— M. *L. H. Petit* lit un travail sur la *perforation méconnue des os du crâne par des tumeurs de la face.* — Les tumeurs qui se développent autour du crâne peuvent en perforer les parois, même dans une très-grande étendue, arriver au contact du cerveau sans provoquer aucun phénomène qui puisse mettre le chirurgien en garde contre une telle éventualité.

L'ablation de ces tumeurs peut déterminer la mort pendant l'opération elle-même, par syncope, ou quelques jours plus tard, par méningite. Dans un petit nombre de cas, la survie a pu être assez longue pour permettre la cicatrisation de la plaie.

L'existence d'une céphalalgie continue, fixe, peut, en l'absence de phénomènes cérébraux, faire soupçonner la perforation. Mais cette céphalalgie elle-même n'a rien de spécial aux cas de perforation : les névralgies de la face peuvent présenter les mêmes caractères de fixité. Quelquefois même des phénomènes cérébraux se produisent sans qu'il y ait perforation. Par conséquent, en l'absence de tout caractère particulier, les accidents qui accompagnent ou suivent l'opération ne peuvent être mis à la charge de l'opérateur.

— M. *Lancereaux : Sur le diabète maigre et sur ses relations avec les lésions du pancréas.* — Le diabète *maigre* débute brusquement chez un sujet de bonne santé apparente ; bientôt apparaissent la polydipsie, la polyphagie, la polyurie et la glycosurie. L'amaigrissement et l'affaiblissement surviennent rapidement ; la marche est continue, relativement courte, et le malade meurt souvent d'une phthisie pulmonaire

---

ma vive reconnaissance. Je vous l'offre comme fruit de mes labeurs, et afin qu'il soit comme le témoin de la dette éternelle que j'ai contractée envers vous... »

C'est que Patin avait sérieusement contribué à rendre cette édition de Celse aussi parfaite que possible, en prêtant à son savant ami toutes les éditions qu'il avait à sa disposition, une, entre autres, enrichie de notes manuscrites de Fernel, de Chapelain, de Scaliger et de Nancelius. (Voy. Lettre à Belin, 20 juillet 1656 ; Lettre à Falconet, année 1659.)

XIX. — *Vita Claudii Galeni, Pergameni, medicorum principis, ex propriis operibus collecta, per R. P. Phil. Labbeum... ; ad V. C. Guidonem Patinum... Paris*, 1660.

C'est un volume in-8° de 88 pages, plus un *Indiculus* allant de la 89e à la 118e page. Patin en est bien l'éditeur ; il le déclare dans une lettre à Falconet, 28 mai 1660 :

« Le P. Phil. Labbé, jésuite, natif de Bourges, a fait, en petit volume, la vie de notre Galien, toute extraite de ses œuvres. Il me l'a donnée et dédiée, toute manuscrite. *Je m'en vais la faire imprimer in-*8°, et puis nous en enverrons à tous nos amis... »

Il n'est pas étonnant, du reste, que le Père Labbé, livré principalement aux études historiques, ait chargé, pour publier un travail se référant spécialement à la médecine, un membre de la profession. Il en agit ainsi à l'égard d'un *Éloge chronologique de Galien*, qu'il avait écrit et qu'il donna à Jacques Mentel, autre médecin de la Faculté de Paris, lequel, en effet, le livra à l'impression en 1660 ; in-8° de 56 pages.

XX. — *La bibliographie médicale de Vander Linden :* Jo-Antonides Vander Linden, *De scriptis medicis ;* Amst., 1662 (3e édit.), in-4°.

Guy Patin a beaucoup contribué à enrichir cette troisième édition (la première parut en 1637), en fournissant à l'auteur

qui débute par une pneumonie chronique à crachats visqueux verdâtres. Ce tableau est tout différent de celui que présente le diabète gras, dont le début est insidieux, dans lequel les phénomènes de glycosurie sont intermittents, la polyphagie et la polydipsie beaucoup moins intenses et la polyurie moins considérable.

Dans le diabète gras, les lésions n'ont rien de déterminé; dans les deux cas de diabète maigre, au contraire, que M. Lancereaux a pu examiner, il y avait destruction du pancréas. Se fondant sur ces faits cliniques et sur les données de la physiologie expérimentale, M. Lancereaux pense que le diabète maigre mérite une place à part en nosologie, et qu'il y a des relations étroites entre ce diabète et les lésions destructives du pancréas.

— M. *Masse* fait une communication relative à l'*influence du mouvement sur les articulations.* — Ce sont les mouvements qui façonnent les articulations : le développement des os, des ligaments, de la synoviale, leur forme, sont le résultat de l'influence directe du système musculaire. Tant que les muscles périarticulaires sont intacts, les ligaments ne jouent aucun rôle actif : ce sont les muscles qui, dans les conditions normales, sont appelés à limiter l'étendue des mouvements articulaires.

— M. *Queirel* et M. *Rouvier* communiquent un travail sur le *rôle de la menstruation et ses rapports avec l'ovulation.* — Les auteurs concluent que la menstruation et l'ovulation ne sont pas absolument dépendantes l'une de l'autre, et qu'on ne doit plus aujourd'hui maintenir l'ancienne théorie ovarienne.

Après quelques réclamations de MM. *Eustache*, *Chalot* et *Mondot*, contre cette opinion qui vient à l'encontre des résultats généralement adoptés des recherches de M. Rouget, la séance est levée.

— Au cours de la séance ont été nommés : président de la section des sciences médicales pour 1880, M. *Denucé* (de Bordeaux); délégué pour trois ans, M. *Parrot;* membre de la commission des subventions, M. *Potain.*

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ, VICE-PRÉSIDENT.

M. *Pécholier : Sur les effets physiologiques de l'opium.* — L'auteur « affirme, avec l'immense majorité des médecins » et quoi qu'en ait dit Brown, que l'opium est un sédatif » direct, primitif et constant de la sensibilité ». Mais il « affirme avec Brown, contre l'opinion du plus grand nombre, » que, sur toutes les autres fonctions de l'organisme, l'opium » pris à des doses vraiment actives exerce primitivement » chez la plupart des sujets une action excitante.

« ... Mais cette période excitante est suivie au bout d'un temps plus ou moins court, et en vertu des lois ordinaires de l'organisme, d'un effet dépressif... A des doses toxiques énormes, la période d'excitation diminue ou même s'efface plus ou moins complétement. De là une vraie sidération comparable à celle que produirait l'ingestion en une fois d'un litre d'alcol. »

— M. *de Musgrave-Clay : Sur la nécessité de créer des hôpitaux pour les phthisiques dans le midi de la France.* — Ces hôpitaux doivent être créés parce que les hôpitaux généraux ne répondent pas aux indications du traitement et parce qu'il y a intérêt à conserver et à rendre à la société des hommes que la maladie saisit en pleine période d'activité. Ce n'est pas seulement dans le sud-est de la France, comme on l'a proposé, mais aussi dans le sud-ouest qu'il faut établir ces hôpitaux, chacun des deux climats du sud-est et du sud-ouest répondant aux indications du traitement des deux formes éréthique et torpide de la phthisie.

— MM. *Rouvier* et *Queirel : Recherches statistiques sur la menstruation à Marseille et dans les Bouches-du-Rhône.* — Ce travail, qui se compose surtout de tableaux statistiques, sera publié dans les comptes rendus du Congrès de Montpellier.

— M. *Mairet : Action du nitrate de potasse au point de vue de la diurèse.* — L'action diurétique du nitrate de potasse est due à son influence sur le globule sanguin. « L'augmentation de la filtration urinaire suit l'action du nitrate de potasse sur le sang; quand le globule sanguin est crénelé, la quantité d'urine rendue augmente; quand cette crénelure disparaît, la quantité d'urine redevient normale. »

— M. *Courty : Des diverses espèces de métrites, d'après les caractères histologiques.* — ... « La localisation histologique du travail morbide de l'inflammation aiguë et surtout de l'inflammation chronique, la moins connue jusqu'ici, est cependant la plus importante à connaître. La concordance entre chaque altération histologique et chaque tableau symptomatique, subjectif et objectif, est la meilleure source de détermination pathologique et d'indication thérapeutique. C'est là aussi qu'on trouve les éléments les plus exacts du pronostic. »

— M. *Rouget* présente des planches et des pièces anatomiques relatives aux organes génitaux internes de la femme et en donne l'explication.

— M. *Clément* (de Lyon) présente un appareil de réfrigération appliqué par lui au traitement des maladies fébriles. L'auteur se sert d'une ceinture de caoutchouc de 1 mètre de

---

une grande quantité, un véritable supplément de notes. Son ami lui rend pleine justice dans sa préface : « Et supplementa quidem habet hæc editio, ab excellentissimo D. Guidone Patino, doctore medico parisiensi, ac professore regio, viro, supra quam aut dici queat, aut quis, nisi experiens credat, nato ad fovendum bonos et artes bonas, ac mihi præter modum et meritum Amico. »

XXI. — *Ouvrages de pathologie et de physiologie de Gaspard Hoffmann.*

Guy Patin n'était pas homme à haïr ou à aimer à demi. Plusieurs de ses Lettres dévoilent l'enthousiasme dont il était animé à l'égard de Gaspard Hoffmann, l'un des médecins, en effet, les plus savants de Nuremberg. Il avait lu tous les ouvrages de l'auteur allemand; il est très-anxieux de l'impression qu'on a commencée à Lyon des *Institutiones medicæ*, impression faite sous l'inspiration de Ch. Spon; l'affaire marche trop lentement selon ses désirs. « Quand plaira-t-il à M. Huguètan (l'imprimeur) que nous voyions ces belles *Institutiones? Quid moratur?* Jamais livre de médecine n'eut un si bon et si beau débit. J'ai peur de mourir avant que de le voir achevé, tant je le souhaitte... » (Lettre à Spon, 8 mars 1644.)

Quelques mois après, les vœux du passionné bibliophile étaient exaucés : le livre tant désiré paraissait en un beau volume in-4°.

Même passion à l'égard du *De medicamentis officinalibus*, que l'on imprima à Paris en 1647, sur le manuscrit de l'auteur. Patin semble même avoir eu une grande part à la publication de ce livre, qui lui fut, du reste, dédié.

Mais la publication d'un autre ouvrage (posthume) de Gaspard Hoffmann est due entièrement à Patin. Cela lui a donné assez de peine pour qu'il ait le droit d'en réclamer la paternité.

Nous voulons parler de l'*Apologia pro Galeno*, sive ΧΡΗΣΤΟ. ΜΑΘΕΙΩΝ, *libri duo*, *ex bibliotheca Guidonis*

long et de 0m,80 de large, à l'intérieur de laquelle il introduit de l'eau froide qu'on renouvelle à volonté. Cette ceinture étant appliquée autour de l'abdomen, on peut refroidir lentement ou rapidement le malade; c'est l'abaissement rapide de la température qu'il paraît préférable d'obtenir. M. Clément rappelle que M. François-Franck a présenté cette année à la Société de biologie un manchon de caoutchouc entoilé, à double paroi, permettant de faire circuler de l'eau froide ou de l'eau chaude autour du corps d'un animal. Il croit que la ceinture abdominale suffit pour obtenir un rapide abaissement de la température. A l'appui de son opinion, il présente un grand nombre de courbes thermométriques montrant un abaissement moyen de la température qui dépasse 1 degré.

— M. *Nepveu* adresse une note relative aux *effets de la rétraction des extenseurs des orteils sur l'atrophie du bourrelet fibro-graisseux métatarso-phalangien*. — Cette atrophie du bourrelet métatarso-phalangien entraînant la suppression de l'un des piliers de la voûte plantaire, cause une difficulté de la marche beaucoup plus grande que celle qui suit la désarticulation métatarso-phalangienne. Le traitement consiste à faire porter au malade un soulier spécial qui empêche le pied de porter sur la tête des métatarsiens. Si la lésion n'était pas trop ancienne, l'électrisation des fléchisseurs pourrait contrebalancer avantageusement la rétraction des extenseurs. Dans quelques cas, la ténotomie des extenseurs a donné à M. Verneuil de bons résultats.

— M. *Terrillon* adresse une note sur les *végétations de l'urèthre chez la femme, considérées comme signe de la tuberculose des organes génito-urinaires*. — Ces végétations ont été jusqu'ici considérées comme le résultat d'une maladie idiopathique. Si quelques auteurs ont admis des causes spéciales, ce sont spécialement des causes mécaniques qu'ils ont invoquées ou des irritations de voisinage. M. Terrillon montre, par trois observations recueillies dans les hôpitaux de Paris, que les végétations uréthrales peuvent reconnaître une cause plus générale : la tuberculisation des organes génitaux de la femme.

— M. *Houzé de l'Aulnoit* communique un travail sur une *nouvelle méthode d'apprécier la marche de la cicatrisation à l'aide de tracés cicatriciels et de projections graphiques*. — Pour obtenir ces tracés, on applique sur la plaie un papier transparent qui permet d'en suivre les contours au crayon, ou mieux un papier brouillard qui se laisse mouiller. Après cette opération, on peut découper le papier en le marquant d'une date, ou mieux le décalquer immédiatement sur la feuille qui doit présenter toutes les lignes concentriques, de diamètres décroissants, indiquant les progrès de la cicatrisation.

Un des plus grands avantages de cette méthode consiste dans la comparaison d'un certain nombre de plaies traitées par des moyens différents : on peut ainsi établir la valeur relative des divers modes de pansement.

— M. *Auquier : Contribution à l'étude du décollement hyaloïdien*. — M. Auquier n'adopte pas les termes : « décollement du corps vitré » ou « décollement de l'hyaloïde », parce que les premiers semblent nier l'existence de l'enveloppe du corps vitré, affirmée par les seconds. Les mots « décollement hyaloïdien » ne tranchent pas la question; ils signifient décollement de la masse hyaloïdienne avec ou sans enveloppe.

Le décollement hyaloïdien se caractérise par « la cessation de contact entre la surface du corps vitré et les parois de sa loge ».

Le décollement hyaloïdien primitif est rare; il a pour cause presque unique l'issue d'une portion du corps vitré, dans les opérations qui se pratiquent sur l'œil. L'auteur en reconnaît quatre espèces : le décollement par ablation, par compression, par ectasie, par rétraction.

Quand un exsudat vient combler l'espace libre formé entre le corps vitré et la paroi de sa loge, quelle en est la nature? Tantôt cet exsudat est séreux et paraît s'être formé *ex vacuo;* tantôt il est purulent et résulte d'un phlegmon de l'œil; quelquefois il est solide et forme une masse durcie, compacte, séparant le corps vitré de la rétine.

— M. *Fanton* présente une *salpingotome* et un *appareil destiné à faire des injections dans la trompe d'Eustache*.

— M. *Mondot* fait une communication *sur un cas de fistule anale* qui remontait à 17 centimètres et qu'il a opérée par l'écraseur, après avoir créé des adhérences entre le bout supérieur et la paroi interne du rectum.

— M. *Dally* attire l'attention sur un *genre de déformation de la taille* causé par l'attitude vicieuse que les jeunes gens et les jeunes filles prennent en écrivant.

— M. *Vibert* développe quelques considérations sur un cas de *déformation multiple du squelette*, et montre des dessins à l'appui de sa présentation.

Les séances de la section des sciences médicales se sont terminées le jeudi 4 septembre, à onze heures. Dans l'après-midi, les différentes sections ont élu pour vice-président de l'Association en 1880 le professeur *Chauveau* (de Lyon), qui sera président en 1881.

— Le prochain congrès siégera à Reims, à l'époque ordinaire. Celui de 1881 se tiendra à Alger, et, par exception, aura lieu au mois d'avril.

FRANÇOIS-FRANCK.

Patini, que Laurent Anisson, imprimeur à Lyon, donna au public en 1668 (2 vol. in-4°). Après la mort d'Hoffmann, arrivée en 1648, Patin, sachant qu'il avait laissé en manuscrit l'ouvrage précédent, n'eut pas de repos qu'il ne se le fût procuré. Par l'intermédiaire de son ami Volcamer, il traita, dans le commencement de mai 1649 avec la fille de l'auteur moyennant cinquante écus. Les précieuses feuilles ne lui arrivèrent que près de deux ans après. Il fallut dix-sept ans pour que les presses se décidassent à fonctionner! Le pauvre Patin gémit à chaque instant de ces retards. Il a dédié son œuvre à Guillaume de Lamoignon, président du Parlement, de l'amitié duquel il était honoré, et dont il parle toujours avec admiration et amour.

Telle est la liste déjà considérable, et que nous avons lieu de croire incomplète, des ouvrages composés par Guy Patin, ou de ceux à la publication desquels il a coopéré. Il n'est pas inutile d'ajouter qu'on lui a attribué, et que nous lui avons longtemps attribué, une pièce de 4 pages in-4°, imprimée en 1645, chez Pierre du Buisson, de Montpellier, et portant le titre de : *Navicula solis. Cento extemporalis fartus ex elegantiis grammaticalibus orationis Simeonis Curtautii, decani medicinæ Monspessulanæ... Cantherius in fossa.* Ce pamphlet, destiné à répondre à une violente diatribe de Courtaud contre la Faculté de médecine de Paris, et à bafouer le pathos, l'emphase, l'exagération et les fautes grammaticales qui y fourmillent, n'est pas de notre Guy. Il est de Jean Bérault, docteur de Paris, mort en août 1647. Nous en avons eu la preuve dans un passage resté inédit d'une lettre que Patin adressait à Spon, le 1er mai 1654 (Bibl. nat., ms. franç., n° 9358). On y lit, en effet, ceci, qui résout définitivement ce point bibliographique :

« Ce livre (le pamphlet de Courtaud) est plein d'injures contre M. Riolan, premièrement, et puis après contre moy; contre M. Moreau, M. Guillemeau et feu M. de La Vigne... Courtaud me fait auteur de la Légende, *quod est falsissimum;*

Congrès périodique international des sciences médicales (6e session), à Amsterdam.

(Correspondance particulière de la Gazette hebdomadaire.)

Amsterdam, le 10 septembre 1879.

SÉANCE D'OUVERTURE.

Près de mille personnes assistaient à la séance générale d'ouverture, qui a eu lieu le dimanche 7 septembre, dans la magnifique salle du Parc, sous la présidence de M. le professeur *Donders* (d'Utrecht).

Après avoir souhaité la bienvenue aux membres du congrès, le sympathique président a donné la parole à M. le docteur *Guye*, secrétaire général, pour la communication du rapport sur l'organisation générale du congrès. Il résulte de ce rapport, très-intéressant et très-complet, que la ville d'Amsterdam n'a rien négligé pour recevoir dignement ses hôtes et continuer les traditions d'hospitalité qui ont déjà rendue célèbre la belle capitale de la Hollande.

Il est ensuite procédé à la nomination du bureau définitif.

M. *Donders* est maintenu par acclamation président du congrès.

MM. les professeurs *W. Tilanus* (d'Amsterdam) et *Bouillaud* (de Paris) sont nommés présidents d'honneur.

M. le docteur *Guye* est maintenu à l'unanimité dans les fonctions de secrétaire général, qu'il a occupées avec tant de zèle et d'habileté pendant toute la période d'organisation.

— M. *Donders* proclame ensuite les noms des présidents qui doivent représenter au congrès les différentes nations qui y ont pris part.

Voici les noms des membres qui ont été proclamés présidents : MM. *Verneuil*, pour la France; *Lister*, pour l'Angleterre; *Virchow*, pour la Prusse; *Schmitz*, pour l'Autriche; *Groscz*, pour la Hongrie; *Crocq*, pour la Belgique; *Palasciano* et *Semmola*, pour l'Italie; *Kock*, pour le Luxembourg; *Silva Amado*, pour le Portugal; *Lewis Sayre*, pour l'Amérique; *Marcowich*, pour la Roumanie.

Toutes ces nominations sont accueillies par l'assemblée avec de vifs applaudissements.

— La parole est ensuite donnée à M. *Van Tienhoven*, échevin de la ville, qui souhaite la bienvenue aux médecins étrangers et les invite, au nom de la municipalité, à une soirée donnée en leur honneur le même jour, à l'hôtel de ville.

Le bureau étant définitivement constitué, M. *le Président* déclare la session ouverte et prononce une remarquable adresse inaugurale. L'espace et le temps ne nous permettent pas de faire connaître dès à présent la substance de cet important discours. Pendant près de deux heures l'éminent orateur a tenu l'assemblée sous le charme de sa parole. C'est ici qu'il convient de rappeler à nos lecteurs que la langue française était la seule autorisée dans les assemblées générales; or M. Donders est professeur à l'université d'Utrecht et Hollandais, ce qui ne l'empêche d'être un excellent orateur français.

Le discours de M. Donders a porté sur les questions les plus intéressantes et les plus élevées de la pathologie générale. Abordant tour à tour l'étude des principales écoles qui divisent en ce moment l'Europe scientifique, l'orateur cherche à ramener toutes les questions sur le terrain de la pathologie et de la physiologie expérimentales. Nous aurons sans doute l'occasion de faire connaître prochainement les passages les plus importants de ce remarquable discours, mais nous devons dire dès à présent qu'il a été considéré par tous les membres du congrès comme un chef-d'œuvre de littérature médicale, et qu'il a été accueilli par d'unanimes applaudissements.

SOIRÉE DU BOURGMESTRE A L'HOTEL DE VILLE.

Le bourgmestre d'Amsterdam et les membres du conseil municipal recevaient le soir, dans les beaux salons de l'hôtel de ville, les nombreux membres du congrès qui s'étaient rendus à son appel. La France était bien représentée à cette réunion, où nous avons vu MM. les professeurs Verneuil, Marey, Reverdin; MM. Lucas-Championnière, Dujardin-Beaumetz, Leblond, Thaon, etc. C'est M. le professeur Verneuil qui a répondu aux paroles chaleureuses par lesquelles le premier magistrat de la ville a souhaité la bienvenue aux médecins étrangers. Dans une improvisation remplie des allusions les plus spirituelles, le savant professeur a remercié les échevins de leur généreuse hospitalité.

Tous les médecins étrangers qui ont assisté à cette soirée conserveront le meilleur souvenir de la cordiale réception du bourgmestre et des échevins de la ville d'Amsterdam.

EXCURSIONS. — VISITE DES TRAVAUX PUBLICS.

Ce n'est point ici le lieu de parler des excursions organisées avec tant de zèle par le comité, et qui constituent un des grands attraits du congrès. Parmi les plus intéressantes nous citerons l'excursion à Ymuiden par le nouveau canal du Nord, qui a lieu aujourd'hui mercredi. Ce canal, qui relie le Zuyderzée à la mer du Nord et qui vient d'être achevé, constitue une des œuvres les plus remarquables qui aient été exécutées en Europe pendant ces dernières années.

Nous avons avons pu visiter, grâce à l'obligeance de M. l'échevin des travaux publics, les nouveaux appareils ré-

---

il dit aussi que j'ay par ci devant escript contre les médecins de Montpellier : il veut dire ce livret intitulé : *Navicula solis*, QUE FEU M. BÉRAUD FIT CONTRE LE LATIN DE COURTAUD... »

Guy Patin, qui avait horreur du mensonge, et que les menteurs mettaient dans une véritable rage, n'était pas homme, lorsqu'il écrivait *amicus ad amicos*, à renier un enfant de ses œuvres, tel peu légitime et mal bâti que fût cet enfant. L'on doit avoir toute créance en son dire.

A. Chéreau.

Service des aliénés dans le département de la Seine. — Le département de la Seine possède actuellement trois établissements affectés au traitement de l'aliénation : l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, à Paris; l'asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne, et celui dit de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge, en Seine-et-Oise. Mais la moyenne du chiffre des malades étant de douze mille par année, ces trois établissements n'y peuvent suffire. Aussi l'Administration est-elle forcée, d'abord de s'entendre avec l'Assistance publique pour pouvoir disposer de deux quartiers à Bicêtre et à la Salpêtrière, puis de passer des traités spéciaux avec environ vingt-cinq asiles ou hospices des départements.

L'asile Sainte-Anne est le plus ancien; son inauguration date de 1867. C'est là que se fait la répartition des malades entre les divers hospices ou asiles, d'après les ordres du préfet, et suivant les indications des médecins et les convenances des familles.

L'établissement de Ville-Evrard contient un pensionnat pour le traitement des aliénés des deux sexes. Les malades y sont divisés en trois catégories payant respectivement 2400, 1800 et 1200 fr. de pension, et ayant la jouissance d'un parc réservé.

Depuis le 1er juillet 1876, l'asile de Vaucluse renferme une annexe qui constitue la colonie des jeunes idiots et des enfants arriérés du sexe masculin de sept à seize ans. Les jeunes idiotes sont traitées à la Salpêtrière, et les garçons trop jeunes, épileptiques ou tout à fait infirmes, sont à Bicêtre. La colonie de Vaucluse est disposée pour recevoir 140 enfants.

comment adoptés par la ville d'Amsterdam pour la dispersion des matières fécales. Le système adopté dans la grande cité hollandaise est entièrement original et mérite d'appeler l'attention des hygiénistes. Il consiste en une série de canaux de fonte ramifiés dans la ville et mis en communication avec les *closets* de chaque maison. Ces canaux se rendent à un immense réservoir situé en dehors de la ville et où les matières sont amenées par un système d'aspiration. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette importante question, qui intéresse à un si haut degré l'hygiène des grandes villes.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES DU CONGRÈS.

Les travaux purement scientifiques du congrès sont exposés et discutés dans des séances générales et dans les séances des sections. Nous en donnerons un compte rendu aussi complet que possible. Mais les colonnes de la *Gazette* étant déjà fort occupées par le compte rendu du congrès de Montpellier, nous ne pouvons dès aujourd'hui donner une grande extension à cette partie de notre travail. Nous nous bornerons à parler de la remarquable communication de M. le professeur Verneuil, qui a occupé la séance générale du 9 septembre et qui a été écoutée avec le plus vif intérêt par un auditoire très-nombreux.

— *Des indications et contre-indications opératoires chez les sujets atteints de maladies constitutionnelles*, par M. le professeur Verneuil. — Après avoir exposé dans un discours magistral les grandes questions de pathologie générale se rapportant à cette importante question, le savant professeur a résumé sa communication dans les propositions suivantes :

1° Les opérations chirurgicales ne sont point formellement contre-indiquées chez les sujets atteints de maladies constitutionnelles; elles sont même dans ces conditions souvent permises, fréquemment utiles, parfois indispensables.

2° Leur pronostic toutefois est beaucoup plus sérieux que chez les individus sains; il est surtout plus incertain, plus difficile à établir; rien ne pouvant faire prévoir sûrement à l'avance l'influence favorable, l'influence nocive, que le traumatisme exercera sur la maladie générale, pas plus que la manière dont cette maladie à son tour réagira sur le processus réparateur local.

3° Ce pronostic d'ailleurs diffère pour les différentes maladies constitutionnelles, puis pour chacune d'entre elles considérée isolément; il varie encore d'après la forme qu'il affecte, le degré qu'elle atteint, et principalement suivant les altérations plus ou moins étendues et profondes subies par les humeurs et les solides organiques.

4° Le danger inhérent à la diathèse est minime quand celle-ci est encore à l'état de dyscrasie; il augmente notablement quand apparaissent des lésions chimiquement et histologiquement appréciables; il devient extrême quand les grands viscères, foie, rein, rate, cœur, poumons, présentent des lésions avancées : sclérose, stéatose, amylose, phlogose; ou lorsqu'ils sont envahis par des produits pathologiques spéciaux à certains états diathésiques: tubercules, gommes, carcinomes et néoplasmes divers.

5° Les sujets diathésiques ne peuvent être privés des bienfaits de l'intervention chirurgicale alors même qu'elle est périlleuse. Le praticien doit s'efforcer d'atténuer la gravité du pronostic, et d'assurer le succès opératoire. Il y parviendra assez souvent en apportant le plus grand soin au choix du moment le plus opportun, du meilleur procédé, du pansement le plus efficace, et surtout en instituant pendant et après l'acte chirurgical, avant même si c'est possible, un traitement hygiénique, diététique, pharmaceutique, médical en un mot, et spécialement destiné à combattre la maladie constitutionnelle.

6° Pour établir solidement les indications et les contre-indications opératoires, pour se décider à l'action ou se résigner à l'abstention, pour calculer avec quelque précision les chances de succès ou de revers, le praticien doit connaître à fond la pathogénie, la pathologie, l'évolution naturelle, les terminaisons et le traitement médical des maladies constitutionnelles. Ces connaissances que tous les chirurgiens ne possèdent pas suffisamment peut-être, détournent plus des opérations sanglantes qu'elles n'y incitent et donnent plus de confiance qu'on n'en a généralement dans les efforts de la nature, secondés par une thérapeutique relativement douce.

7° L'examen consciencieux du résultat immédiat ou éloigné des opérations chez les diathésiques est de nature à dissiper bien des illusions sur la puissance de l'art chirurgical. Il est pénible de le dire, mais la probité y force, les triomphes complets et durables sont rares. On obtient sans doute des succès opératoires en assez grand nombre, mais pas de succès thérapeutiques; on supprime une manifestation de la diathèse ou une affection intercurrente; mais maintes fois la maladie constitutionnelle y gagne en intensité et en rapidité. Bien des scrofuleux et des cancéreux vivraient plus longtemps s'ils restaient sous la tutelle médicale au lieu de passer par les mains des opérateurs.

8° Il est juste d'ajouter que, pour être plus souvent palliatives que curatives, les opérations en question n'en sont pas moins parfois d'une grande utilité; dans les cas extrêmes elles peuvent prolonger la vie, la rendre moins cruelle, et, pour le patient du moins, rendre la porte ouverte à l'espérance. Dans les cas moins graves et quand la maladie constitutionnelle peut être fructueusement traitée, l'opération favorise la cure en faisant gagner du temps, en supprimant une cause prochaine de dangers et en faisant le champ plus libre à la thérapeutique médicale.

Telles sont les propositions dans lesquelles M. Verneuil a résumé son remarquable discours. Elles ont été l'objet d'une vive approbation, et, sur la proposition de M. Donders, le congrès a voté par acclamation des remercîments à l'éminent chirurgien.

— Nous donnerons dans notre prochaine correspondance un compte rendu des travaux des sections, qui ont été très-variés et très-importants.

A. LUTAUD.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU FORMIATE DE SOUDE, par M. *Arloing*. — Voici, d'après l'auteur, les effets du formiate de soude :

Circulation. — Si l'on accumule lentement dans les veines d'un chien ou d'un cheval des doses successives d'une solution de formiate de soude au cinquième, on observe les modifications circulatoires suivantes : après les premières injections, le cœur se ralentit, les capillaires de la circulation générale et pulmonaire se dilatent, la pression artérielle baisse, la vitesse diastolique ou constante du cours du sang augmente dans les vaisseaux centrifuges; quand la dose introduite dans le sang est devenue une dose forte, le cœur s'accélère et ses systoles perdent de leur énergie. Si le formiate est versé à dose massive à l'intérieur même du ventricule droit, il produit le ralentissement ou l'arrêt du cœur. Cet arrêt peut être définitif; sinon, le cœur se restaure d'autant plus vite que la quantité de formiate injectée a été moins considérable; après la restauration du cœur, on observe les effets des doses fortes.

Respiration. — Les doses faibles augmentent le nombre et l'amplitude des mouvements respiratoires. Les doses moyennes allongent l'expiration et déterminent parfois des séries de petits mouvements précipités, séparées les unes des autres par une profonde

inspiration et une expiration prolongée. Les doses fortes accélèrent les mouvements respiratoires et diminuent de plus en plus leur amplitude. Une dose massive provoque, au moment de l'injection, un court arrêt en expiration; les respirations reparaissent bientôt et présentent une énorme accélération et une amplitude graduellement croissante; ces phénomènes se déroulent en vingt ou trente secondes, et sont remplacés par le ralentissement et la diminution de l'amplitude des mouvements du thorax et par une tendance à la pause en expiration.

Dose toxique. — Le formiate de soude est toxique lorsque la dose dépasse 1 gramme par kilogramme du poids vif de l'animal. La mort est annoncée par de petites inspirations séparées par des pauses expiratoires de plus en plus brèves; la poitrine s'arrête en expiration. Le cœur, qui survit environ cinquante secondes à la respiration, présente, avant de s'éteindre, un grand ralentissement et un grand affaiblissement de ses systoles.

Calorification. — Le formiate de soude fait baisser la température animale. L'empoisonnement graduel peut produire un refroidissement de 2°,5 en une heure. Ce refroidissement a pour causes : 1° la forte dilatation des vaisseaux capillaires superficiels; 2° la diminution de l'amplitude des mouvements respiratoires; 3° et surtout les modifications des échanges pulmonaires et le ralentissement des combustions organiques. Si on fait l'analyse des gaz expirés, on note, pendant l'action du formiate de soude, une diminution de l'acide carbonique et une augmentation de l'oxygène, c'est-à-dire que le ralentissement de l'élimination de l'acide carbonique par le poumon s'accompagne d'un ralentissement dans l'absorption de l'oxygène. Si, comparativement, on fait l'analyse des gaz du sang artériel, on observe une diminution simultanée des chiffres de l'acide carbonique et de l'oxygène. Par conséquent, en même temps que l'absorption du principe comburant diminue dans le poumon, la combustion des principes hydrocarbonés diminue dans la trame des tissus. Nous n'avons pas encore étudié les modifications qui se produisent dans l'élimination de l'urée.

Les effets que nous venons de décrire assignent au formiate de soude un rang parmi les médicaments défervescents. Nous signalons ce composé à l'attention des médecins, qui pourraient l'employer dans un certain nombre de cas où l'on redoute l'action du salicylate de soude, car le formiate ne congestionne pas les reins comme le salicylate et ne modifie pas le cœur aussi profondément que cette dernière substance.

De quelques faits relatifs aux contractures, par MM. *Brissaud* et *Ch. Richet.* — On peut, chez les hystéro-épileptiques, provoquer la contracture d'un muscle par la tension ou la forte contraction de ce muscle. Ainsi, toutes les fois qu'une de ces malades fait exécuter à un de ses muscles une contraction suffisamment énergique, ce muscle reste en état de contracture. Cette contracture peut s'observer sur divers muscles. C'est sur le triceps brachial qu'elle se produit le plus facilement. Elle est d'autant plus manifeste que l'état hystérique est plus prononcé.

En inscrivant par la méthode graphique les secousses musculaires provoquées par l'électricité, lorsque le muscle est tantôt dans son état normal, tantôt en contracture, on voit que le muscle contracturé est encore capable de donner des secousses musculaires. Ce fait démontre que l'état de contracture est pour le muscle un état intermédiaire entre le tétanos physiologique maximum et le relâchement. Lorsqu'il est cataleptique ou lorsqu'il est contracturé, le muscle est à peu près aussi excitable à l'électricité que lorsqu'il est relâché et dans son état normal. Pour faire cesser la contracture, il suffit d'exciter les muscles de la région antagoniste, ainsi que l'a indiqué M. Charcot. Il suffit même, pour que le muscle se relâche, d'exciter, en le frottant avec la main, le tendon du muscle contracturé, en même temps que l'on essaye d'allonger le muscle. Il semble donc qu'il y ait entre la masse charnue d'un muscle et son tendon un antagonisme tel que l'excitation du muscle produit la contracture et l'excitation du tendon le relâchement.

Il est vraisemblable que cette contracture est une contracture réflexe, de même que le tonus musculaire est une action réflexe partant du muscle et y retournant. On peut donc admettre que la contracture d'un muscle est due à l'excitation des nerfs centripètes de ce muscle, excitation provoquée soit par la contraction, soit par la tension musculaire.

Les auteurs le démontrent en prouvant que, le membre étant anémié à l'aide d'une bande de caoutchouc, la contracture disparaît beaucoup plus rapidement que la contraction volontaire. Or cette contracture reparaît aussitôt que, la bande étant enlevée, le sang revient dans le muscle. Les auteurs appellent *contracture latente* cet état du muscle privé de sang, et, tout en étant excité par le nerf moteur et la moelle, ne se contracturant plus en raison de son anémie. MM. Brissaud et Richet admettent une forme de contracture établissant une transition entre la catalepsie proprement dite (*flexibilitas cerea*) et la contracture. Ils ont vu également que, dans certains cas, on peut provoquer la contracture en tendant ses muscles ou en les contractant fortement. Ces contractures, en quelque sorte dynamiques, ils les appellent contractures *myo-réflexes*.

En les comparant, suivant la méthode fréquemment employée par M. Charcot, aux contractures organiques de l'hémiplégie, on constate que les unes et les autres se présentent avec le même appareil symptomatique, et que les unes et les autres ont pour cause commune une plus grande excitabilité des régions motrices de la moelle. Enfin, il résulte de l'ensemble des faits qui précèdent qu'entre le tonus normal, la catalepsie, la crampe vulgaire, la contracture myo-réflexe et la contracture des hémiplégiques, il y a de très-étroits rapports. Il est probable que si l'attention des médecins est fixée sur ce point, ils observeront toutes les formes de transition entre ces divers états.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit une lettre de M. le docteur *Luigi Romanelli*, qui sollicite le titre de membre correspondant étranger, et envoie à l'appui de sa candidature une série de travaux.

M. *Lagneau* offre en hommage une *Carte ethnologique de la France*, dont il est l'auteur.

Sur une illusion d'optique. — M. *Giraud-Teulon*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Gavarret, lit un rapport sur une note lue par M. *Prompt*, et ayant pour titre : *Sur une illusion d'optique*. Cette illusion consiste en ceci : Qu'on dessine un losange, dont la grande diagonale soit dix fois plus longue que la petite, et neuf autres losanges pareils au-dessous. On pourra ensuite ombrer ces losanges, pour rendre l'effet plus apparent. On aura une figure carrée qui, cependant, paraîtra plus longue que large.

M. le rapporteur conclut en proposant d'adresser à M. le docteur Prompt une lettre de remercîment, et de déposer son travail aux archives. (*Adopté.*)

Remèdes secrets. — M. *Planchon* lit un rapport officiel en réponse à une lettre adressée par M. le ministre de l'instruction publique, à la demande de M. le ministre des finances, à l'effet de savoir si certains vins médicamenteux désignés dans cette lettre sont ou non des remèdes secrets.

M. le rapporteur, au nom de la commission, propose de répondre à M. le ministre que les vins dont il s'agit n'étant pas inscrits au Codex, doivent être considérés comme des remèdes secrets. Les conclusions du rapport sont adoptées.

Contribution a l'étude de l'herpès dit traumatique. — M. *David* fait une communication sur trois cas d'herpès traumatique survenus sur la joue et sur les gencives, à la suite d'opérations ou de lésions dentaires. L'auteur fait remarquer la légèreté du traumatisme qui dans deux cas a provoqué l'éruption. Mais une considération bien plus importante est émise au point de vue de la pathogénie de cette affection dont l'histoire n'est pas encore complétement faite. Dans deux de ces observations, M. David a constaté très-nettement, avant

l'apparition de l'herpès, un malaise général et un mouvement fébrile manifeste qui indiquent bien le caractère général de l'affection. Aussi pour ces deux cas l'auteur semble-t-il rejeter la théorie de M. Verneuil (réveil d'une influence constitutionnelle diathésique), et ne voit qu'un simple *herpès fébrile*. Dans le troisième cas, il s'agit d'une éruption herpétiforme qui est survenue plusieurs fois sur la gencive à la suite de l'inflammation d'un lambeau de cette muqueuse surmontant la dent de sagesse en voie d'évolution. C'est, si l'on veut, une complication particulière des accidents provoqués par l'éruption de cette dent. Et ce fait présente encore cet autre intérêt qu'il démontre jusqu'à un certain point la nature de l'aphthe que certains auteurs ont, avec raison, appelé l'*herpès des muqueuses*.

Voici les conclusions du mémoire de M. David :

1° Parmi les éruptions vésiculeuses d'origine traumatique, quelques-unes, bien que reconnaissant pour cause initiale le traumatisme lui-même, peuvent être considérées comme effet et comme signe critique de la fièvre qui les précède.

2° Il y a donc lieu d'admettre une fièvre herpétique, ainsi que l'a proposé M. Parrot.

3° Les traumatismes et les diverses opérations pratiquées sur les dents, et en général dans la bouche, doivent être considérés comme pouvant provoquer soit la fièvre herpétique soit l'herpès proprement dit.

REVUE DES JOURNAUX

Thermomètre à urine pour la pratique gynécologique, par M. le docteur OTTO-KUSTNER.

Nous avons indiqué (*Gazette hebdomadaire*, p. 58, 1878) le procédé suivi par Œrtmann pour mesurer la température du corps, et consistant à placer sur le jet d'urine un thermomètre à maxima. Cette fois il s'agit d'un moyen analogue, mais plus compliqué, applicable aux femmes en couches. Le docteur Otto-Küstner a inventé un thermomètre enregistreur contenu dans une sonde de femme; il pratique le cathétérisme, et l'urine pendant l'expulsion échauffe le thermomètre. Il faut 8 à 15 secondes pour obtenir une température qui coïncide avec celle que le même thermomètre donne dans le vagin si on le laisse 5 minutes, la différence n'étant au plus que de 0,3 à 0,15 C.

Le docteur Küstner pense qu'il n'y a aucune objection à faire à l'emploi de ce mode de mensuration de la température; suivant lui, il offre l'avantage de la rapidité et de l'uniformité des résultats. Nous pensons qu'il s'exagère l'utilité pratique de l'instrument. Il nous semble que les praticiens hésiteront à infliger le cathétérisme quotidiennement ou même deux fois par jour pour mesurer la température, et les femmes supporteront plutôt cinq minutes le thermomètre dans le vagin que le cathétérisme; celui-ci d'ailleurs peut bien n'être pas sans danger s'il est ainsi répété. Nous pensons que pratiquement l'emploi d'un thermomètre enregistreur placé dans l'aisselle peut suffire aux besoins ordinaires.

Enfin, au point de vue de la physiologie, ce procédé présente de l'intérêt; mais il n'est pas nouveau, car il y a longtemps que Berger a pris la température de l'urine dans la vessie des femmes. En effet, M. Brown-Séquard (*On the normal degree of the temperature of man*, in *Medical examiner*, 1er septembre 1852), dans un article sur l'étude de la température de l'urine au moment de l'émission, a comparé les résultats obtenus par lui sur l'homme avec ceux que Berger a obtenus chez cinq femmes, la température dans la vessie étant en moyenne chez celles-ci de 38°,6 centigrades, celle de l'urine de l'homme au moment de l'émission étant en moyenne 39°,17 centigrades. (*Centralblatt für Gynecologie*, 15 février 1879.)

Travaux à consulter.

D'UNE AFFECTION MODERNE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES, par le docteur KRAUSSOLD. — L'auteur signale chez les femmes qui portent des chaussures à hauts talons une contracture douloureuse des muscles de la jambe, puis des fléchisseurs du genou, biceps, demi-tendineux et demi-membraneux. Il attribue cette contracture à la position vicieuse du pied. Kraussold paraît ignorer les remarques antérieures d'Onimus sur le même sujet (voy. *Revue des sciences médicales*, t. VI, p. 125). (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 33; 1878.)

BOURDONNEMENTS D'OREILLES PERÇUS A DISTANCE, par M. W. POORTEN. — Il s'agit très-probablement, dans ce cas, d'un bourdonnement dû à une tumeur anévrysmale intra-crânienne, ou tout au moins à une communication vasculaire, et consécutif à un traumatisme. Ces bourdonnements, perçus à 25 centimètres de distance, augmentaient quand on auscultait directement la tête; ils étaient parfaitement synchrones aux pulsations artérielles. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, n° 4; 1878.)

FALSIFICATION DU BEURRE PAR DES CORPS GRAS DE NATURE DIVERSE, par M. C. HUSSON. — On reconnaît que le beurre est de bonne qualité : 1° par la forme cristalline de la margarine; 2° en traitant un poids déterminé de la substance à analyser par un mélange à parties égales d'alcool et d'éther : au bout de vingt-quatre heures de repos le beurre naturel doit laisser un dépôt de margarine variant entre 35 et 40 p. 100, chiffres qui ne doivent pas être dépassés. Une diminution serait une preuve de falsification par la margarine Mouriès, l'axonge ou la graisse d'oie. Une augmentation indiquerait une introduction de suif de bœuf, de veau ou de mouton. (*Journal de pharmacie et de chimie*, 4e série, t. XXVII.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies épidémiques : origine, évolution, prophylaxie, par M. L. COLIN, professeur d'épidémiologie au Val-de-Grâce. — Paris, 1879. J.-B. Baillière.

Ce beau volume, œuvre longuement mûrie, rédigée avec un soin scrupuleux, préparée depuis plus de dix années par une série de leçons, de mémoires spéciaux et d'articles historiques et critiques, mérite la plus sympathique attention. Professeur d'épidémiologie à l'Ecole du Val-de-Grâce, M. L. Colin a su comprendre, en effet, l'intérêt et l'importance d'un enseignement qui tient à toutes les branches de la science médicale, qui résume toutes les notions qu'elle nous fournit, et qui doit préciser les mesures hygiéniques et prophylactiques nécessaires pour empêcher l'extension, sinon la genèse, des maladies populaires. C'est donc, avant tout et surtout, une étude synthétique que cette étude de l'épidémiologie. Elle confine à l'hygiène, qui a pour objet de rechercher dans les conditions d'insalubrité locale les causes de certaines maladies infectieuses; elle s'appuie sur la pathologie spéciale et sur la clinique en analysant, pour les mieux classer, les maladies qui peuvent, à un moment donné, sévir avec une intensité exceptionnelle; elle résume la pathologie générale en s'appliquant à faire connaître les conditions étiologiques des maladies les plus meurtrières. Les services qu'elle peut rendre sont immenses; elle apprend à prévoir et par conséquent à prévenir les maladies; et, quand elle n'y réussit pas, elle nous enseigne tout au moins à les arrêter dans leur extension. Médecine publique, hygiène internationale, pathologie générale et spéciale, thérapeutique, histoire de la médecine, toutes ces sciences sont donc nécessaires à l'épidémiologiste. Aussi comprend-on la défaveur dont, en raison des obligations multiples qu'elle impose, la science des épidémies a longtemps souffert. Aujourd'hui encore il est souvent difficile de trouver dans nos écoles des savants désintéressés qui se préoccupent de colliger des observations d'une interprétation laborieuse, d'aligner des chif-

fres, de rechercher et d'analyser des documents administratifs pour arriver à des résultats parfois contestables. Il faut tout le savoir, tout le talent et tout le dévouement de l'éminent secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux pour mener à bonne fin la tâche que M. E. Besnier a entreprise en s'efforçant de rendre compte de la situation sanitaire des hôpitaux de Paris. Il faudra toute l'habileté et toute l'expérience de M. Bertillon pour organiser enfin une statistique municipale un peu sérieuse. Dans l'armée et dans la marine, où l'on se préoccupe moins de cette pratique quotidienne qui épuise les organisations les plus vigoureuses, où l'on peut rechercher plus souvent dans des études purement spéculatives les satisfactions morales que donne la conscience d'avoir rendu service à l'humanité, les épidémiologistes se rencontrent, au contraire, assez fréquemment. L'enseignement du Val-de-Grâce a formé de nombreux disciples, et c'est avec une légitime fierté que M. L. Colin revendique une part des récompenses que l'Académie de médecine accorde chaque année à ses anciens élèves. En attendant que les Facultés de médecine aient compris l'utilité de la création d'une chaire de médecine publique, d'épidémiologie ou d'hygiène internationale, ces diverses dénominations pouvant se confondre, il n'est pas sans intérêt de rechercher dans le livre de M. L. Colin le programme de cet enseignement si nécessaire.

Le professeur du Val-de-Grâce étudie d'abord les caractères généraux des maladies épidémiques, après avoir donné une définition de ce qu'il convient d'entendre par ce mot un peu vague : *épidémie*. Il recherche ensuite leurs origines, il passe en revue les causes qu'on leur attribue d'ordinaire (épidémicité, influences cosmiques, météores, infection et contagion, vices d'alimentation, parasites). L'étude des milieux épidémiques l'amène à définir et à apprécier l'influence des constitutions médicales, des climats, des localités, de l'atmosphère. Un long chapitre est consacré à l'appréciation des prédispositions morbides que crée le milieu militaire. Vient ensuite l'étude de l'évolution des épidémies considérées en général. Dans un quatrième livre, l'auteur étudie en particulier chacune des maladies qu'il considère comme épidémiques. L'ouvrage se termine par l'examen de toutes les questions relatives à la prophylaxie des épidémies.

Ce plan si vaste et si complexe n'est point sans effrayer parfois le lecteur. Il expose, en effet, à des redites. Il force à rechercher en divers endroits le complément ou la confirmation des idées générales exposées dans les premiers chapitres. Peut-être même la définition un peu vague du terme *épidémie* confond-elle avec les maladies populaires celles qui ressortissent plus exclusivement à la pathologie spéciale. Avec Michel Lévy, M. L. Colin considère, en effet, l'épidémie comme une résultante; elle se caractérise par la fréquence exceptionnelle des maladies les plus diverses. « Nous pensons donc, dit-il, qu'il y a lieu d'accepter, dans l'enseignement de l'épidémiologie, le langage clair et commun qui emploie chaque jour le mot *épidémie* avec sa véritable signification étymologique, et de donner une valeur rationnelle aux termes *petite* et *grande épidémie* en les appliquant comme le vulgaire, suivant que l'affection est remarquable par une extension et une gravité plus ou moins grandes, suivant qu'elle sévit plus ou moins complètement sur toute la population (ἐπὶ δῆμος). » Il est vrai que, plus loin et à diverses reprises, l'auteur insiste sur la nécessité d'établir une différence entre les maladies constitutionnelles ou locales qui frappent un grand nombre d'individus, et les maladies dues à une cause extérieure, générale et indépendante des diathèses individuelles, qui s'étendent et se multiplient d'une manière insolite. D'après M. L. Colin, on ne devra pas considérer comme épidémiques, quelque nombreuses que soient leurs victimes, les maladies dues à un traumatisme ou à une inoculation artificielle. Ainsi la morsure des serpents, qui a causé dans l'Indoustan en 1869 plus de 20 000 décès (Le Roy de Méricourt), ne peut être une cause d'épidémie, non plus que la généralisation de la vaccine à la suite d'inoculations ne pourra être dite épidémie de vaccine. Et cependant nous trouvons classées parmi les *épidémies* les maladies d'alimentation où, pour employer les expressions de l'auteur, « chacun a été atteint pour son compte et doit sa maladie à la manière dont individuellement il a subi la cause morbide ». Ajoutons de suite que, du cadre des maladies d'alimentation, M. L. Colin élimine celles qui sont nées « en dehors des conditions de régime usuel imposé à l'ensemble de la population ». Mais n'est-ce point ici le cas de reconnaître que tout se tient, tout s'enchaîne alors qu'il s'agit d'étiologie, et que des lois absolues et rigoureuses sont impossibles à établir?

Aussi doit-on approuver, sans réserve, tous les chapitres consacrés par M. L. Colin à la critique des notions trop généralement admises sur l'épidémicité et le génie épidémique. « Le génie épidémique dévoilé, dit-il, c'est d'une part l'acarus de la gale, c'est la trichine, c'est l'ergot, le plomb, ce sont les virus, les miasmes, etc., autant de causes spécifiques dont on attribuait le résultat à des influences surnaturelles. Ce sont, d'autre part, les conditions de misère et d'agglomération qui favorisent l'expansion des maladies populaires. » La doctrine de M. L. Colin ne nie point qu'il existe des causes de maladie qui échappent encore à nos moyens d'analyse, mais elle s'appuie sur les recherches des hygiénistes pour affirmer qu'un grand nombre de ces causes ont été rendues accessibles à l'homme; elle nie la fatalité, croit à l'influence des mesures prophylactiques, et, tout en fondant son espoir sur l'avenir, elle tient un grand compte des conquêtes du passé. La doctrine des milieux épidémiques, que M. Colin a faite sienne en étudiant, il y a plusieurs années déjà, dans un remarquable mémoire (*Annales d'hygiène*, 1875), toutes les circonstances qui peuvent placer un pays, une localité ou une agglomération sociale sous l'imminence d'une maladie populaire, éclaire d'un jour nouveau l'étiologie d'un grand nombre de maladies épidémiques. Nul ne se plaindra des détails que l'auteur a consacrés à cette partie de son travail. Il conclut de nombreuses observations que l'atmosphère joue un rôle prépondérant dans la genèse et la propagation des maladies épidémiques. Véhicule de tous les germes spécifiques, agent physique dont l'influence ne saurait être nié, l'atmosphère, toujours en contact avec l'organisme, doit avoir, au point de vue étiologique, une influence considérable. Il resterait à déterminer comment les agents virulents ou miasmatiques peuvent être détruits et pourquoi, dans la plupart des maladies épidémiques, la ventilation, l'aération, parfois même la dissémination des malades, arrête l'évolution de l'épidémie et semble en détruire les germes.

Nous ne pouvons nous arrêter à discuter les définitions données par M. le professeur Léon Colin de l'infection et de la contagion, non plus que sa classification des maladies épidémiques considérées en particulier et dans leur évolution. Mais nous tenons à signaler l'importance qu'il a accordée au chapitre qui traite de la prophylaxie hygiénique et de la prophylaxie administrative des épidémies. On ne nous persuadera jamais, en effet, de l'inanité des efforts tentés par les hygiénistes pour restreindre le cycle d'évolution des épidémies. « Quoi qu'on fasse, disait Clot-Bey, la peste d'Egypte viendra toujours à son jour et à son heure, franchissant alors n'importe quelle barrière, et ne s'arrêtera qu'au moment où le cycle épidémique aura fini son cours. » Et Parkins, cité par M. L. Colin, affirmait tout récemment que « l'espoir de vivre dans des conditions de santé plus complètes que celles de nos aïeux et de transmettre à nos enfants des chances de santé plus considérables que les nôtres, constitue un vrai rêve qui jamais ne sera et ne pourra être réalisé ». Il suffira aux sceptiques de lire les considérations développées par M. Léon Colin pour comprendre ce que peuvent contre les maladies populaires les mesures quarantenaires ou l'hygiène. On verra, en lisant ce dernier chapitre, les services que pourraient

rendre, s'ils étaient consultés, ceux qui connaissent à fond toutes ces questions, si rarement étudiées par nos administrateurs ou les médecins dont ils sollicitent le concours. Et l'on sera de notre avis lorsque nous conclurons en déclarant que le livre de M. L. Colin, qui manquait jusqu'à ce jour à notre littérature médicale et fait le plus grand honneur à l'École où les leçons qu'il résume ont été professées, avec autant de talent que d'autorité, montre bien ce que pourrait être, dans nos Facultés de Médecine, un enseignement qui a pour but d'apprendre « comment naît une épidémie, quels sont les signes morbides qui l'annoncent, comment elle grandit, vers quel point de l'agglomération social elle tend à se généraliser, et quelles peuvent en être les complications par son affinité pour d'autres affections et d'autres misères ».

L. LEREBOULLET.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Oulmont (Paul), né le 31 avril 1849, à Epinal (Vosges), docteur en médecine, est délégué, du 1er juin au 1er novembre 1879, dans les fonctions de chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Raymond, démissionnaire.

CONCOURS POUR LES PRIX DE L'INTERNAT. — Le jury est composé de MM. Hallopeau, Mauriac, Tennesou, Moutard-Martin, Blum, Guyon, Desprès.

LE STAGE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, il a été décidé ce qui suit :

ART. 1er. — La première session d'examens de validation de stage est reportée, dans les Ecoles supérieures de pharmacie, dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, dans les Ecoles de plein exercice et les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, au mois d'avril 1880.

ART. 2. — Les élèves dont le stage sera terminé au 1er novembre 1879, et qui en justifieront, seront admis à suivre les cours et à participer aux travaux pratiques des Facultés et des Ecoles, dès le commencement de l'année scolaire 1879-1880; ils seront individuellement autorisés à prendre rétroactivement les inscriptions afférentes au premier semestre, sur la production de certificats d'assiduité aux cours et aux travaux pratiques, dès qu'ils auront subi avec succès l'examen de validation de stage.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Battle, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est rappelé à l'exercice du 1er juin au 1er novembre 1880.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Mondan (Pierre-Louis-Gabriel) est nommé provisoirement troisième prosecteur d'anatomie (emploi nouveau). — M. Cassin (Paul-Xavier) est nommé provisoirement troisième aide d'anatomie (emploi nouveau). — M. Raugé (Paul-César), docteur en médecine, est nommé, pour un an, préparateur de médecine opératoire (emploi nouveau).

— M. Magnin, docteur en médecine, est chargé des fonctions d'agrégé (section des sciences accessoires et pharmaceutiques) jusqu'au 1er novembre 1880.

DONATION GINTRAC. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est autorisé à accepter, au nom de l'Etat, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 14 mars 1879, la donation faite à la Faculté de médecine de Bordeaux par la dame veuve Gintrac, d'un titre de 400 francs de rentes 3 pour 100 sur l'Etat français, pour la fondation d'un prix triennal de 1200 francs.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Le Double, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour une période de neuf ans.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen : MM. Lepetit, professeur de chimie et toxicologie; Chancerel, professeur d'hygiène et thérapeutique; Charbonnier, professeur de pharmacie et matière médicale.

LÉGION D'HONNEUR. — M. Bryon (Septime-Nicolas-Félix), médecin-major de 1re classe, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Dauvé.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Bourot.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Weber, Apté et Bouchard.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été nommés : *Au grade de médecin en chef :* M. Bonnet (Charles-Gustave), médecin principal.

Au grade de médecin principal: MM. les médecins de 1re classe: 1er tour (ancienneté). Santelli (Jean-Antoine). — 2e tour (choix). Gailhard (Jean-Baptiste-Charles-Jules).

HÔTEL-DIEU DE MARSEILLE. — Le lundi 1er décembre 1879, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, un concours public pour cinq places d'élèves internes. Le lundi 15 du même mois, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour sept places d'élèves externes.

Pour les renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 28 août au 4 septembre 1879, on a constaté 920 décès, savoir:

Fièvre typhoïde, 26. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 0. Variole, 22. — Croup, 18. — Angine couenneuse, 14. — Bronchite, 24. — Pneumonie, 26. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 99. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 5. — Erysipèle, 4. — Autres affections aiguës, 234. — Affections chroniques, 362 (dont 156 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 27. — Causes accidentelles, 32.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau, par le docteur Guibout. 1 vol in-8 de 840 pages. Paris, G. Masson. 10 fr.

Traité élémentaire d'ophthalmologie, par le docteur A. Sichel fils. Tome Ier, *Maladies du globe oculaire.* 1 vol. gr. in-8 de 1060 pages, avec 3 planches et 104 figures dans le texte, dessinées par l'auteur. Paris, G. Masson. 18 fr.

Le tome II, qui complétera cet ouvrage, paraîtra au mois de novembre 1879.

Eaux minérales sulfureuses du Gurnigel (canton de Berne, Suisse), établissement, climat, statistique, clinique, par le docteur Ed. Vordat. Brochure gr. in-8. Paris, G. Masson. 1 fr. 25

Revue de la clinique des maladies des femmes de la Faculté de médecine de Lyon, pendant le semestre d'été de 1878 (service de M. Laroyenne), par Joanny Rendu. Brochure gr. in-8. Paris, G. Masson. 1 fr.

Éléments de physique appliquée à la médecine et à la physiologie, par A. Moitessier. *Optique.* 1 vol. in-18 diamant, avec 177 figures dans le texte, cartonnage souple. Paris, G. Masson. 7 fr. 50

Maladies du système nerveux (cours de pathologie expérimentale). Leçons professées à la Faculté de médecine par A. Vulpian; recueillies et publiées par M. le docteur Bourceret; revues par l'auteur. *Maladies de la moelle.* 1 beau vol. gr. in-8 compacte de 518 pages. Paris, O. Doin. 16 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 18 septembre 1879.

DES APPAREILS INAMOVIBLES DANS LE TRAITEMENT DU MAL DE POTT.

L'idée de soustraire les parties malades à l'action du poids des régions voisines est assurément l'une des plus anciennes qui soient sorties du génie chirurgical ; immobiliser les jointures gravement compromises dans leurs éléments constitutifs suppurants, détruits ou menacés de destruction, en vue de déterminer une ankylose osseuse, telle est également une conception qui remonte au père de la médecine, de même que l'élongation mécanique des ligaments dans les cas de raccourcissement. C'est cependant par la combinaison de ces trois procédés, qui n'ont jamais cessé d'appartenir à la pratique quotidienne, qu'un chirurgien américain a réussi à attirer sur lui-même et ses travaux l'attention des praticiens de tous les pays.

Un appareil qui date d'au moins deux siècles, décrit et appliqué par Glisson, dès 1650, dans son ouvrage *De rachitide* (voy. *Artificial hanging of the body*), et qui depuis a été repris par Nuck (qui lui a laissé le nom de collier de Nuck), par Levacher, par Delpech, par Dally, en France ; par Kloptsh, par Hirsch, par Schildbach, en Allemagne, tout ce qu'il y a de plus ancien et de plus connu des spécialistes, a la gloire de faire le tour du monde sous le nom d'*appareil de Sayre*, et de provoquer l'attention du public médical et les discussions scientifiques. Il est temps de mettre un terme à cette entreprise. La lettre pleine d'*humour* que notre maître, M. de Saint-Germain, vient d'adresser à l'*Union médicale* (samedi 6 septembre 1879), si catégorique qu'elle soit cependant, ne suffira peut-être pas à convaincre ceux de nos confrères qui, tentés de se laisser séduire par les théories de l'auteur américain, oublient trop facilement que les auteurs français ont, longtemps avant lui, étudié avec soin et sans discussion bruyante les avantages et les inconvénients de la suspension, de l'extension et même de la traction dans le traitement des lésions de la colonne vertébrale.

Un mot d'abord sur la pathologie de M. Sayre. Ceux qui, comme nous, ont lu les ouvrages du praticien de New-York, son *Orthopédie surgery* (1876) et son ouvrage *Spinal disease and spinal curvature* (London, 1877), ouvrages tellement au-dessous de ceux de Bouvier et des mémoires spéciaux de nos confrères français que la réputation de leur auteur, même en Amérique, a lieu de nous étonner, nous eussent conseillé de garder le silence; mais, d'une part, la qualité d'étranger de M. Sayre, et d'autre part cette sorte de campagne entreprise dans tous les pays de l'Europe, nous engagent à nous montrer plus sévère pour l'auteur et à examiner avec soin ce qu'on doit admettre ou repousser des diverses théories qu'il professe dans ses livres et qu'il a eu l'honneur d'exposer à l'Hôpital des enfants, dans le service de M. de Saint-Germain.

Selon M. Sayre, le mal de Pott est toujours d'origine traumatique : les diathèses, la diathèse tuberculeuse elle-même, n'auraient qu'une influence secondaire comme cause occasionnelle, cette influence ne se manifestant que par l'affaiblissement qu'elles entraînent avec elles; cependant, « si le sujet est scrofuleux, anémique, rachitique, le mal de Pott prendra de suite une mauvaise tournure et tout traitement sera inutile ». Sous l'influence d'une chute sur les talons, le plus souvent, ou d'un coup sur la colonne vertébrale, il se produit au niveau d'une vertèbre une lésion occasionnant un léger épanchement, puis une inflammation osseuse, et enfin une carie qui s'accompagne de douleur spontanée ou provoquée au niveau de la région malade et d'irradiations douloureuses du côté de l'abdomen, douleurs dues à la compression des filets nerveux, et enfin qui se termine par la déviation de la colonne vertébrale, par la courbure. Arrivé à la période d'incurvation ou d'excurvation, le mal de Pott présente deux choses à distinguer dans la courbure : la déformation osseuse elle-même, puis la contracture des muscles spinaux par action réflexe. C'est surtout à cette contracture que le système de M. Sayre s'adresse. Contrairement à ces corsets métalliques qui, ne comprimant que des points restreints, deviennent insupportables et produisent même des eschares, amènent de plus une incurvation plus grande en ramenant par leurs épaulettes le tronc en avant, il applique un corset plâtré, de manière à multiplier les points de contact, à suspendre les espaces intercostaux, élargis, pour ainsi dire, dans une inspiration prolongée, et donne au sujet, par l'extension, une élongation que la gibbosité lui avait depuis longtemps fait perdre. Il exige, du reste, que l'on supprime absolument la gymnastique quotidienne.

Telles sont, en résumé, les opinions de M. Sayre sur les origines et le mode de traitement du mal de Pott. Dire que le mal de Pott est toujours d'origine traumatique, ne pas admettre la spontanéité de cette affection, c'est nier un des faits les plus cliniquement démontrés, c'est reproduire une opinion condamnée depuis longtemps et sur laquelle il est inutile d'insister; appliquer le corset plâtré dans tous les cas de mal de Pott, ou mieux dans toutes les inflammations du rachis, ostéite, carie, arthrite aiguë, tuberculeuse et caverneuse, s'accompagnant de déformation de la colonne vertébrale, c'est s'exposer à des accidents graves; aussi doit-on s'élever avec énergie contre une semblable doctrine, et définir, ainsi que l'ont fait avec une grande netteté M. le docteur Dally (*Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 15 avril 1875), et M. le docteur de Saint-Germain dans sa lettre à l'*Union*, les cas où un appareil inamovible, comme un corset plâtré, peut être utilisé avec avantage, et le moment précis, moment difficile à déterminer, il est vrai, où il devra être appliqué. Les nombreuses discussions soulevées à la Société de chirurgie, principalement dans les séances du 14 octobre 1874, du 21 novembre et du 5 décembre 1877, montrent qu'on est

encore loin de s'entendre sur les procédés à adopter. Comment, du reste, peut-il en être autrement, lorsqu'on songe, non-seulement aux diverses lésions qui peuvent atteindre les vertèbres, ainsi qu'à leur cause occasionnelle et déterminante, mais aussi aux siéges variés même de ces lésions, selon qu'elles atteignent les vertèbres cervicales, dorsales ou lombaires : on n'est véritablement d'accord que sur un point, sur l'immobilisation et la contention, selon qu'on emploie le lit de Bouvier, de Gillebert d'Hercourt, etc. « Le but des appareils, disait avec raison M. le docteur Lannelongue à propos d'une discussion soulevée par M. le professeur Trélat à la Société de chirurgie (21 novembre 1877), ce n'est pas l'immobilisation seulement; c'est surtout la contention, maintenant le poids des parties situées au-dessus pour les empêcher de peser sur la partie malade. Quand le mal de Pott se déclare, les centres de mouvement de la colonne vertébrale sont absolument changés; la courbure pathologique restera toujours immobile, mais il se fera de nouveaux centres de mouvement au-dessus et au-dessous. Ainsi, dès le début du mal de Pott, il existera une immobilisation spontanée au point où se fera la courbure. La contraction musculaire immobilise la partie malade; à quoi bon un appareil? Plus tard, quand la courbure existe, l'appareil est encore inutile au point de vue de l'immobilité. Mais les appareils sont utiles pour alléger le poids de la colonne malade; il faut des appareils de contention pendant toute l'évolution du mal de Pott. Cela n'empêche pas le traitement par les révulsifs. » (*Gazette hebdomadaire*, 1877, p. 781.)

Tout le système adopté par M. Sayre, l'extension, la contre-extension et l'immobilisation, ne présente, en effet, de particulier que sa généralisation à *tous* les cas de déformation du rachis; aussi peut-on s'étonner de voir des procédés opératoires connus depuis de longues années perdre le nom de leurs inventeurs pour porter le nom de M. Sayre. L'idée de soustraire le poids de la partie supérieure du corps à la partie malade de la colonne vertébrale date, nous le répétons, de toute antiquité; les béquilles d'abord, et ensuite les lits mécaniques de Shaw, de Bouvier, etc., n'ont pas eu d'autre but; Glisson, que nous avons cité, cherchant, plus de deux siècles avant M. Sayre, à immobiliser les vertèbres tout en obtenant la plus grande extension possible, inventa le collier qui depuis porta le nom de Nuck, avant que M. Sayre consentît à lui donner le sien propre, sans cependant apporter, ni dans la construction de l'appareil, ni dans son mode d'emploi, des modifications importantes : l'appareil Sayre n'est autre chose que l'appareil de Glisson, de Nuck et de tant d'autres. Mais ce qui semble plus personnel à M. Sayre, c'est l'idée de provoquer l'ankylose par l'emploi d'un appareil inamovible. Sans repousser absolument les appareils inamovibles, M. de Saint-Germain cherche à en déterminer les applications; les proscrivant complétement dans le traitement du mal de Pott à l'état aigu, c'est-à-dire de non-réparation, il reconnaît deux cas où on peut en espérer des résultats favorables : au moment de la période intermédiaire entre la réparation incomplète et la consolidation absolue, et dans les cas de déviation latérale du rachis par simple flexion. M. Dally, dont le nom fait autorité en cette matière, est plus exclusif encore que M. de Saint-Germain. Ses expériences, incomplètes, il le reconnaît, le rendent très-incrédule à l'endroit des succès de M. Sayre.

Partant de ce fait que toute déformation chronique du rachis offre, comme indication première, une élongation de la portion de ligaments vertébraux raccourcie par *adaptation à une attitude vicieuse*, M. Dally fait remarquer qu'il suffira souvent d'allonger ces ligaments pour favoriser le redressement. Aussi, pendant la suspension cervico-axillaire, devra-t-on pratiquer des manipulations « destinées à favoriser la détorsion vertébrale, en assouplissant les articulations inter- et costo-vertébrales de la convexité, qui sont, en général, le siége de tuméfactions et de proliférations conjonctivales et périostiques »; comme moyens adjuvants des plus utiles, il conseille les applications de courants continus de faible intensité, d'une durée d'un quart d'heure à une heure, et enfin les douches froides de courte durée et de forte pression. Ce judicieux auteur nie, et il nous semble avoir le bon sens avec lui, qu'une méthode quelconque soit applicable à tous les cas, et il déclare qu'en matière de scoliose tout dépend du siége, de l'âge, de l'ancienneté, de la constitution et d'une foule de conditions, en un mot, dont M. Sayre ne paraît pas se douter.

Quant à l'appareil inamovible, M. Dally considère ce mode de traitement comme inutile et dangereux dans les cas de déformation chronique non inflammatoire du rachis: autant la suspension cervico-axillaire rend des services alors qu'on l'associe aux autres modes de traitement que nous venons d'énumérer, autant elle est inutile et dangereuse alors qu'on l'associe au bandage de corps permanent et inamovible. « Le but de ce bandage, dit M. Dally, est d'immobiliser le plus possible le rachis; on vise à l'ankylose. Or, viser à l'ankylose rachidienne dans la scoliose, c'est commettre la plus lourde des fautes; car non-seulement on prive, en ce cas, les malades des mouvements naturels de certaines portions du rachis, mais encore on produit au-dessus et au-dessous des régions ankylosées des déformations liées à l'excès de pression qu'elles supportent et à l'étendue excessive de leur champ d'extension articulaire. Si, en effet, l'étendue des mouvements du rachis se mesure par la somme des mouvements partiels des vertèbres, c'est par une augmentation énorme du jeu de celles qui restent libres que tes sujets arrivent à un état voisin de la compensation. De là des déformations secondaires nombreuses, et notamment des ensellures lombaires et cervicales dont les inconvénients sont considérables. » (*Traitement des déformations du rachis par la suspension cervico-axillaire*, avril 1879.)

Si maintenant, aux faits relatés par M. Dally, on ajoute ceux qu'a consignés M. de Saint-Germain, il ne reste rien de véritablement important à l'actif de l'orthopédiste de New-York: M. de Saint-Germain, en effet, a essayé de longue date, à l'hôpital et en ville, un certain nombre de corsets plâtrés, et il ne cessa, dit-il, que lorsqu'il eut son siége fait et son opinion bien arrêtée sur la matière. Quant à l'application que M. Sayre fit lui-même à l'Hôpital des enfants, dans le service de M. de Saint-Germain et avec son assistance, le résultat en a été déplorable; après trois jours de souffrance, en effet, le corset plâtré a dû être fendu, laissant à découvert une eschare profonde au niveau de la gibbosité (*Union médicale*, 6 septembre 1879).

En résumé, nous trouvons qu'on a fait trop de bruit autour de cette affaire, dont les résultats sont insignifiants, pour employer un mot qui ne soit pas trop sévère. Si M. Sayre s'était contenté d'exposer sa théorie, sans oublier de citer ses devanciers, on aurait pu attirer encore une fois l'attention sur une méthode déjà connue, qui offre des côtés excellents dans un certain nombre de cas et à certaines périodes des affections aiguës du rachis, et dans presque tous les cas de déformation chronique; mais généraliser cette application

à tous les cas, à toutes les périodes, et en faire une sorte de panacée rachidienne, une thérapeutique unique, comme le professe M. Sayre, c'est là une exagération dangereuse contre laquelle nous avons tenu d'autant plus à protester, qu'une communication annoncée au congrès d'Amsterdam va attirer encore une fois l'attention du public médical sur la valeur « européenne » d'un procédé dont nous avons pu être témoin, mais contre lequel nous nous empressons de réagir, pour que le silence ne puisse être pris comme une approbation.

Dr Joseph MICHEL.

ÉTUDES CLINIQUES

DU RALENTISSEMENT DES PULSATIONS CARDIAQUES.

Sous l'influence des causes les plus diverses, générales ou locales, nous voyons tous les jours les battements du cœur s'accélérer au point que, dans certains cas graves et particulièrement chez les enfants, il devient souvent difficile de compter les pulsations. Le ralentissement des mouvements cardiaques est au contraire beaucoup plus rare. Chez certains sujets, la lenteur des contractions est physiologique et ne se traduit par aucun symptôme morbide. J'ai eu occasion d'observer, à la Charité, un homme dont le cœur battait dix-huit fois à la minute. Il était entré pour un léger embarras intestinal. Jamais il n'avait eu de dyspnée et ne se doutait pas de l'anomalie qu'il présentait. Bien qu'on ait noté la lenteur toute particulière du pouls dans certaines affections gastro-intestinales, nous ne pensons pas que cette cause puisse être invoquée chez ce malade. On le garda quelque temps dans le service en observation et le pouls ne se modifia pas longtemps après que l'embarras gastrique fut terminé. Le plus habituellement, ces lenteurs exceptionnelles constituent un phénomène morbide. Quand on parcourt les différents Traités des maladies du cœur, on est étonné du silence presque complet que gardent les auteurs sur ce symptôme, assez rare d'ailleurs. Stahl avait noté la lenteur du pouls dans certains accès de fièvre quarte. Spens, cité dans le grand *Dictionnaire en* 60 *volumes*, parle d'un homme qui, ayant eu pendant sa maladie (?) le pouls très-rare, succomba au moment où les pulsations descendirent au chiffre de 9 par minute.

Il y a quelques années, j'ai pu observer un cas des plus curieux sous ce rapport. Il s'agissait d'un homme de cinquante ans, bureaucrate, légèrement anémique et rhumatisant. Il avait eu plusieurs attaques de rhumatisme sans que le cœur en eût gardé aucune trace sensible au moment où je fus appelé auprès de lui. Il était en proie à des douleurs rhumatismales assez vives avec pouls à 84-90. Les battements du cœur étaient énergiques, sans souffle caractérisé.

Vers le huitième jour de la maladie, qui avait été traitée par le sulfate de quinine à la dose de 80 centigrammes à 1gr,20 et par des applications calmantes, il fut pris tout à coup de symptômes cérébraux qui m'alarmèrent singulièrement. La nuit, il était dans un état de *subdelirium* très-prononcé. Le matin, il ne gardait nul souvenir de l'agitation nocturne. Je fus frappé en même temps de la lenteur de son pouls, qui battait de 20 à 24 fois par minute. Ce qu'il y avait de particulièrement remarquable chez lui, c'était un état syncopal intermittent, qui suivait régulièrement les pulsations cardiaques. Entre deux pulsations, on le voyait pâlir, les yeux se fermaient, les lèvres blanchissaient; puis une pulsation énergique colorait de nouveau la figure et la muqueuse labiale, qui redevenaient pâles quelques secondes après; de telle sorte que l'on pouvait, sans aucune chance d'erreur, compter les pulsations par la seule inspection du facies, dont la coloration et la pâleur scandaient exactement les battements cardiaques. A l'auscultation, on trouvait les signes d'une péricardite sèche, étendue, caractérisée par un double bruit de frottement superficiel. Un souffle systolique, doux et prolongé, s'entendait avec une égale intensité aux foyers aortique et mitral.

Cet état se prolongea pendant six jours. Pendant les trois premiers, il était à son maximum; puis le pouls revint à 45. Les phénomènes de syncope cessèrent un moment. Au bout de huit jours, le pouls avait repris son rhythme normal et donnait 72 pulsations. La péricardite s'était heureusement modifiée sous l'action de larges vésicatoires répétés. Il m'a paru évident que le ralentissement des pulsations se liait intimement à l'inflammation de la séreuse, probablement aux modifications plus ou moins profondes que subit la couche musculaire superficielle dans la péricardite. Jamais le malade n'eut une syncope complète; jamais d'attaque éclamptique. Les rêvasseries et le *subdelirium* représentaient seuls les phénomènes cérébraux. L'usage du café noir, de la caféine à la dose de 5 centigrammes, des boissons alcooliques, m'a paru également favoriser le rétablissement du malade, dont la convalescence fut très-longue et ne se compléta que par une saison d'eaux thermales.

A côté de cette observation, je placerai celle d'un autre malade chez lequel le ralentissement du pouls se lie également à une affection cardiaque. C'est un vieillard de soixante-dix-huit ans qui, à la suite d'un violent chagrin, a été pris assez rapidement de palpitations, dyspnée, faiblesse du pouls et bientôt d'œdème des jambes. Tous ces phénomènes se présentèrent vers le commencement de l'automne de 1878. A ce moment, on constata un léger bruit de souffle systolique à la pointe. Dès la fin du mois, le pouls subit un ralentissement marqué et il arriva à tomber entre 32 et 42. C'est ce nombre de pulsations qu'il a conservé depuis cette époque. Le premier chiffre correspond habituellement au pouls du matin; le second est un chiffre non constant, auquel le pouls n'arrive qu'après les repas. Les palpitations sont peu violentes; mais la dyspnée est constante et le moindre exercice la rend intolérable. L'œdème des jambes est permanent. Il y a eu dernièrement une congestion pulmonaire avec hémoptysie peu abondante. La gêne respiratoire, la faiblesse augmentent dès que l'on cesse l'usage de la caféine; le malade en prend 20 à 25 centigrammes par jour et du café noir le matin. Des révulsifs sur la région cardiaque, des ventouses sèches sur la poitrine modèrent les accidents. Depuis quelque temps la faiblesse a augmenté; les urines sont rendues involontairement; le moindre mouvement actif détermine une dyspnée violente. L'intelligence s'alourdit, la parole est peu suivie, l'amnésie se prononce de plus en plus.

Dans ces deux faits, il paraît hors de doute que le trouble des mouvements cardiaques n'est qu'une des expressions symptomatiques de la maladie du cœur.

Tout récemment, M. le docteur A.-R. Blondeau a pris pour sujet de sa thèse inaugurale l'étude du pouls lent coïncidant avec des attaques de syncope ou d'épilepsie. (*Etude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes*; chez V.-A. Delahaye et Cie, 1879.) Rapprochant plusieurs faits recueillis à la clinique de la Sal-

pêtrière des observations publiées surtout en Angleterre, il cherche à constituer une espèce de syndrôme représenté par la lenteur du pouls, la syncope et l'attaque épileptique ou épileptiforme. Sur dix-sept cas, le cœur n'était malade que six fois. M. Blondeau pense que l'on doit distinguer un type clinique particulier, observé le plus souvent chez les vieillards, s'accompagnant souvent d'anémie, survenant quelquefois à la suite de traumatismes cérébraux, ailleurs d'une façon spontanée. La lenteur du pouls et les accidents épileptiformes sont les deux facteurs nécessaires de cet état morbide.

M. Blondeau suppose, sans pouvoir s'appuyer sur des lésions anatomiques, qu'il s'agit d'une altération bulbaire modifiant l'innervation du cœur par les filets sympathiques et par ceux du pneumogastrique, et rapproche avec raison ces faits cliniques des phénomènes d'expérimentation observés à la suite de la compression de la veine cave supérieure (Landois) ou de l'anémie bulbaire par oblitération artérielle (Couty-Duret).

A côté de ces faits cliniques ou expérimentaux, il convient de mentionner l'influence exercée sur le ralentissement des mouvements du cœur par certaines substances à la tête desquelles il faut placer la digitale, les acides biliaires, l'aconit, la scille, le colchique, etc.

En résumé, le ralentissement des battements du cœur peut résulter de causes fort différentes dont les unes agissent sur le tissu même du cœur, les autres sur l'innervation de l'organe. Ces dernières paraissent être les plus nombreuses et déterminer dans certains cas une association de symptômes dont l'étude est d'un vif intérêt.

BLACHEZ.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER DU LARYNX, par le docteur KRISHABER.

(Suite. — Voyez les numéros 33, 34, 35 et 36.)

Après ces exemples, qui prouvent ce qu'on peut attendre de la trachéotomie, il est inutile de dire que les opérés peuvent succomber à des maladies intercurrentes, sans qu'on puisse tirer de ces insuccès un argument en faveur de la non-intervention. Un malade, par exemple, qui m'avait été adressé par M. le docteur Roché (de Charny), succomba, d'après cet honorable confrère, à des accidents très-nets d'alcoolisme, sans qu'aucun phénomène nouveau se fût produit du côté des voies respiratoires.

En dehors de ces accidents, la trachéotomie éloigne bien manifestement le terme inévitable; mais la lésion progresse toujours et finit par amener la mort, soit par les accidents locaux, soit par les accidents généraux. Nous avons signalé ces terminaisons : parfois le cancer intra-laryngien s'étend vers l'espace sous-glottique; les bourgeons cancéreux viennent faire saillie sur les bords de la plaie trachéale, sur les côtés de la canule. Cette forme d'envahissement est même assez commune. D'autres fois, l'extension se fait vers la partie supérieure, ou les deux modes de propagation sont simultanés. Le pharynx peut être alors compris dans la dégénérescence; mais c'est vers l'orifice supérieur de l'œsophage que le néoplasme s'étend principalement, produisant alors la dysphagie mécanique par rétrécissement du canal alimentaire. Contre cette complication, il n'y a qu'un recours, la sonde œsophagienne laissée à demeure, indéfiniment; je donne en ce moment des soins à une malade atteinte d'un cancer qui englobe le larynx et l'œsophage; elle respire par une canule trachéale et ne s'alimente que par une sonde œsophagienne que j'ai introduite par une des narines; elle est à demeure actuellement depuis cinquante-deux jours. J'ignore combien de temps cette situation pénible pourra se prolonger : certainement beaucoup plus que s'il n'y avait pas de sonde dans l'œsophage, d'abord parce que l'alimentation est suffisante, en outre parce que la malade n'avale pas constamment les détritus sanieux et purulents qui proviennent des ulcérations cancéreuses; les troubles gastriques, la diarrhée, n'ajoutent pas leur contingent au dépérissement, et il me sera probablement possible dans ce cas de juger de la résistance vitale d'un individu atteint de cancer du larynx et de l'œsophage, à partir du moment de la bronchotomie. Je l'ai faite il y a vingt et un mois.

Il peut arriver aussi que le cancer envoie des prolongements dans toutes les parties situées au-devant du larynx. Dans un cas présenté par M. Monod (*Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 632), l'autopsie, faite avec soin, montra que le thyroïde était envahi par la dégénérescence, et que les muscles situés au-devant de l'organe vocal étaient englobés dans une masse cancéreuse, qui se faisait jour par tous leurs interstices.

Des trois méthodes qui ont pour but l'ablation totale du cancer, la plus simple consiste dans l'extraction de la tumeur par les voies naturelles. Elle ne réclame aucune opération préliminaire, et il est regrettable qu'elle ne puisse être préférée toujours. Mais elle exige de la part du chirurgien des connaissances spéciales, et elle ne peut s'appliquer qu'à un nombre restreint de cas.

Il n'est possible d'introduire, par l'orifice supérieure du larynx, que des instruments d'un volume et d'une forme déterminés, et on ne peut atteindre que certains points de l'organe. L'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, le vestibule de la glotte sont facilement accessibles, mais la cavité même du larynx et surtout l'espace sous-glottique ne sont accessibles qu'à des mains très-expérimentées.

Les tumeurs bien isolées et pédiculées peuvent être circonscrites par une anse métallique, ou, encore mieux, saisies avec une pince, même lorsqu'elles siégent en un point éloigné, sur les cordes vocales, par exemple; mais les cancers affectant cette forme sont les plus rares. Ceux qui ont une large base d'implantation peuvent parfois être détruits localement avec le couteau galvanique et extraits ensuite avec des pinces; mais ce dernier procédé, souvent inapplicable, a toujours le grave inconvénient d'exposer consécutivement à de redoutables hémorrhagies. Voici comment je procédai dans le cas suivant :

M. le docteur Léon Labbé me fit l'honneur de m'appeler dans son service à la Pitié pour examiner un malade qui s'y trouvait depuis quelques jours. Cet homme, âgé de cinquante-deux ans, s'était présenté à la consultation avec une grande gêne de la respiration et un empêchement presque absolu à la déglutition. Il ne donnait pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires; il avait toujours été lui-même d'une bonne santé et exerçait depuis longtemps dans un village la profession de crieur public. Il y avait six mois que les troubles dont il se plaignait avaient commencé à se produire. Au moment où il se présentait, cet homme était dans un état d'asphyxie lente et continue, il subissait en même temps une inanition progressive, pouvant à peine avaler quelques gouttes de liquide. Il y avait en même temps du cornage, et lorsqu'on engageait le malade à respirer profondément, l'inspiration brusquement entrecoupée s'arrêtait tout d'un coup. Aucun engorgement ganglionnaire.

A l'examen laryngoscopique, je constatai l'existence d'une tumeur d'apparence carcinomateuse, de forme approximativement pyramidale, dont le sommet arrivait jusqu'au vestibule du larynx et dont la base ne pouvait être vue, la masse de la tumeur ne permettant pas l'accès de la lumière jusqu'au point d'implantation. Il fut décidé avec M. Labbé, qui voulut bien me confier l'exécution de l'opération, que je tenterais l'ablation de la tumeur par les voies naturelles. Une première tentative d'extraction, pratiquée au moyen d'une pince laryngée, provoqua un tel accès de suffo-

cation, qu'il fallut ouvrir immédiatement la trachée. Je reconnus plusieurs jours après, l'examen étant devenu possible, que la tumeur était trop résistante pour être enlevée par arrachement, et qu'il y avait lieu d'employer le galvano-cautère.

Je fis cette opération, toujours par les voies naturelles, dix jours après la première tentative, avec un plein succès. En une seule séance, la tumeur fut enlevée en totalité par la bouche au moyen du couteau galvano-caustique intra-laryngé : la masse cancéreuse avait à peu près le volume d'une grosse noix. Perte de sang insignifiante.

Aussitôt après l'opération, nous pûmes nous assurer, en bouchant la canule, que les voies de la respiration étaient entièrement libres; dès le lendemain, la déglutition put s'opérer. La voix était intacte. En un mot, le malade était guéri pour l'instant, il put quitter l'hôpital après quelques jours.

Cet homme reprit sa profession de crieur public et l'exerça sans en éprouver plus de fatigue qu'antérieurement. Mais au bout d'un an les symptômes dyspnéiques se reproduisirent, puis la voix s'altéra de nouveau, le malade reparut dans le service de M. Léon Labbé, et je reconnus que la tumeur s'était reformée. Une seconde opération fut faite et fut encore suivie du plus heureux résultat. Pendant une nouvelle période de onze mois, cette homme put se croire guéri, mais lorsque une seconde récidive se fit à ce moment, il n'était plus possible d'intervenir chirurgicalement : le pharynx et probablement la portion supérieure de l'œsophage avaient été envahis à leur tour, les ganglions cervicaux s'étaient tuméfiés, la cachexie s'accusait visiblement, et dans ces conditions nous dûmes renvoyer le malade chez lui; il ne tarda pas à y succomber.

L'examen histologique de la tumeur, fait par M. Malassez, concordait avec notre diagnostic, mais il est bien certain que dans ce cas la clinique pouvait à elle seule affirmer d'une manière absolue la malignité de cette tumeur, qui après deux récidives conduisit le malade à la cachexie et à la mort.

Le fait vraiment significatif dans cette observation, c'est l'amélioration considérable, on pourrait dire la guérison momentanée, obtenue à la suite des opérations, alors que le malade paraissait en imminence de mort et que l'organisme même semblait profondément déchu. Il est évident que le cancer n'avait agi jusqu'alors que comme un corps étranger et que la déchéance organique provenait, d'nne part, de l'insuffisance de la respiration, d'autre part de la dysphagie; mais l'infection ne s'était pas encore opérée; le malade put recouvrer l'intégrité de sa santé aussitôt que la canse, pour ainsi dire mécanique, des troubles fonctionnels eut été supprimée. Cet homme retira de nos deux opérations un bénéfice net de vingt-trois mois pendant lesquels son état fut si satisfaisant, qu'il put travailler aussi bien qu'avant d'être malade et reprendre son état de crieur public! On peut affirmer, en outre, que s'il avait été opéré plus tôt, le résultat aurait été beaucoup plus favorable encore, attendu que la tumeur était déjà bien grosse quand je la vis pour la première fois, et qu'elle a dû mettre un temps fort long à se développer.

C'est en me réglant sur ces considérations que je disais du cancer de l'épiglotte, que s'il est très-grave à cause de sa tendance à l'envahissement des voies digestives supérieures, il rachète en partie cette condition défavorable par sa plus grande curabilité. L'épiglotte étant la partie du larynx la plus rapprochée de l'orifice buccal, la mieux isolée en même temps, et la plus mobile, il est presque toujours facile de la circonscrire, dans une anse métallique par exemple, et d'en pratiquer l'ablation. C'est ce que je fis pour le malade du service de M. Desormeaux, dont il est question plus haut. Il y avait cependant chez cet homme de l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire, et le rejet de toute intervention s'expliquerait lorsque le malade présente déjà l'adénopathie, qui, dans toute affection cancéreuse, est considérée comme le premier indice d'une généralisation. C'est, de l'avis unanime, la limite au delà de laquelle une opération ne saurait être entreprise sans témérité. La même règle s'imposerait pour le cancer du larynx, s'il n'y avait lieu de distinguer ici entre l'opération palliative qui est la trachéotomie ou la laryngotomie, n'ayant pour but que d'empêcher l'asphyxie, et une opération toute différente, visant par d'autres moyens, à un but curatif.

Dans un autre cas dont voici l'histoire, je pus faire une ablation complète de la tumeur cancéreuse par les voies naturelles sans bronchotomie préalable. J'avais alors, malgré la situation du néoplasme, la pensée de faire une opération curative, et le but fut atteint au moins pour un temps, car je n'ai pas su si, dans la suite, une récidive s'était produite, tout en admettant cependant qu'il a dû en être ainsi.

M. l'abbé X... me fut adressé par le docteur Ferrand au mois de mai 1873. Il était âgé de cinquante-neuf ans, s'était toujours bien porté et paraissait jouir d'une bonne constitution.

Il y a quatre ans, il fut pris subitement, en parfait état de santé, d'une extinction de voix qui persista depuis ce moment avec quelques alternatives de mieux ou de pire, mais la voix restant toujours couverte et enrouée. La respiration demeura normale d'abord; mais il survint cependant, quelques mois après l'apparition de l'aphonie, un accès de suffocation qui dura quelques heures et se dissipa sans laisser aucune trace. A part cet accident, l'abbé X... ne ressentit qu'un léger picotement qu'il rapportait au larynx et au pharynx, mais il put continuer ses fonctions, dire sa messe, et se soumettre à toutes les exigences de son sacerdoce.

Au mois de juin dernier, survint de la dyspnée, augmentée par la marche ou tout autre exercice; puis la respiration devint bruyante et pénible, le décubitus dorsal était impossible; les nuits peu à peu troublées se passèrent à la fin presque sans sommeil. La toux se produisit à ce moment; elle était spasmodique, rauque, comme étranglée, toujours très-violente et suivie d'une expectoration blanchâtre, visqueuse, qui était difficilement expulsée.

Le médecin consulté par l'abbé X... conseilla l'application de teinture d'iode sur le cou, un vésicatoire, des badigeonnages avec une solution d'alun, enfin des vomitifs et des gargarismes de diverses natures.

L'état s'aggravant sans cesse, M. X... se décida à venir à Paris et se rendit à la maison hospitalière des frères Saint-Jean-de-Dieu. M. Ferrand, médecin de cet établissement, reconnaissant qu'il s'agissait d'une affection laryngée grave, me fit l'honneur de m'adresser le malade. L'examen laryngoscopique ne put être bien fait qu'après plusieurs tentatives, à cause de certaines dispositions anatomiques, le renversement de l'épiglotte en arrière, l'étroitesse du pharynx et l'excessive petitesse de la bouche. Je vis cependant que la corde vocale droite était inégale à son bord libre, qu'elle était en outre boursouflée, rouge et immobile; en outre, toute la muqueuse du larynx était rouge et tuméfiée. Je priai M. Ferrand d'examiner le malade à son tour et il vérifia mon observation. Nous convînmes de soumettre M. X... à un traitement hydrargyrique. Après une dizaine de jours de ce traitement auquel fut ajouté à la fin l'iodure de potassium, je fis un nouvel examen laryngoscopique. Les cordes vocales s'écartaient un peu mieux et je pus voir immédiatement au-dessous de la corde vocale droite une grosse tumeur lobulée, irrégulièrement arrondie qui ne laissait dans la cavité de l'organe qu'un orifice de 3 à 4 millimètres pour le passage de l'air. Tous les accidents s'expliquaient dès lors : il s'agissait d'une grosse végétation ayant envahi tout l'espace sous-glottique et peut-être aussi la partie contiguë de la trachée.

Le traitement interne amena des troubles gastriques, et il fallut le supprimer; d'ailleurs les accidents allaient croissant rapidement; quinze jours après son arrivée à Paris, le malade était constamment sous le coup d'une asphyxie imminente; le cornage était continu et le moindre exercice était suivi de menaces de suffocation.

Dans cet état des choses, il fallait intervenir; d'accord avec M. Ferrand, je dus essayer l'extraction de la tumeur par les voies naturelles, me réservant, dans le cas de non-réussite, de faire la thyrotomie restreinte, que j'avais déjà employée avec succès. Après avoir fait les préparatifs de la laryngotomie, je fis avec l'anse galvano-caustique une première tentative d'extraction par la partie supérieure, je fus assez heureux pour saisir la tumeur et l'étrangler; alors, rendant le fil incandescent, je pus en ramener au dehors une petite partie. Cette application fut suivie d'un formidable accès d'étouffement, pendant lequel le malade privé de respiration sembla devoir mourir. Le calme revint cependant peu à peu, et je pus dans la même séance faire plusieurs applications semblables à la première, en ramenant presque à chaque fois des parcelles de la tumeur. L'opération était de mieux en mieux supportée. A la fin de cette séance, à laquelle assistaient M. Ferrand et son interne,

le malade respirait un peu plus librement. Le lendemain, les crachats furent très-abondants, mais le soulagement obtenu ne se démentit pas.

Cinq jours plus tard, je fis la même opération avec un succès analogue et M. X... put immédiatement après rentrer chez lui à pied, faire par conséquent un trajet de vingt-cinq minutes environ.

Huit jours après, nouvelle opération en présence de M. Guyon. Cette fois, la tumeur n'étant plus assez saillante, j'employai à la place de l'anse, le couteau laryngé galvano-caustique. Il fallut encore faire deux séances, après lesquelles la tumeur ayant été complètement détruite, je ramenai avec la pince laryngée quelques débris noirâtres et adhérents; je cautérisai le point d'implantation avec du nitrate d'argent, et je m'en tins là.

Il resta de l'enrouement, un très-léger bruit pendant l'inspiration, et je m'assurai que ces légers troubles tenaient à ce que la corde vocale droite ne s'écartait pas complètement pendant l'inspiration. Toutefois la respiration était ample et très-suffisante, l'opéré pouvait marcher et monter l'escalier avec la rapidité que comportait son âge; toute sensation d'oppression avait cessé, le décubitus dorsal était très-bien supporté, le sommeil était revenu, et l'état général était tout à fait satisfaisant.

Je conseillai contre la laryngite l'usage des eaux sulfureuses, et l'abbé X... put rentrer dans sa cure où il reprit l'exercice de son ministère. J'ai perdu de vue ce malade depuis ce moment, mais deux ans environ après l'opération, j'appris par M. Ferrand, sans aucun autre détail, que notre malade était décédé.

Cette observation montre le procédé *opératoire par les voies naturelles* que je crois le plus utile à employer en pareil cas : enlever avec une anse galvanique la tumeur quand elle est pédiculée, ou les parties saillantes de la tumeur; et puis détruire les tissus au niveau du point d'implantation, avec le couteau galvanique.

(*A suivre.*)

Pathologie interne.

LÈPRE ET SCLÉRODERMIE, par M. GRASSET, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. — Travail lu à l'Association française pour l'avancement des sciences, dans la séance du 30 août 1879.

La lèpre et la sclérodermie sont deux maladies que l'on sépare habituellement d'une manière complète, et les auteurs donnent classiquement les éléments du diagnostic différentiel. C'est contre cette opinion, qui nous paraît trop absolue, que nous voudrions réagir.

Nous avons actuellement dans notre service, à l'Hôpital général, deux malades que nous serons heureux de présenter à ceux des membres du congrès qui le désireront : l'un est atteint de sclérodermie, l'autre de lèpre tuberculeuse. Or la comparaison de ces deux cas nous semble établir, non les dissemblances, mais les analogies qu'il y a entre ces deux états, et amène à conclure que lèpre et sclérodermie ne sont en réalité que deux formes différentes de la même maladie.

Je ne puis pas rapporter ici *in extenso* les observations de mes deux malades; je me contenterai de les comparer rapidement au triple point de vue de l'*étiologie*, de la *symptomatologie* et de l'*anatomie pathologique*. Ce sont les trois chefs sous lesquels on range ordinairement les signes de différenciation.

1° La lèpre se distingue d'abord de la sclérodermie, dit-on, en ce que c'est une maladie spéciale à certains climats, le plus souvent héréditaire. Or, notre lépreux n'a jamais quitté la France; cultivateur depuis l'âge de onze ans, il n'a quitté Montpellier que pour faire son service militaire, pendant lequel il a passé trois ans ici et deux au camp de Châlons et à Dunkerque. Donc, aucune contagion possible, aucune influence climatérique, aucune hérédité. Notre sclérodermique n'a jamais quitté le pays, non plus; mais elle a eu un frère qui est mort à vingt-deux ans, d'une maladie curieuse pour laquelle le médecin traitant avait parlé de lèpre, et dans laquelle il avait des plaies multiples et de longue durée, aux doigts notamment.

Contrairement à ce que disent les auteurs, nous trouvons donc ici l'hérédité chez le sclérodermique et non chez le lépreux, et nous ne trouvons pas chez ce dernier d'influence climatérique.

2° C'est évidemment au point de vue symptomatique que les deux maladies semblent le plus différer. La face de notre lépreux est tout à fait caractéristique : chargée de tubercules, les uns formant un bourrelet autour de la bouche, d'autres écrasant et élargissant le nez, d'autres situés sur les paupières et laissant à peine entr'ouvrir les yeux; les sourcils et les cils dégarnis de poils ainsi que les lèvres et le menton; la langue hérissée de tubercules aplatis, séparés par des anfractuosités; la voûte palatine et le voile du palais converts de tubercules mamelonnés, etc. Tout cela constitue un faciès léontiasique, type bien différent des plaques que présente notre sclérodermique.

Mais, d'une part, sur certains points de la peau sclérodermique il y a des élevures très-marquées qui servent de transition avec les tubercules, et d'autre part notre lépreux présente en certains points du corps un aspect tout différent de celui de la face : ainsi aux jambes il n'y a pas de tubercules; il n'y a qu'une cuirasse dure, ligneuse, qui enveloppe les membres; à tel point que si on ne voyait que ces extrémités inférieures, on diagnostiquerait une sclérodermie et non une lèpre.

Sur ce point capital, nous ne trouvons donc point de différence absolue entre la lèpre et la sclérodermie. Si en prenant les termes extrêmes nous rencontrons une certaine opposition, nous trouvons d'autre part, chez chacun de nos malades, des termes de transition qui remettent en lumière l'unité de la maladie.

3° On invoque alors les phénomènes nerveux concomitants et on dit : Les troubles de sensibilité sont beaucoup plus accentués dans la lèpre que dans la sclérodermie; l'atrophie musculaire, qui est rapide et très-marquée dans la lèpre, manque dans la sclérodermie.

Or, nos deux malades sont, sur ce point encore, dans un rapport précisément inverse de celui que voudrait cette règle. Le lépreux, qui a eu peut-être de l'anesthésie transitoire à une autre époque, ne présente aujourd'hui aucun trouble de sensibilité et n'a pas d'atrophie musculaire. La femme sclérodermique, au contraire, présente de l'anesthésie au niveau de toutes les parties altérées, qui sont aussi le siége de fourmillements ou de démangeaisons, soit spontanément, soit à la percussion; de plus, il y a chez elle, en diverses régions, un certain degré d'atrophie musculaire.

4° Mais, ajoute-t-on pour compléter le diagnostic symptomatique, on n'arrive jamais dans la sclérodermie au morcellement ulcéreux de l'individu que l'on observe dans la lèpre.

Or, nos deux malades donnent encore un démenti à cette assertion : notre lépreux n'est pas encore arrivé à la période d'altération profonde, et notre sclérodermique a perdu des phalanges entières, non-seulement par résorption totale et intérieure, mais par morcellement ulcéreux et élimination extérieure.

On voit donc qu'au point de vue symptomatique on ne peut, pas plus qu'au point de vue étiologique, établir d'opposition formelle entre la lèpre et la sclérodermie.

5° Reste le côté anatomo-pathologique, par lequel nous terminerons.

La sclérodermie est essentiellement caractérisée par une inflammation chronique de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, s'étendant plus ou moins profondément et pouvant aboutir à des épaississements cutanés, des rétractions fibreuses, des arthrites et des altérations osseuses. C'est ce qui

résulte de l'examen fait par Verneuil sur un doigt amputé par Mirault d'Angers, de l'autopsie de Lagrange, etc. C'est un processus chronique analogue à celui que Vulpian et Renaut ont décrit dans l'œdème et l'érysipèle. Les leucocytes s'accumulent dans le tissu cellulaire sous-cutané, et le tissu embryonnaire évolue en tissu fibreux qui soude ensemble les parties superficielles et profondes.

Dans la lèpre les choses se passent-elles différemment?

La plupart des observateurs, Danielssen et Bœck, Virchow, Bergmann, etc., ont insisté sur les rapports de la lèpre et du système lymphatique, en décrivant les lésions des ganglions. Cette localisation aurait pu établir entre la sclérodermie et la lèpre une différence réelle, avant les travaux de Ranvier. Mais aujourd'hui tout le monde sait que le tissu cellulaire sous-cutané fait partie du système lymphatique, qu'il en forme la partie périphérique. Et en effet, Lamblin d'abord, et Thoma ensuite, ont montré les lésions lépreuses commençant à l'origine des vaisseaux lymphatiques, dans les espaces lymphatiques périvasculaires, etc., c'est-à-dire dans des régions que nous avons vues être précisément le point de départ des lésions dans la sclérodermie.

Comme confirmation clinique de ce dernier rapprochement, nous dirons que nos deux malades ont eu ou ont encore, l'un et l'autre, de nombreux engorgements ganglionnaires.

6° Ces différents points de vue que j'ai pu à peine indiquer, mais dont on trouverait le développement dans l'observation complète de mes malades, me paraissent suffire pour montrer qu'il n'y a, au triple point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique, aucune différence tranchée et fondamentale entre la lèpre et la sclérodermie.

Ce sont pour moi deux formes de la même maladie, pour laquelle on peut garder le nom général de sclérodermie.

On a déjà rattaché à la sclérodermie la trophonévrose faciale ou aplasie lamineuse progressive, qui devient une sclérodermie localisée à la face ou à une moitié de la face. On en a rapproché l'asphyxie locale des extrémités, qui devient la sclérodermie asphyxique ou des extrémités. Je propose d'en rapprocher de la même manière la lèpre tuberculeuse nostras, qui devient simplement la sclérodermie tuberculeuse.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès périodique international des sciences médicales (6e session), à Amsterdam.

(Correspondance particulière de la Gazette hebdomadaire.)

(Suite. — Voyez le n° 37.)

Section de médecine.

Ont été nommés pour cette section : *Président :* M. le docteur Rosenstein; *vice-présidents :* MM. les docteurs Eulenberg, Semmola et Bouchut.

— M. le professeur *Rosenstein* (de Leyde) fait une communication sur *la maladie de Bright et la cirrhose primitive des reins.* — Ce travail, très-intéressant et très-complet, se résume dans les propositions suivantes :

1° Les lésions anatomiques des reins, qui déterminent l'ensemble des symptômes cliniques décrits pour la première fois par Bright, se rapportent toujours aussi bien au parenchyme qu'au tissu connectif de ces organes.

2° Il n'y a ni une néphrite exclusivement parenchymateuse, ni une néphrite exclusivement interstitielle. L'on peut affirmer, en se fondant sur l'expérience et sur l'observation clinique, que là où une inflammation véritable diffuse des reins a lieu, les deux éléments histologiques sont affectés dès le début.

3° Le produit final de l'inflammation diffuse est le *rein blanc* et le *rein rouge granuleux*. Ils forment, au point de vue anatomique, le *rein atrophié*, et ne diffèrent qu'en ce sens que l'affection parenchymateuse est plus prononcée chez le premier, l'affection interstitielle chez le dernier. Au point de vue clinique, on les peut distinguer l'un de l'autre par l'analyse des urines. Les symptômes de l'atrophie sont communs aux deux modifications.

4° L'observation clinique rend très-vraisemblable l'opinion que, tout aussi bien que le rein blanc, le rein rouge granuleux, ou, comme on dit maintenant, la cirrhose primitive des reins, est précédée d'une période de tuméfaction. Les observations anatomo-pathologiques ne contredisent point cette manière de voir.

5° La description clinique de Bright a surtout rapport au *rein blanc granuleux*. Il est certain que, dans cette modification, le processus morbide parcourt deux stades, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

— M. *Gilbert Ballet*, interne des hôpitaux de Paris, fait, au nom de M. le docteur *Proust*, médecin de l'hôpital Lariboisière, et au sien, une communication relative à l'*action des aimants sur quelques troubles nerveux, en particulier sur les anesthésies.* — C'est à la suite des premières recherches sur l'influence du magnétisme, faites en 1878, à l'hospice de la Salpêtrière, sous la direction de M. le professeur Charcot, que MM. Proust et Ballet songèrent à leur tour à expérimenter les effets de l'aimant. Leurs recherches ont été faites sur 11 malades : 8 femmes atteintes d'anesthésie hystérique; 3 hommes, l'un affecté d'hémianesthésie saturnine, l'autre d'anesthésie toxique par le sulfure de carbone, le troisième d'hémianesthésie de cause organique, très-vraisemblablement produite par une tumeur cérébrale.

Les résultats les plus intéressants qui découlent des expériences multiples auxquelles ces malades ont donné lieu sont les suivants :

Toutes les hémianesthésies sensitivo-sensorielles traitées par les aimants ont disparu temporairement sous l'influence de ces agents, quelle qu'ait été la cause de l'hémianesthésie (hystérique, toxique, organique). Le nombre, la force des aimants, le temps d'application nécessaire à la disparition de l'anesthésie, varient de beaucoup avec les différents sujets. Chez telle malade, l'application d'un aimant pendant quinze ou vingt minutes suffit pour faire réapparaître la sensibilité; chez telle autre, il est nécessaire d'employer trois ou quatre aimants pendant plusieurs heures (deux heures).

MM. Proust et Ballet ont, en outre, constaté que certaines anesthésies diffuses ou généralisées peuvent, comme les hémianesthésies sensitivo-sensorielles, disparaître sous l'influence de l'aimant. Dans deux cas, l'un d'anesthésie hystérique diffuse, l'autre d'anesthésie généralisée par le sulfure de carbone, ils ont vu réapparaître la sensibilité en appliquant les aimants de chaque côté des malades.

La sensibilité, fait qui n'avait pas encore été signalé, réapparaît dans le côté anesthésié du centre à la périphérie. Quelle que soit, en effet, la partie avec laquelle les aimants sont mis en rapport, c'est toujours par le thorax que la sensibilité revient en premier lieu. D'après ce fait, il semble y avoir une différence marquée entre la manière dont agissent les applications de métaux et celle suivant laquelle procèdent les aimants. Lorsqu'on applique, par exemple, à l'avant-bras une pièce d'or, c'est au niveau de la pièce d'or que la sensibilité se montre en premier lieu, pour de là envahir une zone de plus en plus étendue. Les métaux semblent agir sur les parties périphériques du système nerveux. Les aimants, au contraire, paraissent porter leur action primitivement sur les organes centraux.

Étudiant le phénomène qu'on a décrit sous le nom de *transfert*, c'est-à-dire le passage de l'anesthésie d'un côté à l'autre du corps sous l'influence de l'aimant, MM. Proust et

Ballet confirment le fait qu'on ne l'observe que chez les hystériques. Chez ces dernières, le transfert n'est d'ailleurs pas constant, quoiqu'il soit de règle de l'observer. D'autre part, les auteurs de la communication ont remarqué qu'il était facile d'empêcher le transfert en appliquant les aimants en regard du côté sensible, en même temps qu'on les met en rapport avec le côté anesthésié. Dans ce cas, l'anesthésie disparait sans se transporter du côté opposé.

Chez un de leurs malades (tumeur cérébrale), MM. Proust et Ballet ont remarqué un phénomène singulier. Le malade est hémianesthésique à gauche. Si l'on applique des aimants en face de ce côté, la sensibilité reparaît; mais, du côté opposé, on voit se produire de l'*épilepsie spinale*. Il suffit d'ailleurs, pour faire disparaître cette dernière, de placer les aimants du côté droit.

Quant au temps pendant lequel la sensibilité a persisté, après l'action des aimants, il faut noter que, dans tous les cas auxquels ont eu affaire les auteurs, le retour de la sensibilité n'a été que passager, aussi bien dans les anesthésies toxiques et organiques que dans les anesthésies hystériques. Mais chez deux des malades observés (tumeur cérébrale, intoxication par le sulfure de carbone), la sensibilité a persisté d'autant plus longtemps que le nombre des applications des aimants devenait plus considérable. La durée de la période de sensibilité, qui avait été de quelques heures seulement après la première application chez l'un des malades, a été de quarante jours après la quatrième. Contrairement aux conclusions prématurées tirées des faits antérieurs, les auteurs concluent que, pas plus dans les anesthésies organiques et toxiques que dans les anesthésies hystériques, le retour de la sensibilité n'est fatalement persistant après les applications d'aimant.

MM. Proust et Ballet ont institué une série d'expériences intéressantes et qui ont fait ressortir des faits curieux. Mettant en rapport deux malades (hommes ou femmes) hémianesthésiques, plaçant la main de l'un dans la main de l'autre, et appliquant les aimants au premier, ils ont constaté que, par l'intermédiaire du corps du premier malade, agissant comme conducteur, l'action des aimants était transmise jusqu'au second, qui voyait, comme le premier, son anesthésie disparaître. Des expériences variées leur ont d'ailleurs montré que, dans ce cas, il ne s'agissait pas d'une action à distance des aimants sur le second malade, puisque si l'on met les deux patients à côté l'un de l'autre, dans la même position que précédemment, mais sans que les mains soient au contact, l'action des aimants sur le second malade n'a pas lieu. Autre fait intéressant : lorsque les sujets choisis pour l'expérience ci-dessus sont deux hystériques, le transfert n'a pas lieu chez la première malade à laquelle on applique les aimants, comme si l'anesthésie passant d'abord, chez la première malade, du côté primitivement insensible au côté sensible, passait ensuite chez la seconde, grâce au contact des deux mains.

On voit, d'après ces faits, que loin d'être un agent inerte, sans action sur l'organisme, l'aimant possède des propriétés puissantes au même titre que les métaux, que l'électricité. D'ailleurs MM. Proust et Ballet ont remarqué que ce n'est pas impunément qu'on applique les aimants à un malade. Les trois hommes sur lesquels ils ont expérimenté se sont constamment plaints, chaque fois que l'application des aimants a été quelque peu prolongée, de douleurs très-vives au niveau de l'épigastre et de la partie antérieure du thorax. Ces douleurs, qui rendent l'inspiration très-pénible, s'accompagnent de dyspepsie avec boulimie. Peu marqués chez les femmes observées, ces phénomènes se sont montrés très-intenses chez les hommes en expérience. Et la souffrance éprouvée par les malades, soit immédiatement après la séance d'aimantation, soit dans les heures ou dans les premiers jours qui ont suivi, s'est montrée telle qu'il était difficile d'obtenir des patients qu'ils se soumissent à une expérience un peu prolongée.

— M. le docteur *Daremberg* communique une note sur l'*influence de la fonction menstruelle sur la marche de la phthisie pulmonaire.* — Depuis le début de son séjour à Menton, l'auteur a été souvent frappé de la marche particulière de la phthisie chez la femme; marche par saccades, par bouffées congestives, avec alternatives périodiques d'amélioration et d'aggravation. Depuis que son attention a été particulièrement attirée sur l'influence de la fonction menstruelle, il croit devoir rapporter à celle-ci cette particularité. Il cite plusieurs observations confirmant cette manière de voir, dans lesquelles l'époque menstruelle est marquée par une poussée phlegmasique aiguë, soit lorsque l'ovulation marche de pair avec l'écoulement menstruel, soit lorsque l'acte ovarien existe sans l'acte utérin, et il explique ces faits par de nombreuses raisons physiologiques. Voici, du reste, ses conclusions :

Chez la femme régulièrement menstruée, chaque époque cataméniale peut être la cause d'une poussée congestive, simple, hémorrhagique ou inflammatoire.

Quand le phénomène de l'ovulation, caractérisé par tout le molimen congestif de l'orgasme ovarien, est conservé, tandis que l'écoulement menstruel est supprimé, les phénomènes congestifs réflexes sont encore plus redoutables.

Lorsque l'écoulement menstruel persiste après la suppression de l'ovulation, cette modalité pathologique n'a aucun effet congestif réflexe sur les poumons. Il en est de même lorsque la fonction menstruelle totale a disparu, soit à la ménopause physiologique, soit à la ménopause pathologique.

De ces faits résultent les indications thérapeutiques suivantes :

Chez toute femme phthisique, il convient d'observer l'état local et l'état général aux époques menstruelles, et à la moindre alerte d'empêcher le molimen congestif réflexe par des sédatifs généraux, comme la digitale, le bromure de potassium, le sulfate de quinine, et par des révulsifs *loco dolenti* (vésicatoires, cautérisation ponctuée, huile de croton, cautère volant).

Il faudra agir de même dans les premiers temps qui suivent la grossesse.

Quand les règles cessent pendant que l'ovulation est conservée, il faut essayer de ramener les règles par des appels extérieurs (sinapisation et frictions sèches des membres inférieurs, sangsues aux cuisses), et par des purgatifs modérés. Si l'on ne réussit pas, il faut employer les emménagogues ordinaires. Même si les règles n'apparaissent pas comme auparavant, l'effet dérivatif est obtenu et le danger est conjuré.

Si, l'ovulation ayant cessé, les règles continuent à venir, cette hémorrhagie, ordinairement abondante, devient une cause anémiante qu'il importe de faire diminuer avec beaucoup de prudence. Il en est de même pour la leucorrhée.

Quand la fonction menstruelle sera complètement supprimée, il faudra bien se garder de faire venir les règles, qui deviendraient, sans but utile, une nouvelle cause d'affaiblissement.

— M. le docteur *G. Delaunay* communique une note sur *le traitement de la phthisie.* — D'après M. le docteur Delaunay, la phthisie est une maladie en raison inverse de la nutrition, frappant les individus les moins nourris (races inférieures, femmes, enfants, vieillards, faibles) et accrue par toutes les circonstances physiologiques et mésologiques qui diminuent la nutrition. Parmi ces circonstances, le docteur Delaunay cite le défaut d'aliments, le défaut d'oxygène, le défaut d'exercice, la menstruation, le défaut de lumière, le matin, l'été, les pays chauds. M. Delaunay soutient que la phthisie est une maladie des pays chauds; rare et lente au Nord, fréquente et galopante au Midi, et d'autant plus grave qu'on se rapproche de l'équateur.

Au point de vue thérapeutique, la phthisie étant accrue par les circonstances qui diminuent la nutrition, sera combattue

par les circonstances contraires, qui augmentent la nutrition, c'est-à-dire par une bonne alimentation, la vie en plein air, un exercice modéré, le chant, la déclamation, etc., qui exercent les poumons; le séjour à la campagne ou au bord de la mer et les milieux froids. Si la phthisie est considérée comme une maladie incurable, c'est que les médecins font fausse route en envoyant les phthsiques du Nord au Midi. Les phthisiques du Nord peuvent guérir en ne descendant pas au Midi; les phthisiques du Midi ne guérissent qu'autant qu'ils remontent au Nord. M. Delaunay défie qu'on lui cite un phthisique de Nice ou d'Hyères ayant pu guérir en restant en Provence. Suivant lui, il importe d'établir des *sanatoria*, non pas au Midi pour les phthisiques du Nord, mais au Nord pour les phthisiques du Midi.

M. *Landowski* proteste énergiquement contre les théories émises par M. Delaunay. Les températures excessives sont nuisibles aux phthisiques, le froid comme le chaud. Il faut donc pendant l'hiver rechercher une température moyenne qu'on trouvera seulement dans le Midi.

MM. *Semmola* et *Zawerthal* combattent également les conclusions de M. Delaunay.

— M. le docteur *Damaschino* communique, en son nom et au nom de M. *Henri Roger*, un mémoire sur les *altérations de la moelle dans la paralysie spinale de l'enfance et dans l'atrophie musculaire progressive.* — Parmi les maladies du système nerveux que l'on observe chez les enfants, il en est une dont la symptomatologie présente des caractères spéciaux, c'est la *paralysie spinale de l'enfance*, désignée autrefois sous le nom de paralysie essentielle de l'enfance, parce qu'on la considérait comme appartenant au groupe des maladies nerveuses idiopathiques *sine materia*.

Il résulte d'un certain nombre d'observations recueillies par MM. H. Roger et Damaschino, que l'altération caractéristique de cette affection est une lésion de la moelle épinière dont l'atrophie des nerfs et des muscles est la conséquence.

M. Damaschino présente à l'appui de cette proposition des préparations histologiques et des observations très-concluantes. Dans trois de ces observations les lésions consistaient dans des foyers de ramollissement inflammatoire qui siégeaient dans les cornes antérieures de la substance grise, et s'étendaient dans presque toute la hauteur de la moelle lombaire. La lésion est plus marquée à droite. Au niveau de la région dorsale il n'y avait pas de foyers distincts, mais on retrouvait des corps granuleux accumulés autour des vaisseaux. L'atrophie des cellules, très-considérable à la région lombaire, se retrouvait également dans les autres parties de la moelle et affectait un rapport constant avec la dimension des foyers et le degré variable des lésions vasculaires. L'atrophie des faisceaux blancs antéro-latéraux était très-nette, et il y avait à ce niveau une abondante accumulation de noyaux conjonctifs; atrophie également très-prononcée des racines antérieures. Les lésions musculaires consistent surtout, à l'examen microscopique, dans la diminution de volume des faisceaux primitifs. Un grand nombre de muscles sont le siège d'un abondant dépôt de cellules adipeuses interposées aux éléments musculaires.

A la suite de la communication de M. Damaschino, M. *Bouchut* dit qu'il a lui-même pratiqué un grand nombre d'autopsies dans des cas de paralysie infantile, et qu'il n'a pas observé les lésions de la moelle signalées dans le travail.

M. *Damaschino* répond que si l'on a pas trouvé dans la moelle les lésions qu'il vient de décrire, c'est que les procédés mis en usage étaient insuffisants. Les nombreux faits qu'il a observés avec M. Roger et les préparations histologiques qu'il place sous les yeux des membres du congrès prouvent jusqu'à l'évidence l'existence de ces lésions.

— M. le professeur *Stokvis* (d'Amsterdam) fait une communication sur *la phosphaturie dans la phthisie pulmonaire.* — Il résulte des recherches de l'auteur que :

1° L'élimination de l'acide phosphorique par les urines dans la phthisie pulmonaire n'a rien de caractéristique, ni au point de vue du diagnostic, ni à celui de la pathogénèse.

2° Cette conclusion est justifiée par une série de recherches analytiques, dans laquelle on a constaté les faits suivants : *a*. La quantité totale de l'acide phosphorique éliminée en vingt-quatre heures par les urines n'est jamais augmentée dans la phthisie pulmonaire, ni au début de la maladie, ni dans les cas de phthisie consommée. En comparant la phthisie à d'autres maladies des poumons, on trouve au contraire le total de l'acide phosphorique presque toujours diminué. *b*. Dans certains cas de phthisie chronique, dans lesquels la diarrhée et l'élévation de la température font presque complètement défaut, une augmentation des phosphates terreux, par rapport aux phosphates alcalins, ne peut être contestée. Le total des phosphates terreux éliminé en vingt-quatre heures par les urines reste pourtant, dans ces cas, bien au dessus du chiffre moyen chez l'homme sain, ou chez les malades affectés d'autres maladies chroniques (phosphaturie, diabète sucré, maladies des reins). *c*. Par rapport à l'azote (urée) de l'urine, l'élimination de l'acide phosphorique ne présente, dans la phthisie, aucune déviation constante du type normal. Cette valeur relative de l'acide phosphorique est très-rarement augmentée; elle est le plus souvent normale ou diminuée. Dans quelques cas, elle va en décroissant avec la progression de la maladie. *d*. Par rapport à l'élimination du chlore par les urines, l'élimination de l'acide phosphorique dans la phthisie s'élève presque toujours un peu, et dans quelques cas très-considérablement au-dessus des chiffres normaux. Cette élévation de la valeur relative de l'acide phosphorique est due uniquement à la diminution du chlore dans les urines, et est d'autant plus marquée que la fièvre et les troubles de la digestion sont plus prononcés. L'on sait du reste, depuis longtemps, que cette diminution du chlore se retrouve dans tous les cas de fièvre et d'inanition. *e*. Les rapports normaux entre les quantités d'acide sulfurique et d'acide phosphorique éliminées par les urines ne présentent, dans la phthisie pulmonaire, aucune modification caractéristique. Une élévation de cette valeur relative de l'acide phosphorique n'a jamais été observée ; bien des fois, au contraire, une diminution assez considérable. Cette dernière est uniquement causée par une augmentation de la quantité de l'acide sulfurique éliminé par les urines, et se retrouve, comme pour le chlore, dans tous les cas de fièvre prolongée et d'inanition.

3° Toutes les anomalies que présente l'élimination de l'acide phosphorique par les urines, dans la phthisie pulmonaire, peuvent sans peine être ramenées aux variations des conditions physiologiques, par lesquelles la quantité de l'acide phosphorique dans l'urine est influencée. Ce n'est donc pas à un processus morbide spécifique, mais à l'élévation plus ou moins intense de la température du corps, aux troubles plus ou moins considérables de la digestion, au régime ou à l'inanition, qu'elles sont dues.

4° Si le traitement de la phthisie par les phosphates et les hypophosphites est couronné de succès, on ne peut certainement l'attribuer à une réparation des pertes d'acide phosphorique par les urines, que l'organisme subirait dans cette maladie.

— M. le docteur *Landowki* fait une communication sur le *climat de l'Algérie.* — Le climat d'Alger est intermédiaire entre les climats sec et humide, et sa valeur consiste dans la pureté de l'atmosphère, la splendeur de la lumière et la permanence des belles journées. Une de ses qualités les plus importantes est de ne pas avoir de changements brusques de température, pas de surprises par les courants atmosphériques et par la pluie.

Le nombre des journées pluvieuses est très-restreint. Pendant sept mois d'hiver, l'an dernier, je n'ai compté en tout que vingt-neuf jours de pluie. En un mot, le climat d'Alger représente un milieu d'air marin pur et vivifiant, avec une température tiède qui permet aux malades de séjourner hors des appartements presque toute la journée pendant l'hivernage. N'ayant aucune influence spéciale ni spécifique, le climat algérien ne saurait être contre-indiqué dans aucune des formes de la phthisie.

C'est à la facilité de la vie en plein air, à la stabilité barométrique et thermométrique, qu'il faut attribuer la rareté de la tuberculose dans la population algérienne. Sur les sept mois de l'hiver dernier (octobre à avril 1879), les malades ont pu bénéficier de cent quatre-vingt-trois journées passées tout entières à l'air libre; huit fois seulement ils n'ont pu sortir que deux heures seulement de toute la journée, pendant les éclaircies; tandis que durant les autres vingt jours ils ont pu profiter de quatre à six heures d'air libre chaque jour.

Les dernières observations du professeur Peter démontrent l'efficacité du climat algérien dans le traitement de la tuberculose. Plusieurs médecins de l'Algérie qui ont passé par différentes phases de la tuberculose ont retrouvé la santé sous le ciel de cette belle colonie.

A tout cela ajoutons encore qu'Alger, par sa situation géographique, par sa topographie, séparée de l'Europe par la Méditerranée, dont la vaste étendue régularise les variations atmosphériques, est à l'abri de toutes les perturbations venant du Nord, qui de temps à autre désolent le midi de l'Europe, ainsi que cela a eu lieu l'hiver dernier. D'après les bulletins météorologiques officiels du gouvernement général de l'Algérie, les moyennes thermométriques ont été les suivantes, du 1er octobre 1878 au 30 avril 1879 :

Maximum général, + 19°,7 ; moyenne générale, + 16°,6 ; minimum général, + 13 degrés.

La France, au prix de son sang et des sacrifices de tout ordre, a conquis l'Algérie pour purger la Méditerranée de la piraterie; sa mission ne devant pas se borner à une glorieuse satisfaction, vous savez si elle poursuit vaillamment en Afrique l'œuvre de la civilisation. Elle a déjà fait beaucoup, elle fera plus encore en débarrassant le sol des germes morbigènes qui ont si cruellement décimé les premiers pionniers de la colonisation, comme ils moissonnaient les populations indigènes elles-mêmes. D'un pays réputé malsain, inhabitable à l'étranger, elle a déjà fait une contrée où l'on s'acclimate, où l'on vit, où l'on guérit.

La science apporte aujourd'hui son tribut à l'œuvre humanitaire, en proclamant les qualités bienfaisantes d'un climat appelé, par ses précieuses conditions, à résoudre un des plus désolants problèmes de la médecine : la curation des phthisiques !...

— *Note sur l'étiologie de la maladie de Bright*, par M. le professeur *Semmola* (de Naples). — Le mémoire présenté par le professeur Rosenstein, sur la maladie de Bright et sur la cirrhose primaire des reins, a fourni à M. Semmola l'occasion de faire une intéressante communication sur cette même question.

Les premières recherches de M. Semmola datent de 1850. Jusqu'à cette époque aucun auteur ne s'était occupé de démontrer l'influence classique de l'alimentation et du régime sur la quantité de l'albumine rendue par les urines dans la maladie de Bright.

Cette influence du régime tendant à augmenter ou presque à faire disparaître l'albumine par une alimentation exclusivement azotée ou non azotée, fut le point de départ de toutes ses recherches, qui lui firent conclure qu'il fallait absolument fixer l'attention non-seulement sur les lésions rénales, mais tout autant, au moins, sur un trouble général de la nutrition, dans lequel les albuminoïdes n'étaient pas du tout ou très-incomplètement assimilés et brûlés.

Cette idée que l'auteur s'est toujours efforcé de développer, sur la pathogénie de la maladie de Bright, trouva sa pleine confirmation dans un autre fait classique, *complètement méconnu* jusqu'ici, c'est-à-dire la diminution considérable et progressive de la quantité d'urée formée dans l'organisme dès le début de la maladie chronique de Bright.

Dans tous les livres il est toujours fait mention du *défaut* dans *l'excrétion* de l'urée, et dans aucun livre on ne parle *du défaut de formation;* l'auteur affirme, en se fondant sur l'expérimentation, que c'est là un fait capital, fondamental, caractéristique de l'albuminurie de Bright proprement dite. C'est un fait capital, qui est le dernier effet du défaut ou de la suppression totale des fonctions cutanées.

En conséquence de cette suppression des fonctions respiratoires de la peau, se produisent et se développent deux troubles chimiques, nécessairement enchaînés au point de vue biologique, c'est-à-dire l'*altération* et l'*inassimilabilité* des *albuminoïdes* d'un côté, et le *défaut de leur combustion*, de l'autre côté, c'est-à-dire diminution dans la formation de l'urée, en conséquence. L'auteur laisse à la physiologie expérimentale d'éclaircir le rôle que les fonctions cutanées ont dans l'assimilation et dans la combustion des albuminoïdes. Il se borne à signaler le rapport intime dévoilé par l'état pathologique, et entrevoit là-dedans la solution d'un problème du plus haut intérêt pour la physiologie et pour la pathologie.

Dans toutes les autres albuminuries, autres que la vraie albuminurie brightique, on ne trouve pas cette diminution dans la production d'urée depuis le commencement de la filtration albumineuse. En conséquence, il est de la plus haute importance de séparer entre elles très-rigoureusement ces différentes albuminuries, pour éviter une erreur qui existe encore, et qui est très-dangereuse pour la clinique et pour la thérapeutique. La cause, le mécanisme, l'évolution, le cachet du processus chimique général de la nutrition, avec la diminution dans la production de l'urée, et enfin la lésion anatomique finale de *tous les deux reins*, représentent *un ensemble harmonique, enchaîné, constant, qui constitue le vrai type de la maladie de Bright proprement dite.*

La diminution de l'urée dans les autres albuminuries n'a aucun rapport de causalité avec le fait de la filtration albumineuse; elle pourra tantôt exister, mais très-variablement selon la maladie particulière qui aura causé l'albuminurie et qui aura en même temps frappé le processus nutritif général (maladies du cœur, etc.). Mais alors cette diminution dans la production de l'urée n'a aucun rapport avec l'apparition de l'albuminurie : elle suit une autre marche, et ce n'est que seulement à la dernière époque de ces différentes maladies, c'est-à-dire quand le rein a été profondément atteint (rein cardiaque, rein amyloïde, etc.), que commence une diminution très-considérable d'urée dans l'urine par défaut de filtration. En conséquence, cette diminution est un fait mécanique et produit immédiatement l'accumulation d'urée dans le sang avec toutes ses conséquences fatales.

Dans la maladie de Bright proprement dite, l'urée se trouve diminuée dans l'urine comme résultat de deux causes. Dans une première période de la maladie il s'agit d'une diminution d'urée produite par défaut de combustion (vice général de nutrition avec l'altération des albuminoïdes développée lentement à la suite de la suppression des fonctions cutanées). Plus tard, c'est-à-dire à une période avancée de la maladie rénale, il y a une seconde diminution de l'urée dans les urines comme résultat du défaut de sécrétion.

L'exagération du point de vue anatomique a tellement préoccupé les esprits, qu'il a fait complètement négliger le côté général et chimique de la maladie, et qu'il a conduit à une conclusion vraiment paradoxale pour la pathologie scientifique, c'est-à-dire : *unité clinique* et *multiplicité anatomique* (gros rein blanc, rein amyloïde, etc.).

Le passage de l'albumine dans l'urine peut avoir lieu en

rapport avec les trois facteurs physiologiques qui président à la fonction rénale, c'est-à-dire : *a.* conditions chimiques du sang; *b.* degré de la pression; *c.* conditions des éléments histologiques de l'appareil de filtration.

En conséquence, il existe trois séries d'albuminuries, c'est-à-dire : *a.* albuminuries dyscrasiques (par excès ou par altération des albuminoïdes du sang); *b.* albuminuries mécaniques; *c.* albuminuries irritatives, c'est-à-dire par causes histologiques locales du rein (albuminuries produites par l'action irritante de tous les agents qui arrivent au rein, soit provenant du dehors de l'organisme, soit formés dans l'organisme).

Ces trois espèces d'albuminuries se trouvent en parfaite correspondance avec l'état anatomique du rein ; c'est-à-dire que si chacune de ces trois conditions anormales a été de courte durée et passagère, l'état anatomique du rein peut rester normal et complètement étranger à la filtration albumineuse (comme dans la série *a*); ou bien il est modifié par un processus morbide passager et retourne ensuite à l'état normal ; ou enfin, si l'albuminurie est persistante, l'état anatomique du rein s'altère lentement et amène une lésion définitive spéciale et propre à chaque cause, et qui se trouve toujours en rapport constant avec chacun des trois facteurs qui ont modifié la fonction rénale de façon à déterminer la filtration de l'albumine.

— M. le professeur *Zawerthal* (de Rome), fait une communication sur les *affections syphilitiques du larynx.* — Les affections syphilitiques du larynx représentent un rapport de trois cinquièmes des maladies pour le traitement desquelles on réclame les soins du spécialiste en pathologie laryngée.

On peut observer sur le larynx les altérations dues à la *syphilis secondaire* (l'érythema syphiliticum et les plaques muqueuses) et les lésions qui appartiennent à la *syphilis tertiaire :* érythema papulatum — érythema nodosum; — les infiltrations gommeuses très-fréquentes sur l'épiglottis, sur les replis ary-épiglottidiens, etc.; — l'inflammation des cartilages et du périchondrium, chondritis et périchondritis; — les rétrécissements du larynx consécutifs à la cicatrisation d'ulcérations, à la rétraction des parties cicatrisées, ou en suite de végétations, ou de l'ankylose des articulations qui étaient jadis le siége des altérations syphilitiques. La possibilité de l'existence de *plaques muqueuses* sur un point de la muqueuse du larynx est un fait qui entre désormais dans le domaine des vérités pathologiques.

Les altérations syphilitiques secondaires du larynx cèdent très-sûrement au traitement local au moyen des pulvérisations de deutochlorure de mercure suivies d'insufflations de protochlorure de mercure. Le traitement général concourt admirablement à raccourcir la durée de la maladie. Bien des fois le traitement local est suffisant pour amener la guérison.

Les altérations tertiaires ne se passent jamais d'un traitement général actif ; quant au traitement local, il doit être le même, s'il s'agit d'ulcérations; mais lorsqu'on a affaire à une chondrite ou périchondrite, il faut le remplacer par le badigeonnage aux préparations iodées. Les végétations et les ankyloses résultant de la guérison des processus syphilitiques du larynx ne cèdent presque jamais à l'action du traitement complexe le plus énergique, en faisant exception cependant, contre les végétations, pour le couteau et le galvano-cautère.

Lorsque la sténose est grave, le moindre accroissement de l'œdème collatéral ou dans l'épaisseur des parties limitantes, l'ouverture glottique, peut mener tout directement et rapidement à l'asphyxie. Cela arrive rarement dans le cas de phthisie, car le travail d'ulcération, qui continue sans cesse, suffit pour entretenir dans la majorité des cas une largeur suffisante de la rime glottique. Autrement l'asphyxie est un dénoûment assez fréquent dans les autres espèces de sténoses laryngiennes. Quand cela arrive, le *cathétérisme du larynx avec les tuyaux en caoutchouc vulcanisé de* Schrötter peut arracher momentanément la malade à la mort; mais ce serait une erreur de se fier à cette pratique dans le but d'en obtenir des effets durables sur le cours de la maladie. Il n'y a qu'un cas dans lequel le cathétérisme peut être suffisant pour éloigner définitivement le danger de la suffocation; quand elle est menacée par un œdème collatéral aigu. Dans toute autre circonstance il faut recourir avec confiance à la *trachéotomie.*

La trachéotomie est dans ces cas une opération qui vise à un triple effet :

1° Quoique entourée de périls dont une grande partie est due à l'inexpérience du chirurgien ou des aides, la trachéotomie éloigne le danger imminent de la suffocation.

2° En ouvrant un autre chemin au courant d'air qui va et vient pour entretenir la respiration, et en laissant en parfait repos le larynx tant comme organe vocal que comme organe de la respiration, la trachéotomie exerce une influence très-avantageuse sur les conditions pathologiques du larynx, qui s'améliorent constamment et durablement.

3° Il va sans dire que l'ouverture trachéale permet au chirurgien d'instituer à l'abri de tout danger le traitement le plus énergique de la lésion locale du larynx.

Les statistiques de ma clinique laryngoscopique et celles tirées de ma pratique privée parlent à l'appui de ces conclusions, qui sont aussi en plein accord avec les lois de la pathologie et de la clinique.

— M. le docteur *Brondgeest* (d'Utrecht) donne lecture d'un mémoire sur le *traitement des fièvres typhoïdes* et *autres maladies fébriles graves par les bains froids.* — Voici comment l'auteur formule ses conclusions :

1° La physiologie et la pathologie expérimentales nous sont très-utiles dans l'application de la méthode réfrigérante dans les maladies typhoïdes et fébriles à caractère continu.

2° Par cette méthode nous éliminons les effets pernicieux des températures excessives, sans augmenter considérablement la consomption fébrile.

3° Pour employer la méthode réfrigérante, il s'agit de bien se rendre compte des contre-indications, et en général de bien individualiser.

4° L'application de la méthode aux enfants se recommande surtout par sa facilité et ses bons résultats.

5° Il est de la plus haute importance de pouvoir appliquer la méthode dès le début de la maladie. On pourra obtenir par conséquent de meilleurs résultats dans la clientèle privée que dans les hôpitaux et dans les cliniques.

— M. le docteur *Zawerthal* fait une communication sur l'*asthme bronchial au point de vue histologique, pathogénique et clinique.* — Dans la dénomination d'asthme on confond très-souvent le vrai *asthme bronchial* avec une de ces maladies : 1° *angina pectoris ;* 2° obstruction incomplète du larynx; 3° paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs; 4° spasme du diaphragme; 5° paralysie du diaphragme.

L'asthme bronchial est dû à une contraction spasmodique (tonique) des muscles bronchiques. Cette contraction peut être le produit de causes bien diverses, lesquelles agissent toutes dans le même sens en tendant à accumuler l'acide carbonique dans les vésicules pulmonaires, de façon que dans l'état actuel de la science on est autorisé à admettre que l'asthme bronchial est une maladie qui a sa raison d'être dans un trouble chimique du sang. Les expériences physiologiques, le moment étiologique, la marche clinique, l'analogie avec les maladies infectieuses, l'action de certains agents thérapeutiques, sont autant de preuves à l'appui de la *théorie chimique* soutenue par l'auteur.

— M. le docteur *Cordes* (de Genève) fait une communication sur les *propriétés antinévralgiques du Gelseminum sempervirens.* — L'auteur a pris des notes sur 54 cas de

névralgies occupant diverses régions. Il a obtenu des résultats dans 49 cas; dans les autres le médicament n'a eu aucune action ou les malades ont été perdus de vue.

L'auteur pense que ce médicament est surtout utile dans les névralgies de la cinquième paire, mais son action est toujours passagère. Il est évident que, la névralgie étant le plus souvent un symptôme, le *Gelseminum* ne peut apporter une guérison définitive. La dose employée a varié de 8 à 20 gouttes de teinture de feuilles; elle peut être portée jusqu'à 60 gouttes par vingt-quatre heures selon les cas.

L'auteur ajoute qu'on peut employer le *Gelseminum* pendant la période menstruelle, ce médicament n'ayant aucun retentissement spécial sur l'utérus.

Section de chirurgie.

Président : M. Tilanus (d'Amsterdam); *présidents honoraires :* MM. les docteurs Hueter, Lister, Verneuil, Mazzoni; *secrétaires :* MM. Korteweg et Waler.

— M. le professeur *Hueter* (de Greifswald) fait une communication sur *les déviations du squelette* et sur le traitement de ces déviations au point de vue du développement physiologique du squelette. L'auteur formule de la façon suivante les conclusions de son important mémoire :

1° Le *pes valgus* acquis, ainsi que le *genu valgum* acquis, en tant qu'ils ne sont pas occasionnés par des inflammations ou des lésions traumatiques, appartiennent, pour la grande majorité des cas, aux maladies de développement du squelette.

2° Ces maladies ne présentent que des excès de ces métamorphoses physiologiques qui, dans le cours normal du développement, sont dues à l'influence des mouvements des articulations de l'extrémité inférieure, et particulièrement à celle de la marche.

3° Dans les cas susdits, ces déformations sont causées, soit par un chargement normal d'une charpente osseuse dont la résistance est anormale (forme rachitique), soit par un chargement anormalement grand d'un squelette normal (forme statique).

4° Le *pes varus* congénital peut être désigné comme maladie de développement du squelette, pour autant que, dans la grande majorité des cas, les troubles fonctionnels des muscles manquant au début, la formation des os tarsiens présente un excès de la forme normale fœtale.

5° Le plus grand nombre des cas de scoliose ordinaire, et particulièrement ceux qui ne résultent pas d'un raccourcissement d'une extrémité ou d'un procès cicatriciel (empyème pleurétique), doit être considéré comme la suite d'une maladie de développement du squelette du tronc.

6° Les cas ordinaires de scoliose sont occasionnés par un développement asymétrique des deux moitiés des vertèbres pectorales et par une croissance asymétrique des côtes, tant à droite qu'à gauche, et des diamètres du thorax. La scoliose ordinaire est donc une maladie de développement analogue à la croissance asymétrique du bassin (bassin obliquement rétréci) et de la croissance asymétrique du crâne (crâne scoliotique).

7° Puisque le *pes varus* congénital, le *pes valgus* acquis, le *genu valgum* acquis et la scoliose ordinaire résultent d'une formation primitive vicieuse et d'un développement anormal des os, l'indication thérapeutique, dans toutes ces maladies, est de contenir par une pression bien choisie ces parties des os qui croissent d'une manière anormal, et de stimuler, en diminuant la pression, la croissance de ces parties des os qui présentent un retard de croissance. C'est ainsi que le squelette pourra être redressé.

8° En appliquant ces principes de thérapeutique à la scoliose ordinaire, on peut compter sur une guérison certaine de tous les cas récents.

— M. le professeur *Tilanus* (d'Amsterdam), vice-président du congrès, fait une communication sur *le traitement radical des hernies.*—Après avoir rapporté un grand nombre d'observations puisées dans sa pratique et dans celle de ses confrères hollandais, M. Tilanus se résume dans deux conclusions très-importantes :

1° Le traitement radical des hernies par la méthode moderne : fermeture du collet, extirpation du sac herniaire et suture de la porte herniaire, a donné de bons résultats. Avec des précautions aseptiques rigoureuses, il est sans danger pour les malades, et, dans le plus grand nombre des cas, couronné de succès.

2° Toutefois, l'opération est seulement indiquée dans les cas de hernies qui ne peuvent être retenues par un bandage.

— M. le professeur *L. C. Van Goudoever* (de Leyde) fait une communicaton sur *les avantages opératoires que présente la lithotomie sus-pubienne.*— Après avoir exposé d'une façon très-méthodique les avantages et les inconvénients que présentent les divers procédés opératoires employés, l'auteur arrive à conclure que :

1° Chez les enfants, la lithotomie sus-pubienne doit être préférée à toute autre méthode opératoire.

2° Même chez les adultes, la lithotomie sus-pubienne est recommandable dans un assez grand nombre de cas.

3° L'application d'un cathéter à demeure doit être défendue après la lithotomie sus-pubienne.

4° La suture vésicale après la lithotomie sus-pubienne, préconisée par Latzbeck et autres, est très-recommandable lorsqu'elle est praticable, pourvu que la méthode antiseptique de Lister soit rigoureusement appliquée.

5° Les données de la statistique, qui semblent prouver que la lithotritie est préférable à la lithotomie, n'ont que peu de valeur.

A. Lutaud.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

De la prédisposition et de l'immunité pathologiques. Influence de la provenance ou de la race sur l'aptitude des animaux de l'espèce ovine a contracter le sang de rate. Note de M. *A. Chauveau.* — Tous les organismes ne se prêtent pas également bien à la culture féconde de la bactéridie charbonneuse et au développement de la maladie qui en résulte. On sait que certaines espèces jouissent, au plus haut degré, de cette propriété, et prennent à peu près infailliblement le charbon, quelles que soient les conditions de l'inoculation. D'autres espèces paraissent réfractaires, à moins que l'inoculation n'ait été faite dans des conditions spéciales, témoin l'expérience de MM. Pasteur et Joubert sur les poules refroidies. Enfin il est des espèces qui, dans toutes conditions, se prêtent plus ou moins difficilement à la prolifération du *Bacillus anthracis.*

L'auteur cherche à prouver que ces différences d'aptitudes à contracter le charbon n'existent pas seulement entre les différentes espèces, mais encore, dans la même espèce, entre animaux de diverses provenances ou de races différentes.

Déjà précédemment M. Chauveau avait remarqué que certains moutons résistent à l'inoculation du charbon alors que d'autres animaux (lapins ou béliers), inoculés comparativement, étaient infectés et mouraient rapidement du sang de rate.

Dans une série d'expériences plus récentes, l'auteur a constaté que tous les moutons importés d'Algérie, qui appartiennent à la race dite *barbarine* pure, ou croisée plus ou moins avec la race syrienne de moutons à grosse queue, sont absolument réfractaires à l'infection charbonneuse. Pendant que ces animaux algériens résistaient, sans aucune exception, aux inoculations charbonneuses réitérées, les lapins et les moutons indigènes qui servaient de sujets de comparaison succombaient tous après la première inoculation.

Cette immunité doit-elle être considérée comme un caractère accidentel, propre à quelques individus, ou comme un caractère général appartenant à l'ensemble des moutons d'Algérie amenés en France? Les faits, par leur unanimité, plaident en faveur de cette dernière opinion. On sera, du reste, très-vite fixé sur ce point, puisqu'il suffira, pour s'éclairer, de multiplier les inoculations sur un grand nombre de sujets.

Il faudra rechercher si l'immunité est un caractère congénial appartenant à la race ou le résultat d'une influence de milieu (?) ; en d'autres termes, si elle est l'apanage de tous les moutons algériens, ou si elle a été acquise par quelques-uns seulement d'entre eux. Il sera très-intéressant de résoudre cette question et surtout de montrer, si l'immunité est acquise, dans quelles conditions elle pourra être réalisée expérimentalement.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. *Fauvel* présente, au nom de M. le maire du Havre et du directeur du bureau d'hygiène de cette ville, une série de documents ayant trait à l'organisation et au fonctionnement de ce bureau. Il demande le renvoi de ces documents à l'ancienne commission de statistique, et l'envoi d'une lettre de remercîments et de félicitations à M. le maire du Havre et à ses honorables collaborateurs. (*Adopté.*)

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Tholozan*, une brochure intitulée : *Les trois dernières épidémies de peste du Caucase ;* chronologie, géographie, prophylaxie.

Présentation d'instruments. — M. *Tarnier* présente, au nom de M. le docteur *Delore* (de Lyon), un appareil instrumental que l'auteur désigne sous le nom de *boîte gynécologique*, et qui, suivant M. Tarnier, mériterait beaucoup mieux celui de *seringue gynécologique*. Cet appareil consiste, en effet, en une simple seringue destinée à pratiquer des injections d'ergotine. Elle est munie à sa partie supérieure de deux ailettes servant de points d'appui pour deux doigts de l'opérateur qui soutiennent l'instrument, tandis qu'un autre doigt pousse le piston. L'injection peut ainsi être pratiquée à l'aide d'une seule main. L'instrument est muni en outre de trois canules, dont l'une sert aux injections hypodermiques, une autre aux injections interstitielles dans le tissu utérin, en cas de fibrome de ce tissu; une troisième, enfin, pour les injections intra-utérines d'ergotine.

Des hémorrhagies dans la coqueluche. — M. *Henri Roger* donne lecture d'un travail intitulé : *Études cliniques sur les hémorrhagies dans la coqueluche, et sur l'hémoptysie et la pseudo-hémoptysie.*

Après avoir expliqué la physiologie pathologique des *hémorrhagies dans la coqueluche*, M. Henri Roger en expose les différentes espèces, en insistant principalement sur les points pratiques. Il traite successivement de l'*épitaxis*, qui est produite d'une façon directe par les secousses convulsives de la toux, et qui ne devient que rarement dangereuse par son abondance et sa répétition, alors qu'elle se lie à une altération du sang; des *ecchymoses sous-conjonctivales* ou *palpébrales*, également dépendantes des quintes, et qui sont un bon signe de la pyrexie et servent parfois à différencier la toux coqueluchéale de la toux de la bronchite commune ; de l'*otorrhagie*, du *purpura*, de certaines *hémorrhagies viscérales.*

L'hémoptysie est ensuite étudiée, ainsi que l'hématémèse, avec détails, et M. Roger démontre par de nombreuses observations que ces hémorrhagies sont tout à fait exceptionnelles chez les enfants ; dans la presque totalité des cas, il y a, chez les coqueluchеux, *pseudo-hémoptysie*, le sang, qui paraît hémoptoïque, étant fourni par les fosses nasales ou le pharynx, par la bouche ou les gencives, et, pour ainsi dire, jamais par les organes pulmonaires.

Après l'épistaxis, la plus commune des *hémorrhagies* est celle qui s'opère par la *bouche*. Dans cette région, la congestion est excessive au moment des quintes ; les gencives en deviennent gonflées, fongueuses et saignantes ; la langue, violemment projetée hors de la cavité buccale pendant les accès de toux, s'érode par le frottement de sa face inférieure contre les aspérités des dents, ainsi qu'en témoignent les fréquents ulcères du frein ; parfois même elle est mordue. Les lèvres sont sèches, et le petit malade en arrache souvent l'épiderme ; or, toute érosion ou ulcération, quelque petite qu'elle soit, va verser du sang par le fait de la quinte.

Le point de départ des *hémorrhagies buccales* est tantôt dans les *gencives* et tantôt dans une solution de continuité de la *muqueuse* de la bouche ou de la *langue ;* le sang peut venir aussi du *pharynx* et surtout des *fosses nasales*, et, dans ce dernier cas, l'hémorrhagie buccale est accompagnée et primée par l'épistaxis. Quelquefois le sang rejeté par la bouche a une origine complexe ; il provient à la fois de la muqueuse nasale et de la cavité buccale.

C'est seulement à la fin de la quinte que l'enfant rejette une *mousse sanguinolente* en raison du mélange intime du sang avec les *mucosités bronchiques battues et aérées* dans les secousses de toux. C'est un accident bien peu sérieux que cette expuition sanglante, et cependant il est peu de symptômes qui effrayent davantage les parents et même le médecin ; la cause en est que l'on prend ce *ptyalisme* sanglant pour une *hémoptysie*.

M. Roger a plus d'une fois rectifié à cet égard des jugements erronés et calmé des inquiétudes d'autant plus légitimes que les enfants, atteints de coqueluche prolongée, pouvaient être soupçonnés de tuberculose. Il y avait pourtant là double erreur de fait, puisqu'*il ne s'agissait pas d'une hémoptysie véritable*, et que l'examen de la bouche aurait suffi à indiquer la source qui avait fourni le sang ; erreur d'interprétation, puisque l'hémorrhagie pulmonaire d'origine tuberculeuse est excessivement rare dans l'enfance, et qu'ainsi l'hémoptysie eût-elle été réelle, il n'était nullement rationnel de conclure de celle-ci à l'existence de la tuberculisation pulmonaire. M. Roger a établi que c'est seulement après la dixième année que les jeunes sujets sont passibles du crachement de sang ; et encore cet accident, qui marque presque toujours les commencements de la phthisie des adultes, est-il exceptionnel. Quant à la *première enfance* que la tuberculose moissonne impitoyablement, on peut dire qu'elle est *exempte de l'hémoptysie*, l'hémorrhagie pulmonaire n'étant jamais, à cet âge, le symptôme initial de la phthisie.

M. Roger ne croit pas impossible l'*hémoptysie vraie*, mais il affirme qu'elle est peu fréquente, et sur ce point il diffère tout à fait d'avis avec Trousseau, qui la disait *assez commune*.

De même qu'il y a dans la coqueluche des *pseudo-hémoptysies*, il y a aussi des *pseudo-hématémèses :* lorsqu'un coqueluchеux semble *vomir du sang*, il faut examiner avec soin les fosses nasales, et l'on s'assure aisément que ce *sang provient toujours d'une épistaxis;* il a coulé par les arrière-narines, et souvent insensiblement dans la cavité stomacale où il peut s'accumuler en assez grande quantité ; s'il est expulsé presque tout de suite par l'estomac impatient, l'écoulement par les ouvertures antérieures ou postérieures des narines est encore visible ; s'il est évacué tardivement, alors qu'a cessé l'épistaxis, quelques gouttes ou des caillots dans le nez peuvent en signaler la provenance.

Ici encore il faut se rappeler que l'*hématémèse* est, comme l'hémoptysie, un phénomène tout à fait exceptionnel dans le jeune âge, et qu'on ne la rencontre guère que dans de très-rares cas de *purpura hemorrhagica*. Si, dans une maladie quelconque, et à plus forte raison dans la coqueluche, une mère effrayée montre au médecin un vase rempli de sang rejeté par la bouche, il peut, éclairé par les lois de la pathologie infantile, la rassurer et se rassurer lui-même, car il ne s'agit presque certainement ni d'un *vomissement*, ni d'un *crachement de sang*, mais d'une épistaxis dont le produit a pénétré dans l'estomac et en est ensuite chassé par la toux.

Voilà donc, *en résumé*, deux sortes d'hémorrhagies, l'*hématémèse* et l'*hémoptysie*, que le clinicien doit rayer de la liste des complications de la coqueluche ; un diagnostic plus juste vient réformer un pronostic erroné, et, grâce à une appréciation plus saine des faits, des apparences redoutables se changent en une bénigne réalité.

La communication si intéressante et si magistrale de M. Henri Roger est accueillie par de nombreux applaudissements.

Remèdes secrets. — M. *Riche*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Commission des prix pour 1879. — Ont été nommés :

Prix de l'Académie : MM. Alphonse Guérin, Gosselin, Perrin, Panas et Verneuil.

Prix Civrieux : MM. Briquet, Charcot, G. Sée, Pidoux et Hervieux.

Prix Capuron : MM. Barthez, Blot, Depaul, Devilliers et Tarnier.

Prix Barbier : MM. Bourdon, Hardy, Hérard, Gueneau de Mussy (Noël) et Parrot.

Prix Godard : MM. Cloquet, Larrey, Ricord, Richet et Guyon.

Prix Desportes : MM. Marrotte, Moutard-Martin, H. Gueneau de Mussy, Hillairet et Oulmont.

Prix Buignet : MM. Bussy, Gavarret, Wurtz, Bouis et Bourgoin.

Prix Amussat : MM. Legouest, Rochard, Léon Le Fort, Trélat et Duplay.

Prix Itard : MM. Bouillaud, Roger, Woillez, Raynaud et Peter.

Prix Rufz de Lavison : MM. Broca, Jaccoud, Lagneau, Magne et Colin.

Prix Alfaro : MM. Baillarger, Bergeron, Blanche, Devergie et Peisse.

REVUE DES JOURNAUX

Rupture de l'utérus en dehors de la grossesse, par M. le docteur R. Sabin.

La rupture de l'utérus en dehors d'une cause traumatique et de la grossesse est un fait exceptionnellement rare, et c'est seulement avec certaines réserves que l'on acceptera le cas suivant, ou tout au moins l'explication donnée par le docteur Sabin, d'autant plus que l'observation n'est pas des plus détaillées ; cependant nous devons rappeler que Larcher a publié un fait de rupture de l'utérus causée par un polype fibreux. Cet auteur a attribué la rupture à l'effort des contractions utérines causées par la présence du polype, tandis que le col restait fermé. Cette hypothèse est certainement préférable à celle que le docteur Sabin propose, à savoir la rupture par les gaz développés au-dessus du tampon.

Il s'agit d'une femme, Mme R., âgée de quarante-six ans, mère de huit enfants, dont le plus jeune avait quatre ans ; elle vint consulter le docteur Sabin, le 26 août, se plaignant de nausées et de vomissements ; il n'y avait pas de douleurs ; elle demandait si elle n'était pas enceinte, bien qu'elle n'éprouvât pas de symptômes de grossesse ; elle avait été bien réglée jusqu'aux derniers trois mois, elle n'éprouvait aucun désordre utérin et n'avait pas de leucorrhée. On lui prescrivit du saccharure de pepsine. Elle revint le 28 août, disant qu'elle n'était pas mieux, et le 30 août elle fit la même observation. Le docteur Sabin alla chez elle, proposa un examen, pensant que les vomissements étaient symptomatiques d'une irritation de l'utérus, mais il ne fut pas rappelé par la malade avant le 4 octobre. Ce jour-là, à cinq heures du matin, le mari de cette femme vint prier le docteur Sabin de venir en toute hâte, parce qu'elle avait une perte abondante. En arrivant auprès de la malade, le docteur Sabin la trouva dans un état syncopal ; on ne sentait presque plus de pulsations. Il administra de l'extrait d'ergot, enleva les caillots qu'il examina avec soin, sans trouver de fœtus ni de placenta. Un tampon d'ouate saturé de tannin fut porté sur le col ; l'hémorrhagie sembla d'abord arrêtée. La malade ne souffrait pas, mais elle était très-faible ; on lui fit prendre de l'eau-de-vie. Trois heures plus tard, le docteur Sabin fut rappelé en compagnie d'un confrère ; l'hémorrhagie s'était renouvelée ; ils enlevèrent les caillots et appliquèrent un tampon d'ouate avec du tannin, puis tamponnèrent le vagin avec de la mousseline. L'hémorrhagie cessa et l'on continua l'ergot et l'eau-de-vie. Pendant la journée, la malade se releva un peu, mais elle était encore dans la prostration et vomissait lorsqu'elle prenait quelque aliment. Le surlendemain, samedi 5, il n'y avait aucun changement ; elle avait uriné, et l'hémorrhagie ne s'était pas renouvelée.

Le dimanche, le docteur Sabin, rappelé à cinq heures du matin, trouva la malade se plaignant d'une vive douleur à l'hypogastre ; il fit une injection de morphine, enleva le tampon et fit le cathétérisme de la vessie. L'état de la malade devint rapidement désespéré ; elle succomba à trois heures de l'après-midi.

L'autopsie fut faite vingt-cinq heures après la mort. Le corps était bien conservé, la peau très-pâle ; l'épiderme cédait sous une légère pression du doigt ; l'abdomen était distendu par du gaz ; l'utérus présentait le volume d'un utérus au quatrième mois de la grossesse ; il y avait une rupture vers le fond s'étendant de droite à gauche et s'ouvrant dans la cavité péritonéale. Il n'y avait pas de sang dans la cavité péritonéale et très-peu de pus. Tous les autres organes étaient normaux.

Le médecin qui avait été appelé en consultation donna les renseignements suivants : Mme R... était venue le consulter au commencement de septembre, elle se plaignait de nausées et de vomissements ; il diagnostiqua une gastrite chronique et la vit plusieurs fois. « Un jour il la trouva atteinte de douleurs du bas-ventre, ressemblant aux douleurs de l'accouchement ; procédant à un examen, il trouva un polype faisant saillie en dehors de la vulve ; cette tumeur avait le volume d'une petite figue, attenante à l'utérus. Il prit une sonde pour l'examiner, et en la passant autour du pédicule, le polype céda et tomba. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, et aucun autre traitement ne fut pratiqué. La malade put reprendre ses occupations ménagères jusqu'au 4 octobre, où se produisit l'hémorrhagie. »

Il faut maintenant, dit le docteur Sabin, résoudre cette question, à savoir : quelle est la cause de la rupture et quand celle-ci a-t-elle eu lieu ? L'auteur pense que l'utérus a été rompu par le gaz qui s'est formé dans sa cavité après que le tampon a été introduit, et que cette rupture s'est faite la nuit du samedi vers minuit ; lorsque la vive douleur s'est manifestée, en effet, lors de la visite faite à cinq heures du matin, elle se plaignait d'avoir éprouvé la sensation d'une sorte de rupture à la partie inférieure de l'abdomen.

Quelle était alors la cause de l'hémorrhagie ? L'auteur pense que le polype, en se détachant, avait entraîné la muqueuse utérine, laissant la paroi amincie, et probablement

une artère isolée, de sorte que l'inflammation de la paroi musculaire ulcéra l'artère, d'où l'hémorrhagie mortelle. (*New York medical journal*, août 1879.)

Le sang défibriné pour l'alimentation par le rectum, par M. le docteur Andrew Smith.

Dans la réunion de la Société de thérapeutique de New-York tenue le 14 février 1879, le docteur Andrew H. Smith a donné lecture, au nom du « Committee on Restoratives », d'un rapport fort intéressant sur l'emploi du sang défibriné dans l'alimentation par le rectum. Cette étude est basée sur 63 cas, parmi lesquels il y avait 38 malades atteints de phthisie pulmonaire à la dernière période ; plusieurs même sont morts quelques jours après le début du traitement. 8 malades ne purent tolérer les injections à cause de l'irritabilité du rectum ou de la production de coliques persistantes, même avec une dose réduite à 2 onces et avec addition d'opium. Il reste 30 cas dans lesquels le traitement a été suivi pendant un temps notable. Or, chez quelques malades, il ne s'est produit aucun effet attribuable aux injections; quelques-uns étaient en voie d'amélioration quand le traitement a commencé et l'amélioration a continué; enfin d'autres étaient dans la période ultime et n'ont pas paru être influencés par le traitement; au reste, aucun inconvénient n'a pu être attribué aux lavements. En somme, il y a 20 cas dans lesquels le bénéfice du traitement a été très-positif et s'est manifesté par l'augmentation notable de poids, le relèvement des forces, la réapparition de l'appétit, la diminution de la toux et la cessation des sueurs. De tous ces faits, le comité a déduit les conclusions suivantes : Le sang défibriné convient admirablement à l'alimentation par le rectum. A la dose de 2 à 6 onces, il est ordinairement conservé sans aucun inconvénient, et il est souvent si complètement absorbé, que l'on en trouve à peine des traces dans les déjections. Administré en lavement une ou deux fois par jour, il produit dans un tiers des cas, pour les premiers jours, plus ou moins de la constipation; celle-ci persiste dans un petit nombre de cas, et même peut augmenter par la continuation de l'usage des lavements. Il n'y a que rarement de l'irritabilité des intestins produite par ce traitement. Le sang défibriné vient ainsi en aide à l'estomac lorsque celui-ci est incapable de nourrir complètement l'organisme. L'usage est indiqué dans tous les cas où le gros intestin n'est pas atteint et où les moyens ordinaires d'alimentation tonique ne peuvent suffire ; il peut dans certains cas donner à la nutrition une impulsion qui est rarement obtenue par d'autres moyens ; enfin les lavements de sang défibriné ne présentent aucun danger. (*New-York medical journal*, avril 1879, et *The Dublin journal*, août 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Du rhumatisme. Nouvelle théorie fondée sur la physiologie, l'anatomie pathologique et l'observation, par le docteur Vovard (de Bordeaux). 1 vol. in-8. — Paris, 1879. Octave Doin.

Quand on a parcouru ce volume, on regrette le sous-titre de la couverture : *Nouvelle théorie*. On s'en étonne même un peu : d'abord, parce qu'on n'aperçoit rien nulle part qui mérite, à proprement parler, le titre de théorie nouvelle, et ensuite parce que rien n'est plus opposé à l'esprit théorique que cet « aperçu philosophique » par lequel s'ouvre l'ouvrage lui-même. C'est, au point de vue de la méthode, de l'hippocratisme pur; si bien que cet aperçu se termine par une citation d'Hippocrate, de nature à indisposer le lecteur contre la nouveauté annoncée au titre : « Tout homme qui rejette les règles approuvées et qui, prenant un chemin nouveau, se vante d'avoir découvert quelque chose dans l'art, se trompe lui-même et trompe les autres. » En réalité, l'auteur se borne à chercher dans les dérangements des sécrétions et des excrétions (principalement de la peau et des reins), dans les mouvements fluxionnaires et dans les sympathies des tissus similaires, l'interprétation des phénomènes morbides qui constituent l'affection rhumatismale. Il étudie ces phénomènes au point de vue de leurs manifestations externes, de leur physiologie pathologique, et arrive à conclure qu'il n'y a pas de *principe morbide* particulier au rhumatisme, de *principe rhumatismal;* que « le rhumatisme, la pleurésie et toutes les autres affections fluxionnaires, catarrhales, sont de même nature, et que, si la symptomatologie ne se ressemble pas, cela tient à ce que les organes affectés diffèrent. » On voit que l'auteur, s'il donne la main à Hippocrate, ne la retire pas à l'école physiologiste.

Science et matérialisme, par le docteur Ch. Letourneau. 1 vol. in-12. — Paris, 1879. C. Reinwald.

Que le lecteur placide de la *Gazette hebdomadaire*, avide seulement d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de thérapeutique, et abonné uniquement pour cela au journal, ne s'effarouche pas du titre qu'il vient de lire. Nous n'allons pas le lancer dans ces terribles questions qui n'allument plus de bûchers, il est vrai, mais qui suscitent encore bien des colères et des anathèmes. Non, ce terrain-là, qui est à la circonférence de tout le cercle scientifique, nous n'y conduisons pas volontiers ceux qui ont bien voulu venir sur notre petit domaine pour y étudier avec nous la médecine. Mais il nous sera permis de signaler à ceux de nos confrères qui aiment à pénétrer au fond des choses ou à s'élever au-dessus un recueil qui se recommande par le talent et par une bonne foi courageuse dont les exemples ne sont pas communs. Ce recueil n'est pas l'exposé didactique d'une doctrine; c'est la réunion en un volume d'une trentaine d'articles insérés dans diverses publications périodiques, et dont un, qui a pour titre Civilisation, sera reconnu par les lecteurs du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. A quelque philosophie qu'on appartienne, on aimera à passer en revue, dans une lecture attachante, les mille faces de l'interminable dispute de la matière et de l'esprit. Le livre est d'ailleurs d'un médecin très-instruit, et ce sont souvent des faits physiologiques ou pathologiques, comme les *fonctions du cerveau*, l'*apoplexie*, la *variabilité des espèces*, qu'il prend pour texte ou pour arguments dans ses disquisitions variées. L'ethnologie, comme on pense bien, y joue un grand rôle, et c'est justice, car elle seule peut-être est en mesure de répandre sur ce sujet une lumière qui n'ait pas été aperçue par les psychologues de profession. En un mot, le recueil de M. Letourneau instruira tout le monde, sans blesser personne, nous voulons dire aucun de ceux qui cherchent sincèrement la vérité.

De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf, par le docteur Louis Roulin. — Thèse de Paris, 1878.

On a beaucoup étudié pendant ces derniers temps l'importance de la rupture prématurée des membranes, au point de vue clinique et médico-légal, et les auteurs ne sont pas encore d'accord sur plusieurs points importants. L'excellente thèse de M. le docteur Roulin, sans trancher les questions en litige, nous paraît apporter un nouvel élément de discussion.

Après avoir recueilli un grand nombre d'observations à la clinique d'accouchements, l'auteur est arrivé à conclure : que la fréquence de la rupture prématurée des membranes est d'autant plus grande qu'on s'approche davantage du terme; que cet accident, pourtant, peut se rencontrer dans les premiers mois de la grossesse; que les femmes peuvent aller jusqu'à leur terme sans accoucher, bien qu'elles eussent perdu les eaux de bonne heure; c'est là un fait exceptionnel : il est plus fréquent de les voir rester de zéro heure à un, à quinze, vingt jours, un mois avant d'accoucher; que dans un certain nombre de cas la rupture prématurée provoque l'avortement et est un danger qu'il faut toujours redouter; que la moyenne du temps écoulé est de zéro heure à huit jours; que la rupture prématurée n'offre de danger pour la mère et pour l'enfant que dans les présentations anormales, ou dans les vices de conformation, ou bien quand la femme est loin du terme, parce qu'elle provoquera probablement une fausse couche; que la procidence des membres et du cordon est le seul accident à redouter en dehors des vices de conformation et des présentations anormales pour l'enfant; que l'hémorrhagie et

douleurs anormales seraient plus fréquentes dans ce cas; que les affections puerpérales ne sont pas plus fréquentes; que le travail est abrégé dans le cas de rupture prématurée. Quant au traitement, il ne réclame que le repos au lit et l'expectation.

Telles sont les conclusions de l'auteur; elles nous paraissent appuyées sur un assez grand nombre de faits pour être prises en considération par les obstétriciens.

Étude sur quelques manifestations articulaires de la phlegmatia alba dolens, par le docteur Cosnard. — In-8. Paris, 1878.

Parmi les manifestations articulaires qui accompagnent la phlegmatia alba dolens, l'hydarthrose doit être considérée comme très-fréquente. L'épanchement séreux se produit de préférence, sinon exclusivement, dans l'articulation la plus rapprochée de la thrombose veineuse. Son début est toujours rapide, sa marche variable; sa terminaison peut être la disparition rapide du liquide intra-articulaire ou au contraire sa persistance pendant un temps indéterminé.

Le diagnostic de l'hydarthrose est le plus souvent très-facile. On a pu croire cependant, dans quelques circonstances, à une arthrite au début jusqu'au jour où l'apparition de cordons veineux est venue donner l'explication des phénomènes.

L'hydarthrose peut reconnaître pour cause dans la phlegmatia l'influence d'un état général débilité, l'oblitération des veinules péri-articulaires et les lésions anciennes de l'article envahi.

Le pronostic de l'affection est sans gravité, sauf peut-être dans la phlegmatia puerpérale où les épanchements purulents articulaires paraissent siéger de préférence dans les articulations voisines de la phlegmatia.

Telles sont en résumé les appréciations de l'auteur sur cette complication de la phlegmatia alba dolens. Nous pensons que M. Cosnard a eu une excellente idée en abordant dans sa thèse inaugurale un sujet encore peu connu et qui avait à peine été indiqué par les auteurs classiques.

VARIÉTÉS

Hospice de la Salpêtrière. — Par arrêté du ministre de l'intérieur et des cultes, en date du 12 septembre 1879, MM. les docteurs Voisin et Bournoville ont été nommés médecins du service des quartiers d'aliénés à l'hospice de Bicêtre, en remplacement de M. le docteur Berthier, décédé, et de M. le docteur Legrand du Saulle, transféré à l'hospice de la Salpêtrière.

Sages-femmes. — Par arrêté ministériel en date du 12 août 1879, les aspirantes au titre d'élève sage-femme de première classe subissent un examen préparatoire portant sur les matières ci-après : 1° la lecture; 2° l'orthographe (cette épreuve consiste en une dictée de vingt lignes de texte; le maximum des fautes est fixé à cinq); 3° deux problèmes sur les quatre opérations fondamentales de l'arithmétique et portant spécialement sur les questions usuelles; 4° notions élémentaires sur le système métrique.

Le jury de cet examen, qui est constitué par le recteur, est composé : à Paris, du secrétaire de la Faculté de médecine, d'un inspecteur de l'enseignement primaire et d'une inspectrice des écoles; dans les départements, du secrétaire de la Faculté, d'un inspecteur primaire et de la directrice de l'Ecole normale primaire, ou d'une institutrice déléguée à cet effet.

Les dispositions ci-dessus sont applicables aux aspirants et aspirantes au titre d'herboriste de première classe.

L'examen d'admission au titre d'herboriste de première classe comprend, indépendamment de la détermination des plantes usuelles, quelques notions élémentaires concernant le caractère de ces plantes

Les dispositions de cet arrêté sont exécutoires à dater du 1er octobre 1879.

Concours. — Une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires ou dans les bibliothèques des Facultés des départements, s'ouvrira à Paris, le 27 octobre prochain, à la bibliothèque de l'Arsenal. Les registres d'inscriptinn des candidats sont ouverts au secrétariat des diverses académies: Ils seront irrévocablement fermés le 10 octobre, à quatre heures

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Charles Garcin, médecin des hôpitaux de Marseille, décédé le 10 septembre dernier, à l'âge de trente-quatre ans, et celle de M. le docteur Henri van Holsbeck (de Bruxelles).

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 4 au 11 septembre 1879, on a constaté 968 décès, savoir:

Fièvre typhoïde, 34. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 1. Variole, 16. — Croup, 13. — Angine couenneuse, 13. — Bronchite, 30. — Pneumonie, 44. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 81. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 7. — Erysipèle, 2. — Autres affections aiguës, 230. — Affections chroniques, 409 (dont 156 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 47. — Causes accidentelles, 28.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence)

Paris, 25 septembre 1879.

L'ANESTHÉSIE PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE SOUS TENSION. MÉTHODE DE M. PAUL BERT.

Nous avons déjà, dans un premier article (4 avril 1879), appelé l'attention de nos lecteurs sur la nouvelle méthode anesthésique préconisée par M. Paul Bert. Il s'agissait, comme on le sait, du protoxyde d'azote, employé depuis longtemps dans la chirurgie dentaire, et qui n'avait pu encore être appliqué à la chirurgie générale à cause de la courte durée de son action.

Les deux premières applications chirurgicales de la nouvelle méthode dues à MM. Labbé et Péan ont été rapportées avec assez de détails pour qu'il soit inutile d'y revenir. Ces deux observations, quoique très-concluantes, ne permettaient pas néanmoins de se prononcer d'une façon définitive sur la valeur de la méthode. Nous avons donc suivi avec le plus grand intérêt les expériences qui ont été continuées depuis le mois de mars dernier dans l'établissement de M. le docteur Fontaine. Ainsi qu'on en jugera par le tableau que nous reproduisons plus loin les opérations pratiquées par M. Péan ont été assez importantes et assez variées pour démontrer que la méthode est applicable à toutes les branches de la chirurgie opératoire. Elles nous semblent également avoir démontré que le protoxyde d'azote mélangé d'oxygène et employé sous tension présente même une plus grande innocuité que lorsqu'il est employé pur.

Le tableau ci-contre contient un exposé sommaire des opérations pratiquées à l'aide du nouveau procédé anesthésique, depuis le 27 mars, dans l'établissement de M. le docteur Fontaine.

On remarquera que ce tableau comprend trois ablations du sein, quatre opérations sur les os, six extirpations de tumeurs diverses, une résection du nerf sous-orbitaire et deux réductions de luxation de l'épaule datant de trois et quatre jours. La durée de l'anesthésie a varié de quatre à vingt-six minutes. L'anesthésie complète a été obtenue sans traverser aucune période d'excitation, et au bout d'un temps qui oscillait entre quinze secondes et deux minutes. Le retour à la sensibilité avait lieu habituellement après une demi-minute ou une minute; dans quelques cas très-rares, un certain degré d'analgésie persistait encore pendant les deux ou trois minutes qui suivent l'inhalation.

Les expériences de M. Paul Bert ont permis de constater que le pouls et la respiration s'accélèrent au début de l'anesthésie par le protoxyde d'azote sous tension; ce phénomène, qui avait déjà été signalé par Herrmann et plusieurs observateurs, n'a aucune importance pratique, car il disparaît aussitôt que l'anesthésie est complète.

Contrairement à ce qui a lieu avec le chloroforme ou l'éther, le protoxyde d'azote sous tension ne donne lieu ni à des vomissements, ni à aucun malaise consécutif. Dans la grande majorité des cas, les malades sortent eux-mêmes de la cloche sans se plaindre et sans qu'il soit nécessaire de les transporter sur un brancard. Cette absence de vomissements nous paraît être l'un des grands avantages de l'anesthésie protoazotée; car on sait que le succès d'un certain nombre d'opérations pratiquées sur l'abdomen ou sur les yeux est souvent compromis par les vomissements, parfois incoërcibles, que l'on observe après l'administration du chloroforme.

DATE de L'OPÉRATION.	SEXE ET AGE des MALADES.	NATURE de L'OPÉRATION.	DURÉE de L'ANESTHÉSIE.	TEMPS pour L'OBTENIR
27 mars.	Femme, 46 ans.	Ablation d'une tumeur du sein.	12 minutes.	1 minute.
10 août.	Homme, 47 ans.	Résection d'une portion du nerf sous-orbitaire, — Souffrances atroces.	12 minutes.	2 minutes.
4 avril.	Femme, 58 ans.	Ablation d'une tumeur cancéreuse à l'aisselle. Récidive. Adhérences.	26 minutes.	1 minute et 30 second.
2 mai.	Femme, 44 ans.	Ablation d'une tumeur récidivée du sein.	6 minutes.	1 minute.
8 mai.	Garçon, 14 ans.	Ablation de deux tumeurs papillaires du talon.	6 minutes.	15 secondes.
15 mai.	Homme, 35 ans, très-robuste.	»	5 minutes.	30 secondes.
22 mai.	Femme, 50 ans.	Ablation d'une tumeur du sein gauche.	12 minutes.	2 minutes.
29 mai.	Fille, 12 ans, nerveuse.	Évidement d'une portion du tibia.	17 minutes.	30 secondes.
12 juin.	Homme, 46 ans, alcoolique.	Réduction d'une luxation de l'épaule droite.	9 minutes.	Un peu moins de 1 minute.
19 juin. (13e opér.)	Homme, 22 ans,	Extraction de séquestres du fémur droit.	17 minutes.	2 minutes.
19 juin.	Homme, 25 ans.	Résection du premier métatarsien.	»	»
26 juin.	Femme, 40 ans.	Dissection d'une tumeur solide du cuir chevelu.	5 minutes.	»
3 juillet	Garçon, 13 ans, amputé de la cuisse gauche.	Résection de l'extrémité de l'os amputé, faisant saillie à travers la peau.	4 minutes.	15 secondes.
10 juillet.	Homme, 40 ans.	Tumeur de la région pariétale droite.	3 minutes et 30 second.	15 secondes.
17 juillet.	Femme, 20 ans, hystérique.	Tumeur de la vulve.	4 minutes et 10 second.	1 minute et 30 second.
17 juillet.	Femme, 45 ans, hystérique.	Tumeur de la vulve.	5 minutes.	50 secondes.

On a souvent observé, pendant les premières anesthésies pratiquées selon la nouvelle méthode, l'apparition de contractures dans les membres. Cette complication, qui semblait assez grave, avait d'abord inquiété les opérateurs; mais

M. Paul Bert a reconnu qu'elle tenait à ce que le protoxyde d'azote n'était pas sous une tension suffisante. Il suffit, en effet, pour calmer ces contractures ou les faire disparaître, de faire monter la pression dans la chambre de 2 ou 3 centimètres, ce qui peut être obtenu avec une grande facilité.

La surpression a oscillé entre 15 et 22 centimètres. Dans quelques cas très-rares, il a fallu aller jusqu'à 26 centimètres pour obtenir l'insensibilité et la résolution. Cette facilité avec laquelle on augmente la pression, et par suite l'insensibilité, constitue un des grands avantages de la méthode.

Jusqu'à présent, les expériences ont eu lieu dans des cloches fixes, et il était nécessaire de transporter les malades dans l'établissement de M. le docteur Fontaine pour y être opérés. De plus, les cloches, très-exiguës, ne permettaient pas aux chirurgiens d'avoir un grand nombre d'aides. Tous ces inconvénients ont aujourd'hui disparu, depuis que M. Fontaine a fait construire une cloche portative et beaucoup plus spacieuse que celles qui avaient été employées jusqu'à ce jour dans un but thérapeutique.

L'appareil du docteur Fontaine pour l'anesthésie proto-azotique par la méthode Paul Bert se compose :

1° D'une grande cloche mobile d'une capacité de 30 mètres cubes, plus que suffisante pour contenir le personnel exigé pour toute espèce d'opérations. Dix hublots très-larges, pratiqués dans les parois latérales et à la paroi supérieure de la cloche, donnent un éclairage suffisant. Un robinet, placé au sommet, permet de pratiquer une ventilation suffisante pendant toute la durée de l'opération. En somme, cette cloche ne diffère des chambres pneumatiques ordinaires que par ses dimensions plus considérables.

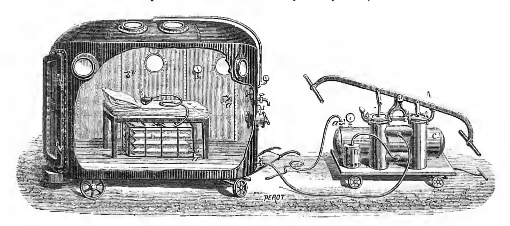
2° D'une pompe à vis à deux corps, mue à bras d'hommes et pouvant en quelques minutes établir dans la cloche la pression voulue, soit 20 ou 25 centimètres de mercure.

3° D'un réservoir de 350 litres, contenant le mélange gazeux comprimé à 2 ou plusieurs atmosphères, d'où on le fait arriver, au fur et à mesure des besoins de l'anesthésie, dans le sac à respiration placé près du lit d'opération.

Cet appareil, certainement trop compliqué pour la pratique privée, peut facilement être employé dans les établissements hospitaliers. La cloche est munie de roues, ce qui en permet facilement le transport d'un hôpital à un autre.

On peut donc dire aujourd'hui que, grâce à la belle découverte de M. Paul Bert, le protoxyde d'azote est entré dans le domaine de la grande chirurgie. Cet agent est, en effet, supérieur au chloroforme et à l'éther : 1° par l'absence de toute période d'excitation au début de l'anesthésie ; 2° par la tranquillité qu'il donne au chirurgien, assuré que le dosage de l'agent anesthésique ne peut changer pendant le cours de l'opération ; 3° par le retour instantané, même après une longue anesthésie, à la sensibilité complète ; 4° par l'absence de vomissements consécutifs ; 5° enfin, et c'est là le point le plus essentiel, par sa complète innocuité.

A. Lutaud.



Appareil du docteur Fontaine pour l'anesthésie proto-azotique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Contribution a l'étude du cancer du larynx, par le docteur Krishaber.

(Fin. — Voyez les numéros 33, 34, 35, 36 et 38.)

L'ablation par les voies artificielles était la seule voie par laquelle on pût pénétrer dans la cavité du larynx avant l'invention du laryngoscope. Desault eut la première idée de cette opération, mais il ne la pratiqua pas (Desault, *Œuvres chirurgicales* publiées par Bichat. Paris, 1798, 11e partie, p. 251). On attribue à Brauërs (de Louvain) le premier cas de laryngotomie. Cependant ce fait, cité en maints ouvrages, et généralement tenu pour authentique, n'est connu que par les descriptions d'Albers, d'Ehrmann et de Middeldorpf. Il m'a toujours été impossible de trouver les traces d'une publication à ce sujet, faite par Brauërs même. D'après les analyses, ce chirurgien aurait fait la section du cartilage thyroïde pour extraire des végétations, probablement cancéreuses, chez un homme de quarante ans. L'observation publiée par Ehrmann eut plus de retentissement ; elle est enregistrée dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris*, t. XVIII, 1844, sous le titre de « Laryngotomie dans un cas de polype du larynx » et a été bien souvent relatée. La lecture attentive de cette observation me donne la certitude qu'il s'était agi d'un cancer du larynx.

En 1868, M. E. Bœckel présenta à la Société de chirurgie de Paris (t. VI des *Mémoires de la Société*) une observation de laryngotomie thyroïdienne pratiquée par lui, en 1863, pour extraire des végétations du larynx chez une jeune femme. D'après la description détaillée, cette opération fut laborieuse, et elle paraît peu séduisante, quoique le résultat immédiat ait été satisfaisant et que la mort n'ait été causée, au dire de l'auteur, que par une complication pulmonaire tout accidentelle. Sans doute, cette laryngotomie thyroïdienne peut être avantageusement utilisée pour donner accès dans la cavité de l'organe ; je l'ai appliquée, à mon tour, à l'extraction d'un

polype du ventricule (Mémoire présenté à la Société de chirurgie, 30 juin 1869). J'avais fait la section du cartilage thyroïde avec conservation complète des membranes hyo-thyroïdienne et crico-thyroïdienne. La même opération pourrait être dirigée pour le cancer aussi bien que pour les polypes, quand l'implantation de la tumeur est dans un des ventricules, car j'ai observé, dans mes expérimentations cadavériques comme sur le vivant, que ce mode d'ouverture est celui qui donne le plus directement et le plus complètement accès dans les ventricules; mais j'emploierais aussi volontiers, suivant les circonstances, la laryngotomie inter-cryco-thyroïdienne, dont j'ai exposé plus haut les applications.

Ces deux procédés sont préférables aux laryngotomies sous-hyoïdienne et crico-thyroïdienne avec section des cartilages: la première donne accès entre la base de la langue et l'épiglotte, au-dessus, par conséquent, de l'entrée du larynx, et au-devant du cartilage qu'on est obligé de sectionner longitudinalement pour pouvoir pénétrer dans la cavité. Follin pratiqua cette opération avec succès, mais son procédé ne fut cependant pas favorablement accueilli par la Société de chirurgie, à juste raison, selon mon impression.

Le procédé de laryngotomie crico-thyroïdienne a le défaut inverse d'ouvrir la voie dans un point inférieur à la cavité du larynx, dans laquelle il n'est dès lors pas toujours aisé d'opérer.

Quel que soit le procédé opératoire que l'on adopte, l'ouverture du larynx ne constitue qu'une opération préliminaire destinée à permettre l'opération véritable, l'ablation de la tumeur. Cette dernière manœuvre consiste à enlever largement toutes les parties malades, en sacrifiant même une quantité suffisante de tissus, sains en apparence, autour du point malade. Il faut agir largement, dût en souffrir un organe important, comme une des cordes vocales, par exemple.

Il est un point de la question sur lequel il n'y a pas encore, dans la pratique, de règle établie, malgré l'importance réelle qui s'y attache; c'est à savoir si, avant de commencer la laryngotomie, il n'y a pas avantage à ouvrir la trachée, de façon à assurer le libre passage de l'air pendant la durée de l'opération. Suivant certains auteurs, il ne faut pas hésiter à faire la trachéotomie préalable. Cette règle est trop exclusive; il est des cas où, la tumeur étant bien localisée, l'ablation se fait avec une rapidité extrême; il sera cependant plus prudent de faire la trachéotomie préventive toutes les fois qu'on aura lieu de craindre une hémorrhagie, ou encore quand on aura l'intention d'opérer avec un cautère galvanique ou thermique. Sans dangers par elle-même, la trachéotomie offre des avantages sérieux : elle permet d'anesthésier le malade en dirigeant les vapeurs somnifères directement dans les voies aériennes par la canule trachéale, et elle met à l'abri de l'asphyxie. Quand on emploie l'anse ou le couteau galvanique, il se dégage une certaine quantité de fumée qui provoque par irritation un spasme glottique bien plus facilement que ne fait le contact simple des instruments. Cet accident seul peut être assez menaçant pour forcer à pratiquer avant tout la trachéotomie. Il m'est arrivé plusieurs fois pendant l'opération, faite par les voies naturelles il est vrai, d'être contraint de cesser l'opération commencée, pour ouvrir la trachée. Sans cette précaution, il est des cas où l'écoulement du sang dans les bronches peut avoir les plus graves conséquences, non à cause de la quantité même du liquide, cette quantité étant rarement très-considérable, mais parce que le sang épanché se coagule dans les ramifications bronchiques et les obstrue absolument. Avec la trachéotomie, on échappe à ce danger si l'on a soin de faire le tamponnement de la trachée; les malades le supportent facilement, grâce aux appareils récents et surtout à la canule-tampon de Trendelenburg. Le tamponnement peut être maintenu pendant plusieurs jours et protéger contre les hémorrhagies consécutives aussi bien que contre celles qui accompagnent l'opération.

Les interventions chirurgicales dont il vient d'être question ont souvent produit de grandes améliorations, mais elles n'ont pas donné une seule guérison définitive. Cette insuffisance finale a conduit de hardis chirurgiens à entreprendre davantage, et à tenter l'extirpation totale du larynx; les exemples en sont encore peu nombreux. Ils ne fournissent pas les éléments d'une appréciation définitive, mais ils ne laissent pas que de présenter cette opération sous un jour peu favorable. De prime abord elle pourrait même passer pour une excentricité chirurgicale; mais on voit, en suivant son court historique, qu'elle fut précédée par différentes méthodes d'ablation partielle que nous avons décrites, et qu'on s'était appuyé également sur des vivisections faites avec succès. En opérant sur des chiens, Czerny montra que l'extirpation du larynx ne compromettait pas directement l'existence des animaux, pourvu qu'elle fût faite avec certaines précautions. Dans ses quatres premières expériences, les animaux succombèrent, un au bout de deux jours, deux après quinze jours, et le dernier au bout de quatre semaines, par l'asphyxie causée à la suite du déplacement de la canule. Dans une cinquième expérience, Czerny se mit à l'abri de cet accident; il fit la trachéotomie préalable, et n'entreprit l'extirpation que quelques jours plus tard, après s'être assuré que des adhérences unissaient la trachée à la peau. Dans ces conditions et avec une canule de grande dimension, il n'y avait plus à craindre de déplacement de la trachée. Pour l'opération principale, l'animal fut endormi; la peau fut fendue longitudinalement depuis l'os hyoïde jusqu'à l'orifice trachéal et les parties molles furent disséquées sur les côtés du larynx. La trachée fut ensuite coupée au-dessous du cricoïde et l'organe enlevé par dissection de sa face postérieure jusqu'au niveau des aryténoïdes. Les grandes cornes du thyroïde furent coupées et tout l'organe séparé de l'os hyoïde par la section transversale de la membrane. Dans ces expériences, l'épiglotte fut laissée en place et fixée avec une suture, mais, dans d'autres cas, Czerny enleva aussi ce dernier cartilage et vit que l'opération n'en était pas plus compliquée.

Trois ans plus tard (décembre 1873), Billroth fit sur l'homme la première extirpation totale du larynx. L'opération réussit en elle-même, le malade se rétablissant momentanément, mais la lésion récidiva presque aussitôt et l'emporta trois mois après. Cet exemple eut des imitateurs, et dans l'année 1874 il fut fait quatre opérations d'extirpation du larynx par Heine, Maas, Schmidt et Billroth (second cas). Nous allons donner l'analyse rapide de ces faits ainsi que de ceux qui ont été publiés depuis, et qui appartiennent à Schœnborn, Bottini, Langenbeck, de Foulis et Gerdes. Dans une bonne thèse inaugurale soutenue à Paris en 1876, M. Hermantier a résumé la question, décrit la technique de l'extirpation d'après les opérateurs dont il a très bien analysé les publications, et nous aurons à notre tour à faire à M. Hermantier plusieurs emprunts.

D'après les expériences de Czerny, la trachéotomie préventive semblait absolument indiquée, elle assurait les adhérences et par suite l'immobilité de la trachée. On lui reconnut d'autres avantages; elle permettait d'entretenir l'anesthésie chloroformique d'une façon régulière aussi longtemps que durait l'opération, elle assurait la respiration et mettait à l'abri du danger immédiat le plus redoutable la pénétration du sang dans les bronches. Aussi fut-elle généralement acceptée. Il faut la pratiquer environ dix jours avant l'opération principale, ce temps suffit à l'établissement des adhérences, et, ce qui est plus important, à habituer le malade à ce nouveau mode de respiration. On remplace alors la canule ordinaire par la canule-tampon de Trendelenburg. La partie capitale de cet instrument est une poche en caoutchouc que l'on gonfle à volonté et qui s'applique exactement au pourtour de la trachée. La canule peut être maintenue pendant un temps indéfini et protéger par conséquent les voies aériennes contre l'accès des liquides purulents que sécrète la plaie, aussi bien

que contre l'irruption du sang au moment même de l'opération.

L'opération elle-même comprend trois phases successives : dans la première, on découvre le larynx, dans la deuxième, on isole l'organe, dans la troisième, on l'extrait.

Pour découvrir l'organe, on a eu recours soit à une simple incision exactement faite sur la ligne médiane et s'étendant du bord inférieur de l'os hyoïde à un centimètre de la plaie trachéale, soit à une double incision prenant la forme d'un T. Dans ce dernier cas, l'incision horizontale est faite à un centimètre au-dessus du bord supérieur du thyroïde, au niveau à peu près de l'os hyoïde, et elle s'étend transversalement de l'un à l'autre des sterno-cléido-mastoïdiens. L'incision longitudinale doit avoir la même longueur que dans le premier cas. Les opérateurs ont pratiqué l'une ou l'autre de ces deux incisions, soit que, comme Billroth, ils fissent l'extraction du larynx de bas en haut, ou soit que, à l'exemple de Maas et de Langenbeck, ils procédassent inversement.

surer de l'état de l'organe. Dans le cas où les muscles qui entourent le larynx sont sains, ils doivent être maintenus avec des écarteurs confiés à des aides, et le chirurgien doit, autant que possible, étancher complètement la plaie.

C'est à partir de ce moment que commence l'opération proprement dite ou l'extirpation. Nous avons dit que deux procédés inverses avaient été mis en œuvre : dans le procédé de Billroth, la dissection est faite de bas en haut ; le larynx est tout d'abord fixé avec des érignes et attiré en avant ; on le sépare alors de la trachée par une section passant au-dessous du cricoïde, puis on dissèque la paroi postérieure jusqu'à ce qu'on ait complètement séparé le larynx de l'œsophage ; après quoi on sectionne le ligament thyro-hyoïdien, dernière attache de l'organe. Au lieu de sectionner au-dessous du cricoïde, il y aurait avantage, si le cancer ne descendait pas aussi bas, à faire une section transversale dans le cricoïde même, de façon à laisser à la trachée un orifice incompressible. Haas pratiqua cette modification dans son second cas,

TABLEAU DES CAS D'EXTIRPATION TOTALE DU LARYNX

Nos D'ORDRE.	NOM DE L'OPÉRATEUR.	DATE de L'OPÉRATION.	SEXE DU MALADE.	AGE DU MALADE.	MODE OPÉRATOIRE EMPLOYÉ.	SUITES immédiates de L'OPÉRATION.	RÉSULTAT DÉFINITIF.
1	Billroth (Vienne).	31 décembre 1873.	Homme.	36 ans.	Tamponnement de la trachée. Incision longitudinale. Ablation de bas en haut, sans thyrotomie.	?	Mort récidivé au bout de trois mois.
2	Heine (Prague).	28 avril 1874.	Homme.	?	Incision longitudinale. Ablation de bas en haut. Thyrotomie.	Sort le 30 mai.	Mort récidivé au bout de six mois.
3	Maas (Breslau).	1er juin 1874.	Homme.	?	Ablation de haut en bas.	Pneumonie le treizième jour.	Mort le quatorzième jour.
4	Schmidt (Francfort-s.-Mein).	12 août 1874.	Homme.	56 ans.	Incision longitudinale. Ablation de bas en haut. Thyrotomie.	Collapsus.	Mort le cinquième jour.
5	Billroth (2e cas).	10 novembre 1874.	?	?	Ablation de bas en haut. Pas de tamponnement préalable.	Pneumonie double.	Mort le quatrième jour.
6	Schœnborn (Kœnigsberg).	22 janvier 1874.	?	?	Ablation de bas en haut.	Bronchite putride.— Gangrène du poumon.	Mort le quatrième jour.
7	Bottini (Turin).	6 février 1875.	Homme.	?	Ablation de haut en bas. Pas de tamponnement préalable.	Érysipèle.	Guérison. Les dernières nouvelles du malade sont de 1878. Trois ans après l'opération la santé était parfaite.
8	Langenbeck (Berlin).	17 juillet 1875.	Homme.	57 ans.	Tamponnement préalable et anesthésie chloroformique. Incision en T. Ablation de haut en bas.	État satisfaisant.	Pas de nouvelles de ce cas depuis le onzième jour après l'opération.
9	Maas (2e cas).	5 février 1876.	?	?	?	?	Pas de renseignements sur le résultat.
10	David de Foulis (Glascow).	10 septembre 1877	Homme.	28 ans.	Le malade a subi déjà deux laryngotomies partielles suivies de récidives. — Incision longitudinale. Ablation de bas en haut. Pas de laryngotomie.	?	Ce cas est donné comme guérison. Cette appréciation est prématurée, les renseignements ayant été donnés trop peu de temps après l'opération.
11	Gerdes.	»	Homme.	?	?	Pneumonie.	Mort le quatrième jour.
12	Bottini (2e cas).	29 août 1877.	Homme.	48 ans.	Incision en T avec le couteau galvanique. Dénudation du larynx avec le couteau. Section de la trachée avec l'anse galvanique, puis section supérieure de la même façon. Ablation de la partie supérieure de l'œsophage. Opération exsangue.	Pneumonie droite. Le 30 août, pneumonie gauche.	Mort le second jour.

Lorsque les lambeaux cutanés ont été écartés, commence le deuxième temps, c'est-à-dire l'isolement de l'organe. Il n'offre rien de particulier et consiste dans la dissection attentive des tissus situés au-devant et sur les côtés du larynx. Pendant cette exploration, le chirurgien s'assure qu'il n'existe point de prolongement de la tumeur dans les parties environnantes. S'il veut avoir, avant de passer outre, la confirmation directe de son diagnostic, il pourra, comme plusieurs l'ont fait, finir la laryngotomie par la section du thyroïde et s'as-

et se servit pour sectionner le cartilage de la pince de Liston.

Dans le second procédé qui a été institué par Maas, l'extirpation est commencée par la section des attaches supérieures du larynx, ligaments thyro-hyoïdiens et thyro-épiglottiques. Comme dans le cas précédent, le larynx est attiré en avant pour rendre plus facile la dissection de la paroi postérieure. Inférieurement, on termine par la section transversale au-dessous du cricoïde, ou dans la hauteur de ce cartilage suivant les cas.

Quelle que soit la méthode employée, il faut ménager avec soin la paroi œsophagienne si elle est saine. Mais dans la plupart des cas, l'opérateur a été conduit à enlever avec le larynx la partie supérieure de l'œsophage impliqué dans la dégénérescence. Cela ne complique pas en réalité l'opération, l'alimentation devant dans tous les cas se faire, pendant quelque temps, au moyen d'une sonde introduite par la plaie opératoire.

Quant aux soins à donner aussitôt après l'opération, ils ont varié avec chaque opérateur; il n'y a pas de règle établie à cet égard; mais on s'est généralement borné à recouvrir la plaie, et on n'a mis de sutures que dans les cas où la surface de la plaie était par trop étendue.

En elle-même, l'opération ne paraît pas très redoutable; elle a toujours été menée à bonne fin, même dans le cas de Langenbeck, qui enleva le larynx, la partie supérieure de l'œsophage, les parties latérales du pharynx, le tiers postérieur de la langue, et qui fit quarante et une ligatures.

Les accidents secondaires, hémorrhagies, réaction inflammatoire, ne se sont pas montrés menaçants dans les cas où la survie a été assez longue pour qu'ils eussent pu se produire, et ils n'ont dans aucun cas produit la mort rapide.

Cependant, à ne prendre que les résultats définitifs, voici le bilan des douze cas publiés jusqu'à présent. (Voir le tableau page 616.)

On voit donc que cinq fois la mort survint du deuxième au quatorzième jour, plus souvent le quatrième, par le fait de complications pulmonaires dont la plus commune est la pneumonie et la plus rare la gangrène; une fois la mort était due (au 5e jour), à un collapsus dont le malade n'était réellement pas sorti depuis l'opération; dans deux cas où le résultat sembla quelque temps devoir être favorable, les malades furent emportés par des récidives, le premier opéré de Billroth, trois mois après, celui de Heine, six mois après l'opération.

Restent quatre cas pour lesquels on laisse volontiers entendre que la guérison s'est produite. Cependant il n'y a sur ces quatre faits qu'une guérison bien établie, c'est celle du malade que Bottini opéra en 1875, et duquel trois ans après, en 1878, il écrivait à M. Marelle qui m'a communiqué la lettre : « Mon opéré est toujours vivant et surtout bien portant. Maintenant il est occupé comme facteur de poste entre Intra et Miativa, petit village éloigné d'Intra de 10 kilomètres, qu'il parcourt tous les jours à pied. »

Quant aux trois autres malades, voici comment ils se dénombrent : l'un est celui de Langenbeck, qui présenta l'observation à la Société médicale de Berlin (28 juillet 1875), et qui put dire à ce moment (douze jours après l'opération) que son opéré était vivant. Mais depuis cette époque, on n'a pu apprendre de Langenbeck si l'opéré vivait encore ou combien de temps il avait vécu. Comme il est extrêmement probable que le chirurgien de Berlin n'eût pas manqué de faire connaître son succès s'il avait été définitif, il y a lieu de conclure de son silence que ce malade a depuis longtemps disparu.

Le même reproche s'adresse aux cas de Maas et de Foulis, publiés comme des guérisons trop peu de temps après l'opération. Il n'est pas possible de faire entrer en ligne de compte des faits qui manquent précisément du renseignement le plus essentiel. Il n'existe donc jusqu'ici qu'un seul cas d'extirpation du larynx suivi de guérison : reste à savoir si le diagnostic a été exact et si la tumeur du larynx a été bien dûment cancéreuse.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès périodique international des sciences médicales (6e session), à Amsterdam.

(Correspondance particulière de la Gazette hebdomadaire.)

(Suite. — Voyez les nos 37 et 38.)

SÉANCES GÉNÉRALES DES 8, 9, 11, 12 et 13 SEPTEMBRE. PRÉSIDENCE DE M. DONDERS.

Nous avons reproduit dans un numéro précédent les conclusions de la communication de M. Verneuil, qui a obtenu un si grand et légitime succès. Nous allons maintenant, avant de donner le compte rendu des travaux des sections, faire connaître les autres communications importantes qui ont eu lieu dans les séances générales.

Signalons en premier lieu le discours de M. *Lister* sur la *méthode antiseptique*. — L'éminent chirurgien s'est attaché à réfuter les critiques qui lui ont été adressées.

On a fait à la méthode de Lister trois objections principales : 1° Des chirurgiens qui ne croient pas au rôle des germes ont attaqué le pansement phéniqué, en se plaçant sur le terrain théorique. Si les bactéries n'existent pas au niveau des plaies, ou tout au moins si elles ne sont pas douées des fâcheuses propriétés qu'on leur a attribuées, un pansement dont le but est d'empêcher le développement de ces bactéries n'a pas sa raison d'être. 2° Le pansement antiseptique à l'acide phénique n'est pas exempt de dangers et peut produire l'empoisonnement. 3° Enfin, si l'on obtient de bons résultats avec la méthode listérienne, on peut obtenir ces mêmes résultats à l'aide des autres procédés de pansement de plaies.

A la première objection, M. Lister fait une courte réponse. Il croit aux germes, à leur rôle funeste, cela va sans dire. Quiconque se refuse d'admettre l'existence des bactéridies n'a aucune raison d'adopter son pansement.

Quant au second reproche qu'on a adressé au pansement phéniqué : celui de produire des empoisonnements, M. Lister avoue que dans un certain nombre de cas il a observé des accidents dus à une intoxication par l'acide phénique; ces accidents sont locaux ou généraux. Localement, l'acide phénique peut produire une irritation de la plaie. Absorbé, il provoque chez certains malades de la perte d'appétit, des vomissements, de la faiblesse générale; on l'a même vu occasionner la mort. Mais tous ces accidents sont très-rares, et d'ailleurs il est facile de les prévenir. Lister ne lave jamais ses plaies, comme beaucoup de chirurgiens sont portés à le faire; il évite ainsi l'irritation locale. Quant aux accidents d'intoxication, on les prévient aisément en employant de l'acide phénique de bonne qualité et en surveillant attentivement les malades, de façon à cesser immédiatement l'application de l'acide phénique si ces accidents viennent à se montrer. L'acide borique, le thymol, l'acide salicylique que M. Lister a essayé de substituer à l'acide phénique, ne lui ont donné que des résultats médiocres.

Troisième objection : Les résultats obtenus par le pansement antiseptique s'obtiennent également avec les autres modes de pansement.

Ceux qui soutiennent cette idée, dit M. Lister, prouvent qu'ils ne savent pas ce qu'on peut faire à l'aide du pansement phéniqué : ouvrir impunément les collections purulentes les plus larges et les plus profondes, pénétrer dans les grandes articulations, etc., etc.

Le discours du chirurgien anglais a obtenu le plus grand succès, et sur la proposition du président, des remerciements lui ont été votés par le congrès.

— M. le docteur *Otto Becker* communique un travail sur les *maladies des yeux dans leurs rapports avec les locali-*

sations cérébrales. — Les lésions inflammatoires du nerf optique et de la rétine, révélées par l'ophthalmoscope, indiquent une affection intracrânienne dans le seul cas où elles se manifestent simultanément dans les deux yeux, et où l'on peut exclure une névro-rétinite qui prend son origine dans l'œil même.

On pourra déduire avec plus de certitude de l'image ophthalmoscopique le diagnostic différentiel entre une affection circonscrite du cerveau et une affection des méninges, quand il sera possible de différencier déjà pendant la vie la papillite par étranglement de la névrite descendante.

Il ne faut jamais conclure d'une simple névrite intra-oculaire à une affection cérébrale.

Dans les cas d'atrophie primitive double non due à une papillite ou à une névrite, la force du champ visuel peut servir à distinguer l'atrophie du nerf optique consécutive à l'ataxie locomotrice, d'autres affections qui amènent l'amaurose. L'hémiopie, surtout l'hémiopie homonyme latérale, permet une localisation cérébrale exacte, même lorsque l'atrophie de la papille n'est pas nettement prononcée, ou qu'elle fait entièrement défaut.

L'expérience, ainsi que l'observation clinique, semblent établir qu'il se trouve dans les couches corticales des deux lobes occipitaux des régions dont la destruction produit, de préférence dans les deux yeux, des troubles dont la nature n'est pas encore suffisamment connue.

L'étude approfondie des symptômes musculaires donne des indications très-précieuses, au point de vue des localisations cérébrales. Ces symptômes nous permettent, en effet, de déterminer souvent pendant la vie le siége d'une lésion du cerveau.

— M. le docteur *Drysdale* (de Londres) communique un travail sur la *réglementation de la prostitution.* — L'auteur est partisan de la liberté absolue de la prostitution, et s'élève avec force contre les mesures restrictives apportées par les gouvernements en vue de restreindre la prostitution et de combattre la propagation des maladies vénériennes. Il dit que la société anglaise est maintenant opposée aux lois contre la prostitution.

MM. *Hartl* et *Landowski* protestent contre les assertions de M. Drysdale; le premier affirme que la profession médicale anglaise est unanime à demander la répression énergique de la prostitution.

— M. *Marcowitz* (de Bucharest) communique le résultat de ses observations relatives au *traitement par la douche du typhus abdominal et pétéchial.* — Voici ses conclusions :

1° La douche permet le traitement réfrigérant, régulier, méthodique, sans avoir besoin de plus de deux ou trois heures par jour pour s'occuper de douze ou quinze typhiques graves (deux à sept ou huit douches par malade), suivant la tendance que la température a à revenir au chiffre antérieur à la douche.

2° Le malade est bien plus éveillé après la douche qu'après le bain froid, ce qui s'explique, indépendamment de la soustraction de chaleur, par le choc, la percussion, qui agit d'une manière réflexe sur les centres régulateurs de la chaleur, dont elle empêche la paralysie au moins pour quelques heures.

3° En fait de contre-indication, je puis affirmer, comme Liebermeister, qu'il n'y a guère que l'hémorrhagie intestinale ou un grand degré de paralysie du cœur avec pouls petit et misérable, qui s'oppose absolument à l'administration de la douche.

4° L'engorgement pulmonaire, pourvu qu'il ne dépende pas directement de la paralysie cardiaque, est pour moi plutôt une indication qu'une contre-indication.

— M. *Maréchal* fait, au nom de M. *Javal*, une communication sur la *physiologie de la lecture* (1).

— Le docteur *Chervin* (de Paris) fait une communication sur le *bégaiement* envisagé plus spécialement au point de vue de ses causes et de son traitement. Le bégaiement consiste dans un embarras de la parole se produisant soit au commencement, soit au milieu ou à la fin des mots, embarras de la parole qui s'accompagne d'une certaine difficulté dans le jeu de la respiration. Le bégaiement est *intermittent.* Tel malade qui en est affecté aujourd'hui peut en être exempt pendant plusieurs jours ou même plusieurs semaines. La plupart des théories émises relativement à la nature du bégaiement concluent à l'existence d'un spasme, les uns faisant siéger ce spasme dans tous les muscles linguaux, un grand nombre dans les génio-glosses seulement, ou dans les parties supérieures des voies respiratoires. Ce sont ces théories sans fondement solide qui ont conduit les chirurgiens aux pratiques les plus désastreuses pour les malades : à la section de la base de la langue, des génio-glosses (Amussat, Velpeau, Bonnet), du nerf de la douzième paire; à l'ablation des amygdales, de la luette, etc. L'auteur considère le bégaiement comme un simple défaut de coordination entre les actes multiples qui concourent à la parole; il ne saurait admettre, comme certains auteurs ont cherché à le démontrer, qu'un défaut de prononciation, susceptible de disparaître rapidement sous l'influence d'un traitement rationnel, puisse tenir à une lésion matérielle quelconque des muscles ou des centres nerveux. Le traitement du bégaiement, dirigé d'une façon méthodique, réussit constamment.

— M. le docteur *Bertherand* donne lecture d'un travail sur l'*influence de l'habitude du tabac dans la génèse, la prophylaxie* ou *la curation du scorbut.* — L'usage du tabac protége-t-il contre le scorbut? Les recherches de l'auteur ne lui permettent pas de considérer comme fondé ce dicton très-populaire à bord des vaisseaux. Mais, d'autre part, on ne saurait affirmer que l'habitude du tabac intervienne, du moins directement, comme cause dans la production de la maladie.

— M. *S. Van Houten* (de la Haye) donne communication d'un travail relatif à la *protection de l'enfance contre le travail prématuré,* dont voici les conclusions :

1° La législation et les mœurs doivent mettre un frein à la concurrence excessive tendant à l'abaissement des prix de production, dans les cas où cet abaissement ne serait possible qu'au prix du sacrifice de la santé et du développement intellectuel des producteurs.

2° Tout ce que peut faire le législateur, c'est de tracer des règles générales pour l'organisation du travail au point de vue du principe énoncé; les corporations ouvrières auront à développer en détail ce principe.

Toutefois le principe en question ne saura être réalisé complètement que lorsque les maximes des néo-malthusiens seront généralement répandues (restriction de l'accroissement de la population sans renoncement aux rapports conjugaux).

— Signalons, en terminant ce rapide compte rendu des séances générales, le discours prononcé par le professeur *Virchow* (de Berlin) sur l'*éducation médicale.*

Ce discours ne présentait pour des oreilles françaises qu'un médiocre intérêt. En premier lieu il était débité en allemand, malgré l'article du règlement qui voulait que la langue française fût seule employée dans les séances générales du congrès. En second lieu il ne présentait rien de bien original.

L'orateur est entré dans de grands développements sur la façon dont il convient de classer les sciences médicales. Il voudrait que l'étudiant passât successivement des sciences accessoires à l'anatomie, la physiologie, la psychologie, pour aborder en dernier lieu la pathologie et la clinique. Il voudrait en outre que les élèves eussent entre les mains des traités concis, résumant exactement l'état de la science sur chaque partie de l'enseignement.

(1) Nous publierons sur le même sujet un mémoire du même auteur.

Section de médecine.

(Suite.)

Des altérations de la moelle dans la paralysie spinale de l'enfance. — Nous avons donné dans notre précédent numéro (page 605) un extrait de l'intéressante communication faite par M. Damaschino, en son nom et au nom de M. Roger. Cette communication ayant donné lieu à quelques observations de M. Bouchut sur la nature des lésions spinales indiquées par les préparations histologiques soumises au congrès, M. Damaschino a bien voulu nous remettre une note indiquant les procédés qui permettent de reconnaître ces lésions au microscope.

Pour la recherche des lésions spinales, dit M. Damaschino, il faut nécessairement étudier d'abord la moelle sur des coupes fraiches, afin de pouvoir dissocier les éléments normaux, reconnaître les particularités propres aux corps granuleux (notamment la présence d'un noyau dans leur intérieur), et de se rendre exactement compte des altérations des vaisseaux et des cellules motrices. Il faut en outre faire des coupes fines de la moelle durcie et les examiner après coloration, les unes étant soumises à l'action de la glycérine, les autres à celles du baume du Canada. Ce n'est qu'au moyen de la glycérine que l'on peut voir les corps granuleux sur place et dans l'intérieur des gaines lymphatiques. Au contraire, l'alcool, puis l'essence de térébenthine ou de girofle (à laquelle on soumet les coupes avant de les placer dans le baume du Canada), ont l'inconvénient de dissoudre les granulations graisseuses des corps granuleux et de ne plus laisser apercevoir que leurs noyaux. On s'expose par suite à donner une interprétation fausse, ou du moins incomplète, du processus histologique, et à méconnaître la présence des foyers de ramollissement.

— M. le docteur *Eulenburg* (de Greiswald) communique un travail *sur le transfert de la sensibilité.* — Pour juger de la question du transfert de la sensibilité, il faut partir d'un point de départ physiologique. La question à se poser est celle-ci : Les agents qui modifient notablement (soit en l'augmentant, soit en la diminuant) la sensibilité d'un endroit de la peau de l'une des moitiés du corps produisent-ils un trouble consécutif et en sens opposé dans le point symétrique du côté opposé? La question étant ainsi formulée, l'auteur a fait usage des agents qui lui ont paru les plus efficaces et les plus propres à modifier la sensibilité de la peau. Il a employé, pour produire une augmentation de la sensibilité locale, plusieurs procédés : la faradisation cutanée (pratiquée à la face dorsale de l'avant-bras droit jusqu'à production d'une rougeur circonscrite), ou bien des sinapismes préparés dans ce but par Adler et Rumpf, et qui semblent être d'un effet plus lent et beaucoup moins constant. Pour diminuer localement la sensibilité, l'auteur s'est servi du procédé de Richardson : de l'*irrigation d'éther pur ou de « compound fluid » à l'aide d'un appareil pulvérisateur*, augmentant les effets du procédé en y ajoutant la modification de Zesamendi (incision superficielle de l'épiderme après deux minutes d'irrigation), qui semble produire en très-peu de temps une ischémie circonscrite et une perte de sensibilité presque absolue.

Voici le résultat des expériences faites sur dix personnes :

1° L'irritation faradique de la peau produit une augmentation du « sens de l'espace » et de la sensibilité électrique de l'endroit irrité — et en même temps une diminution de ces deux qualités de sensibilité cutanée dans l'endroit symétrique. Ces altérations sont passagères de l'un et de l'autre côté ; il y a même, du côté opposé à l'irritation, après la diminution initiale, quelquefois une période d'oscillations, pendant laquelle la sensibilité électrique s'y trouve augmentée ; enfin l'état normal se restitue des deux côtés presque en même temps.

2° L'hyperesthésie locale (diminution du « sens d'espace » et de la sensibilité électrique) produite par la pulvérisation d'éther s'accompagne constamment d'une augmentation notable de la sensibilité de l'endroit symétrique. Les oscillations y manquent pour la plupart des cas ; mais la diminution est toujours plus prononcée que l'augmentation du côté opposé.

— M. *Guiraud* (de Menton) lit une observation d'*adénopathie trachéo-bronchique*, chez une jeune fille de vingt-deux ans. Les principaux symptômes observés ont été un souffle caverneux intense dans le poumon gauche, au niveau de la racine des bronches ; râles sous-crépitants fins à la base du même côté ; intégrité des sommets ; bruit de souffle au cœur, à la base et au premier temps, se prolongeant dans l'aorte ; toux incessante sans caractère coqueluchoïde ; dyspnée avec exacerbations fréquentes ; cyanose légère ; voix rauque ; pouls petit, très-fréquent (110 à 120), irrégulier.

Pas de signes de tuberculose. — Après deux ans, sous l'influence d'un traitement méthodique, la malade ne présente plus d'autre signe qu'une respiration légèrement soufflante, au niveau de la racine des bronches à gauche.

— *Note sur la nature du béribéri*, par le docteur *Van Leent.* — D'après l'auteur, il est regrettable que les recherches anotomo-pathologiques n'aient pas été poursuivies aussi loin qu'elles auraient pu l'être. Un examen attentif de la moelle et du système nerveux, à l'aide des procédés d'étude aujourd'hui généralement usités en pareille matière, aurait probablement apporté quelque éclaircissement sur la nature encore problématique de cette singulière affection.

Après avoir rapporté quelques observations qu'il a recueillies lui-même, M. Van Leent émet l'opinion que l'alimentation défectueuse est la cause unique du béribéri. Expérience des médecins hollandais, surtout à bord des navires de guerre, dans les eaux d'Alpet (six dernières années). Mais dès longtemps cette cause était connue et prouvée par les observateurs français, hollandais, anglais. Manque d'albuminates et de graisses dans l'alimentation. Équilibre instable de l'organisme. Alors toutes les causes morbides, toutes les influences néfastes, peuvent faire naître, *provoquer* l'apparition du béribéri.

A bord des navires de guerre hollandais aux Indes orientales, où les équipages indigènes ont été décimés par le béribéri, cette maladie a été vaincue presque complètement par une alimentation substantielle, égale à celle des équipages européens, et où la viande et les graisses (beurre, huile de coco et lard) figurent en quantité très-suffisante. Maintien ou rétablissement de l'équilibre stable de l'organisme ; équilibre entre l'importation et la dépense, entre l'alimentation et le travail.

Les femmes sont également atteintes lorsqu'elles se trouvent dans les conditions d'équilibre instable, et qu'il est trop demandé aux forces de l'organisme (couches, allaitement).

Les jeunes enfants jouissent d'une certaine immunité. Aucun travail n'est exigé d'eux qui surpasse leurs forces.

Les Européens qui ne profitent pas (pour une raison quelconque) de l'excellent régime, réglementaire *pour eux*, sont également atteints de béribéri, lorsqu'un surcroît de travail est exigé d'eux.

Le traitement thérapeutique : sudorifiques, diurétiques, corroborants, toniques, douches, bains, frictions, électricité, injections sous-cutanées d'ammoniaque et eau distillée, parties égales. Nourriture substantielle : œufs, lait, vin, etc.

Section de gynécologie et d'accouchements.

Président : M. Hallertsma (d'Utrecht) ; *présidents honoraires :* MM. Pigeolet, Martin et Baart de la Faille ; *secrétaires :* MM. Van der Mey et Barnow.

— M. le docteur *J. de la Faille* donne lecture d'un mémoire sur le *traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.* — Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° Le traitement des tumeurs fibreuses de la matrice dépend principalement des écoulements de sang qui les accompagnent.

2° Le lieu d'insertion des tumeurs et leur développement modifient le traitement.

3° L'administration des médicaments internes a de faibles chances de réussite : il n'y a que les fibromes intrapariétaux contre lesquels on en puisse faire l'essai. Il en est de même des bains alcalins.

4° Un des traitements les plus rationnels des fibromes intrapariétaux est celui des injections sous-cutanées d'ergotine.

5° La méthode de dilatation de la matrice, au moyen de l'éponge préparée ou de laminaria, n'est point sans danger; elle exige au moins un prompt renouvellement des substances dilatatrices.

6° L'écrasement linéaire est préférable à toute autre méthode pour opérer les polypes fibreux.

7° Les fibromes intra-utérins se prêtent le mieux à l'énucléation. Il en est de même des fibromes sous-péritonéaux.

8° En cas de gastro-hystérotomie, le traitement intrapéritonéal du tronc est préférable au traitement extrapéritonéal.

9° L'extirpation totale de l'utérus offre de grands avantages.

10° La castration des femmes est rarement indiquée dans les cas de tumeurs fibreuses de la matrice.

M. *Martin* (de Bruxelles) dit que les accidents qui suivent les injections sous-cutanées d'ergotine résultent presque toujours de l'incurie de l'opérateur. Il a fait lui-même près de cinq cents injections sans accidents.

Quant aux résultats que déterminent ces injections, il dit que la guérison a toujours été exceptionnelle, mais qu'il a toujours réussi à enrayer la marche des fibromes et arrêter les hémorrhagies. Il faut toujours employer une solution très-pure et souvent renouvelée.

M. *le Président* dit qu'il a souvent remarqué chez des malades des douleurs très-vives, et que, pour remédier à cet inconvénient, il ajoute une petite quantité de morphine. Il s'est bien trouvé de cette addition.

M. *Martin* répond que l'emploi de la morphine, dans un traitement qui doit être prolongé pendant des mois et même des années, n'est pas sans inconvénients.

M. *Papillon* demande s'il ne serait pas préférable de pratiquer les injections sur le tissu même de l'utérus. Quant aux moyens de dilatation, il préfère la pince dilatatrice à l'éponge et à la laminaire.

M. *Lutaud* remarque que l'orateur n'a pas parlé, dans son remarquable mémoire, du traitement des tumeurs fibreuses par l'action électrolytique. Il aurait été heureux de connaître l'opinion de quelques-uns des membres de la section sur cette question.

M. *de la Faille* répond qu'il n'a qu'une confiance modérée dans l'action électrolytique, et que le nombre des cas où ce traitement a été appliqué n'est pas encore assez considérable pour qu'on puisse se prononcer aujourd'hui.

M. *Leblond* dit qu'il a employé les courants continus dans un cas où les injections d'ergotine avaient échoué. Il en a obtenu d'excellents résultats en ce qui concerne l'hémorrhagie.

M. *Cordes* demande si quelqu'un a jamais substitué l'ergot de froment à l'ergot de seigle, comme le font depuis quelque temps les Américains?

M. *de la Faille* dit qu'il n'a pas connaissance que ce médicament ait été employé en Europe.

— M. *Lutaud* présente, au nom de M. le docteur *Delore* (de Lyon), une boîte gynécologique. Cette boîte, d'un petit volume, contient ce qui est nécessaire pour pratiquer des injections intra-utérines, interstitielles et hypodermiques. Elle renferme : 1° Une seringue de la contenance de 2 grammes; chaque division du piston indique 2 centigrammes. Cette seringue est, en outre, munie de 2 ailerons pour permettre de pousser avec plus de force. 2° Une canule d'argent qui a environ 13 centimètres de long, s'adapte à la seringue; son extrémité opposée, qui doit avoir environ 1 millimètre 1/2 de diamètre, est munie d'un pas de vis, afin de s'introduire solidement dans un fragment de sonde de gomme élastique de 2 millimètres de diamètre et de 7 centimètres de long environ.

Avec la seringue munie de cette canule, on peut porter des injections au fond de l'utérus, et, en retirant l'instrument progressivement, les répandre dans toute la cavité de l'organe. Au bébut, on commencera par 1 gramme; on ne devra jamais dépasser ensuite 2 grammes. L'instrument présente les avantages suivants : La sonde, qui est flexible, est portée par une canule qui est inflexible. Elle s'introduit dans tous les cas où il n'y a pas de rétrécissement absolu, à cause de son petit calibre, et, grâce à l'incurvation qu'on fait à volonté, un fragment de sonde peut être réservé à chaque malade. 3° Une autre canule, longue et solide, porte à son extrémité une fine aiguille creuse. Elle est destinée aux injections interstitielles dans le tissu utérin. 4° Enfin, on peut adapter à la seringue une canule ordinaire à injections hypodermiques.

— M. le docteur *Van der Mey* fait une communication *sur l'influence de la pilocarpine et de l'ésérine sur les contractions de l'utérus.*

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° L'injection sous-cutanée ou intraveineuse d'une solution de chlorhydrate de pilocarpine excite les contractions utérines dans la grossesse; faites au commencement du travail, ces injections augmentent l'énergie des contractions utérines.

2° L'action du sulfate d'ésérine sur la matrice en état de gestation est presque la même que celle du chlorhydrate de pilocarpine.

3° L'expérience clinique, ainsi que la vivisection, ont démontré que le rôle réservé au chlorhydrate de pilocarpine, parmi les moyens en usage pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel, ne saurait être important.

4° Le chlorhydrate de pilocarpine peut renforcer l'action des moyens mécaniques qui tendent à provoquer l'accouchement prématuré artificiel.

5° Pendant l'accouchement naturel, le chlorhydrate de pilocarpine peut souvent être employé avec avantage, là où l'énergie des contractions utérines n'est pas suffisante.

6° Le chlorhydrate de pilocarpine ne doit point être employé pour combattre les hémorrhagies *post partum.*

— M. le docteur *Petitheau* (de Liège) communique un travail *sur la position que doit prendre la gynécologie dans les questions sociales qui ont rapport à la procréation.*

L'auteur a abordé dans ce travail l'étude des plus importantes questions relatives à la procréation, au mariage et à l'économie sociale.

Voici les conclusions, qui ne nous paraissent pas en rapport avec l'importance de la question qu'il a traitée :

1° La gynécologie est de la plus haute importance pour les sciences sociales.

2° Mise en rapport avec la sociologie et l'économie politique, elle indique les conditions du développement de la race humaine et les restrictions qu'on peut apporter à sa propagation.

3° Elle fournit à la société et à la justice des renseignements indispensables aux mariages et aux divorces.

4° Il y a lieu de vulgariser ses enseignements.

Le mémoire de M. Petitheau donne lieu à une discussion très-intéressante, dans laquelle M. *Drysdale* (de Londres) a développé des théories malthusiennes qui ont été vivement combattues par quelques membres de la section.

— M. le docteur *Hector Piccini* (d'Asti) communique un mémoire *sur la contagion puerpérale et sur les moyens prophylactiques et thérapeutiques qu'il convient de lui opposer.*

Voici les principales conclusions de l'auteur :

1° La cause puerpérale n'est pas une cause seule et unique, et on rencontre toujours la péritonite endo-abdominale suppurée, gé-

nérale ou partielle. Les injections phéniquées sont un excellent moyen de désinfection et produisent surtout dans la cavité utérine une prompte cicatrisation.

2° Les injections phéniquées endo-utérines se recommandent absolument dans tous les cas où il y a des lochies fétides; il suffit de les faire pendant trois à quatre jours au moins, et pendant dix à douze jours au plus.

3° On peut faire les injections endo-utérines phéniquées ou simples, en employant le spéculum le premier jour seulement, et après les injections vaginales; et cela afin de contrôler oculairement les lésions du col utérin et de la muqueuse vaginale, pour ensuite procéder à leur pansement. Dans le cas contraire, on peut s'en passer, car on peut très-bien introduire un cathéter dans l'utérus sous la direction de l'index gauche, sans avoir besoin de regarder.

4° Pour faciliter l'involution utérine dans toutes les opérations obstétriques et gynécologiques, il n'y a rien de plus utile que l'huile de ricin pure et à petites doses, selon les forces de la malade.

Section d'otologie.

Président : M. le docteur Van Hoek; *secrétaires :* MM. les docteurs Doyer et Land.

La section d'otologie a commencé ses travaux le lundi 8 septembre, dans une des salles du Musée d'anatomie.

Étaient présents : MM. le professeur Voltolini (Breslau), le docteur Guye (Amsterdam), le docteur E. Ménière (Paris), le professeur Delstanche (Bruxelles), le docteur Patterson Cassels (Glascow), le docteur Land (Utrecht), le docteur Varenius (Suède), le docteur Schüster (Aix-la-Chapelle), le docteur K. Snellen (Zeist), le docteur Magnus (Kœnigsberg), le docteur Ogston (Aberdeen), le docteur V. Bremer (Copenhague), le docteur Turnbull (Philadelphie), etc.

M. *Patterson Cassels* lit un travail sur *les maladies de l'oreille au point de vue des assurances sur la vie.* — Ce mémoire complet et substantiel se termine par des conclusions assez nombreuses. Le médecin anglais émet le vœu que les compagnies d'assurances sur la vie fassent toujours examiner l'état des oreilles des personnes qui désirent s'assurer, car, suivant lui, les otorrhées chroniques peuvent amener *souvent* des accidents graves du côté de la cavité crânienne, et causer la mort.

M. *E. Ménière* relève le mot *souvent;* il dit que, en France, les compagnies d'assurances ne prêtent pas une extrême attention aux affections de l'oreille, car les cas de mort ne sont pas si fréquents que M. Patterson l'a constaté en Angleterre.

M. *Ogston* explique comment il se fait qu'en Ecosse les complications des otorrhées chroniques sont plus graves; cela tient à ce que la scrofule est très-commune.

M. *Magnus* trouve que M. Patterson donne trop d'importance aux otorrhées consécutives aux maladies exanthématiques.

M. *Delstanche* dit qu'il voit assez souvent, soit dans la pratique civile, soit dans la pratique hospitalière, des terminaisons funestes à la suite des otorrhées chroniques.

— M. *Turnbull* lit en anglais un mémoire *sur les causes et le traitement des bourdonnements d'oreille.* — La discussion est renvoyée après la lecture de M. *Guye* sur la *maladie de Ménière.*

— M. *Magnus* communique à la section un travail sur les *différentes méthodes pour déterminer l'acuité auditive.* — Cette communication, faite en allemand, donne lieu à une discussion entre MM. Voltolini, Van Hoek et Magnus. Nous reproduisons les conclusions de ce mémoire.

1° Les méthodes pour déterminer l'acuité auditive doivent être jugées en vue du but auquel tend l'examen, et non en vue d'exigences idéales.

2° Il n'existe pas d'appareil qui, à lui seul, réponde à toutes les exigences.

3° Le diagnostic médical exige des méthodes qui permettent de comparer l'acuité auditive pour les sons transmis par l'air avec celle pour la transmission par les os du crâne.

4° Pour établir le pronostic et pour contrôler le traitement, faut un instrument à intensité de son constante.

5° Toutes les mesures de la finesse de l'ouïe n'ont qu'une valeur approximative, grâce à des influences soit *subjectives*, soit *objectives*.

— M. *Guye* donne lecture d'un travail sur le *vertige de Ménière*. Ce mémoire, très-intéressant à plusieurs titres, se termine par des conclusions dont nous détacherons les suivantes :

1° Dans le sens le plus général du mot, on peut considérer comme vertige de Ménière tous les cas de vertige causé par l'irritation anormale des appareils nerveux des canaux semi-circulaires. L'irritation peut être due soit à une cause normale exagérée, soit à une cause anormale, etc....

2° Dans un sens plus restreint, le nom de maladie de Ménière s'applique aux cas où un état inflammatoire, soit des canaux semi-circulaires eux-mêmes, soit de l'oreille moyenne, est cause d'un vertige qui peut être continuel ou sous forme d'accès,...

3° Le froid et les catarrhes de la cavité tympanique jouent un grand rôle dans l'étiologie de la maladie de Ménière.

4° La majorité, sinon la totalité des cas, sont de nature secondaire, c'est-à-dire causés par des catarrhes ou inflammations de la cavité tympanique ou mastoïde.

5° Dans les cas typiques, le vertige est accompagné ou devancé par des sensations de rotation autour d'un axe vertical, et toujours *dans le sens du côté malade....*

10° La maladie de Ménière se guérit souvent avec ou sans perte de l'ouïe.

11° Le traitement local triomphe souvent des cas qui ne sont pas trop invétérés.

M. *Ménière* combat quelques-unes des conclusions de M. Guye; suivant lui, la maladie de Ménière n'est pas due, dans la majorité des cas, à des catarrhes de la caisse ou de l'apophyse mastoïde.

M. *Guye* soutient son opinion, et dit avoir retiré plus de bénéfice du traitement local que du traitement général.

M. *Delstanche* pense que M. Guye généralise un peu trop en appelant vertige de Ménière tous les cas de vertige.

Pour lui, le vertige n'est qu'un symptôme, tandis que Ménière a décrit une maladie dans laquelle on trouve d'autres symptômes concomitants.

M. *Ménière* appuie cette manière de voir, et il ajoute que, quelque flatteuse que soit pour la mémoire de son père l'appellation générale de vertige de Ménière, il croit plus juste de conserver seulement le nom de maladie de Ménière à l'ensemble des symptômes décrits pour la première fois par son père; il pense encore que, si l'on devait donner un nom au vertige, ce devrait être plutôt celui de Flourens, dont les belles expériences ont mis en évidence pour la première fois la localisation de ce phénomène dans les canaux semi-circulaires.

M. *Guye* insiste pour faire accepter son opinion; il appelle même vertige de Ménière la sensation de tournoiement produite artificiellement et mécaniquement par la rotation violente de la tête ou de tout le corps. Il n'excepte de cette dénomination que les vertiges dus à des phénomènes dont le point de départ se trouverait dans d'autres organes, tels que l'œil, l'estomac, car dans ces cas il y a action réflexe et non directe.

M. *Ménière* trouve qu'il n'est pas juste d'envisager ainsi la question, et se renferme dans les limites qu'il a énoncées précédemment. A un autre point de vue, il a remarqué comme M. Guye que la sensation de rotation a lieu généralement dans le sens du côté affecté, sauf dans les cas où la tête du malade est projetée violemment, soit en avant, soit en arrière.

M. *Guye* fait remarquer que, dans beaucoup de maladies accompagnées de vertige, on pense peu à s'enquérir des phénomènes qui se passent du côté de l'organe auditif, ce qui, dans certains cas permettrait d'instituer un traitement rationnel.

— M. le docteur *Ménière* lit un travail sur *un cas très-curieux de corps étranger (une petite pierre) qu'une enfant de six ans s'était introduit dans l'oreille gauche en jouant au bord de la mer.* — Les médecins appelés, au lieu de faire de grandes injections, voulurent se servir d'instruments; ces manœuvres intempestives et infructueuses eurent pour résultat de faire passer la pierre dans la caisse en déchirant le tympan.

Le fait fut constaté par les médecins eux-mêmes. Après vingt-deux jours, on trouva le tympan en partie cicatrisé, sauf en un point où se voyait une petite déchirure. C'est par là que s'écoulait le pus.

M. Ménière, après avoir appelé en consultation Nélaton, pria MM. Théophile Auger et Le Dentu de vouloir bien l'assister.

Il fit une section de la membrane avec un ténotome pointu; on put alors sentir avec un stylet le corps étranger à nu; il paraissait être à la partie antérieure et inférieure de la caisse.

Quelques jours après, l'enfant ayant fait une chute violente sur la tête (côté gauche), la pierre fut expulsée lors de la troisième injection.

M. *Delstanche* n'est pas partisan, comme M. Ménière, des grandes injections; il trouve les petites suffisantes.

M. *Ménière* préfère les grandes injections à tous les autres moyens, sauf dans de très-rares cas. Il cite à ce propos les résultats de la pratique de son père pendant vingt-cinq ans, et les résultats de la sienne propre.

M. *Voltolini*, incidemment, rappelle le conseil qu'il a donné de renverser la tête complètement pour faciliter la sortie des corps étrangers qui sont dans le cul-de-sac formé par le tympan et la partie osseuse du conduit externe.

— M. *Ménière* lit un autre mémoire sur *quelques cas de périostite aiguë de la région mastoïdienne, consécutive à des inflammations de l'oreille externe, seule, sans lésions de la caisse.* — Il conclut en disant qu'il faut surveiller attentivement les inflammations furonculeuses ou phlegmoneuses de l'oreille externe, lorsque le point de départ se trouve à la partie postéro-supérieure et moyenne. Dès qu'on s'aperçoit que la rougeur, les douleurs, l'empâtement et la tuméfaction sont arrivés à un certain degré d'intensité, ne pas attendre qu'on trouve de la fluctuation, et faire une incision sur l'apophyse en débridant le périoste jusqu'à l'os. L'amélioration est prompte et la guérison suit de près.

La discussion s'engage sur quelques points de détail entre MM. *Voltolini*, *Guye*, *Delstanche* et *Ménière*.

— M. *Voltolini* montre ensuite quelques instruments destinés à la *rhinoscopie*. — Un abaisse-langue à crémaillère dont la palette inférieure s'adapte sous le menton; des galvano-cautères de différentes espèces.

— M. *Ménière* fait voir à ses collègues les modifications qu'il a fait subir à l'*otoscope américain* ou de Hirton; les tubes spécialement sont fendus longitudinalement sur un de leurs côtés. On peut, par cette fenêtre opérer dans le conduit, avec un éclairage parfait et un grossissement qui rend plus faciles les manœuvres du chirurgien. M. Ménière montre encore le serre-nœud coudé de M. Laduit de la Charrière, auquel il a fait subir la modification suivante : les deux extrémités du tube où glisse le fil métallique sont en acier, mais le reste du tube est en argent, de telle sorte que l'opérateur peut lui donner toutes les courbures nécessaires lorsqu'il faut enlever les polypes situés profondément dans un point difficile à atteindre. Ces manœuvres étaient impossibles, avec le serre-nœud rigide.

A. LUTAUD.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

SUR LE MODE D'ACTION DU CHLORAL ENVISAGÉ COMME ANESTHÉSIQUE. Note de M. *Arloing*. — Les trois questions suivantes se posent encore aujourd'hui : Le chloral se dédouble-t-il ou ne se dédouble-t-il pas dans l'économie animale? 2° Dans l'affirmative, ce dédoublement est-il la condition nécessaire à la production de l'anesthésie? 3° Quelle est la part respective qui revient au chloroforme et aux formiates alcalins dans les phénomènes consécutifs à l'absorption du chloral?

L'auteur a fait, en quelque sorte, la synthèse du chloral à l'intérieur des vaisseaux, *en injectant séparément dans les vaisseaux la quantité de chloroforme et de formiate alcalin qui serait fournie par une dose anesthésique de chloral*, et il en a enregistré tous les effets, partant de cette idée que, s'il obtenait par ce procédé expérimental toutes les modifications circulatoires qui caractérisent l'absorption du chloral, il posséderait la notion du dédoublement de ce corps dans le milieu sanguin. Dans ses notes précédentes; il avait décrit les effets du chloral, du chloroforme et du formiate de soude sur la circulation. Or, en injectant une solution de formiate de soude dans les veines d'un âne ou d'un cheval déjà chloroformisé, on voit les tracés de la pression artérielle et veineuse, des pulsations et de la vitesse du sang dans les artères, prendre graduellement les caractères des tracés de la circulation. Les troubles circulatoires produits par le *chloral* présentent donc *la résultante des modifications qui sont l'apanage du chloroforme et des formiates alcalins.* Le dédoublement du chloral dans le sang paraît donc évident.

Les effets anesthésiques du chloral ne sont pas dus, comme le croit M. Byasson, à l'action combinée du chloroforme à l'état naissant et de l'acide formique; car les expériences que M. Arloing a entreprises avec un formiate alcalin l'ont convaincu que ce sel ne diminue pas la sensibilité. Il estime que l'anesthésie chloralique est produite par le chloroforme; quant aux formiates alcalins qui se développent simultanément, ils contribuent à l'anesthésie par leur action vaso-dilatatrice, en portant le chloroforme plus rapidement et en plus grande abondance aux centres nerveux et à la terminaison des nerfs sensitifs.

L'auteur conclut donc : 1° que le chloral se décompose en chloroforme et formiates alcalins dans le sang des animaux; 2° que les effets anesthésiques du chloral sont dus au chloroforme; 3° que les formiates alcalins favorisent mécaniquement leur production en augmentant la vitesse de la circulation et en facilitant ainsi l'imprégnation des éléments nerveux par l'agent anesthésique.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. *Larrey* offre en hommage une série de portraits de médecins et chirurgiens français et étrangers. Des remercîments sont adressés par M. *le Président* à M. Larrey, au nom de l'Académie.

MM. *Mathieu fils*, fabricants d'instruments de chirurgie, adressent un pli cacheté, dont le dépôt est accepté.

Service de la vaccination en Cochinchine. — M. *J. Rochard* fait une communication relative à un rapport de M. le docteur Chédan, médecin de la marine, sur la vaccination en Cochinchine, du 18 mars 1878 au 10 février 1879.

La pratique des vaccinations avait présenté de sérieuses difficultés en Cochinchine, jusqu'au moment où un service spécial avait été créé par le gouverneur de la colonie, et confié à M. le docteur Chédan.

Parti de Saïgon le 3 mai 1878, M. Chédan y est revenu définitivement le 11 février 1879, après avoir parcouru la Cochinchine tout entière et porté la vaccine dans 15 des 19 arrondissements qui la composent. Dans ce laps de temps, il a pratiqué 12876 vaccinations et obtenu 11150 succès.

Ce n'est pourtant là qu'un premier essai. La population de la Cochinchine est évaluée à 2 millions d'habitants; le nombre des naissances déclarées en 1879 a été de 27458, mais ce nombre est évidemment trop faible, et beaucoup d'Annamites ont omis de déclarer leurs enfants. Quoi qu'il en soit, même en se tenant à ce chiffre, si l'on songe à la quantité considérable d'enfants de plus d'un an qui ont été présentés à la vaccination, on verra qu'il reste encore beaucoup à faire. Toutefois, les résultats obtenus seront assez sensibles pour convaincre les indigènes et pour les encourager à se soumettre, eux et les leurs, à l'inoculation préservatrice. Les voyages périodiques accomplis par le médecin vaccinateur leur rendront cette obligation facile, et, dans l'intervalle, le vaccin sera cultivé dans les parties où la population plus dense permet aux médecins de l'entretenir en vaccinant toutes les semaines.

M. *Raynaud* dit avoir appris de l'amiral Lafont que la vaccination animale n'a pas donné des résultats satisfaisants en Cochinchine. Elle est restée complètement stérile sur les enfants et a même fini par s'éteindre chez les animaux.

M. *Rochard* remercie M. Raynaud de son observation, qui concorde du reste avec les siennes.

M. *Depaul* applaudit aux efforts qui se font dans les pays lointains pour propager la vaccine; mais il a été frappé d'une observation faite par M. Raynaud en ce qui concerne la vaccine animale.

M. Raynaud a dit que la vaccination animale n'avait pas réussi, mais il faudrait savoir dans quelles conditions elle a été pratiquée. Il croit donc qu'il faut réserver son appréciation jusqu'à ce qu'on connaisse de plus amples détails. Sur quels animaux la vaccine a-t-elle été pratiquée? dans quelles conditions? Pour son compte il maintient, jusqu'à plus ample informé, que la vaccine animale est aussi sûre et aussi saine que la vaccine humaine.

M. *J. Guérin* rappelle qu'il a combattu la vaccine animale lorsque la discussion sur cette question a été amenée devant l'Académie de médecine. Il n'a pas changé depuis, et pense que la vaccine animale a été désastreuse pendant le siège de Paris.

M. *Depaul :* M. Guérin a fait des observations lorsque la commission fonctionnait, mais il n'a assisté qu'à une seule des expériences pratiquées à cette époque. On ne peut contester les résultats obtenus pendant quinze mois, et qui ont été consignés dans le rapport adressé par la commission au ministre. En Amérique, on ne pratique plus la vaccination qu'avec des génisses.

Quant à l'opinion de M. Guérin, il la respecte, mais il attend pour l'accepter qu'elle soit appuyée par des faits et des statistiques.

M. *Guérin* reviendra sur cette discussion qui lui paraît épuisée; quant à présent, il maintient son opinion telle qu'elle a été autrefois formulée. Il pense que le virus introduit par les génisses est une vaccine trompeuse qui n'a pas les propriétés antivarioliques du vaccin humain.

Service de la vaccine a l'Académie. — M. *Hervieux* fait une communication sur le service de la vaccine dont il est chargé, en remplacement de M. Blot, éloigné de l'Académie pour des raisons de santé. M. Hervieux a pour but, en faisant cette communication, de répondre à quelques médecins qui se sont faits les détracteurs injustes du service de la vaccine à l'Académie.

Du 5 mai au 9 septembre 1879, M. Hervieux a pratiqué de sa main 2091 vaccinations. Sur ce chiffre, il y a un grand nombre de revaccinations dont il n'a pu connaître les résultats, parce que les sujets revaccinés ne reviennent pas. Mais 1376 enfants ayant été représentés pour obtenir le certificat de vaccine, il a pu constater 1351 succès et 25 insuccès, ce qui donne une proportion de 1,81 pour 100 d'insuccès, par conséquent moins de 2 pour 100.

Les 1351 enfants représentés, après avoir subi pour la plupart quatre piqûres à chaque bras, ont fourni un total de 6703 pustules vaccinales, ce qui donne une moyenne de 5 pustules par enfant.

Le vaccin a été pris au huitième jour après l'inoculation, moment où M. Hervieux pense que le virus jouit de toute son efficacité. Il n'en est pas de même en Cochinchine, où l'évolution vaccinale se faisant, sous l'influence probable du climat, avec plus de rapidité, il convient de prendre le vaccin au sixième jour et non au huitième. Les insuccès signalés par le rapport de M. Chédan tiennent sans doute, suivant M. Hervieux, à l'omission de cette précaution.

A propos de l'intéressante communication de M. Hervieux, M. *Depaul* présente quelques remarques sur l'évolution de la pustule vaccinale. Cette évolution n'est pas soumise à des règles absolues, et varie suivant les climats et la température ambiante, l'âge des enfants, etc.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

REVUE DES JOURNAUX

De l'extirpation du goître sous-sternal, par M. E. Rose.

Chez un homme de vingt-deux ans, atteint d'une dyspnée inquiétante causée par un goître assez peu volumineux, mais ayant une grande tendance à progresser, sous le sternum, l'auteur se décida à tenter l'extirpation. L'opération dura près de deux heures, et ne donna lieu à aucun accident. Cinquantre-deux ligatures furent laissées dans la plaie. « Les vaisseaux sont à nu, et quand on introduit le doigt dans la cavité en entonnoir de la fosse jugulaire, on sent la crosse de l'aorte battre entre la carotide gauche et le tronc brachiocéphalique. » Deux mois après la guérison était complète; le seul accident observé après l'opération fut une hémorrhagie secondaire assez considérable qui s'arrêta d'elle-même.

Il serait donc permis, d'après cela, de découvrir l'aorte elle-même, non-seulement momentanément, mais pendant des jours et des semaines! Si l'innocuité d'une pareille opération devait se confirmer, si les craintes des anciens chirurgiens devaient être considérées comme vaines, le traitement du goître sous-sternal deviendrait relativement simple, et cette maladie, considérée comme incurable, serait justiciable d'une opération tout au moins rationnelle. (*Archiv. für klin. Chir.*, t. XXIII, p. 339.)

Du choc de la pointe du cœur, par MM. Filehne et Penzoldt.

Il ne paraît pas que les discussions sur le mécanisme du choc de la pointe soient près de se terminer. Si un fait paraissait établi, c'était celui du mouvement de la pointe en avant, en bas et à gauche, pendant la systole. Or voici deux expéri-

mentateurs qui enseignent justement le contraire. Pendant la systole la pointe se déplace *à droite et en haut*. Pour constater ce fait, il suffit de réséquer quelques côtes sur un lapin ou un chien, d'irriter le bout central du nerf vague pour ralentir les battements du cœur. L'erreur des auteurs précédents est due à la difficulté de distinguer la systole de la diastole lorsque les battements sont précipités. Filehne et Penzoldt ont eu sous les yeux la femme que Kolaczek a présentée au congrès des chirurgiens allemands en 1879, et chez laquelle le cœur est à nu : ils ont pu constater chez elle, et très-nettement, le mouvement systolique à droite. Le déplacement de bas en haut est moins facile à reconnaître, ce qui tient peut-être à l'existence d'adhérences consécutives à l'opération (résection de côtes) qu'elle a subie. — Comme conclusion, il n'est pas permis d'invoquer, dans la théorie du choc de la pointe, un mouvement de projection en bas, en avant et à gauche : ce choc est probablement dû au changement de forme et au durcissement du cœur pendant la systole, au mouvement de torsion et de relèvement de la pointe. (*Centralbl. für med. Wiss.*, 1879, n°s 26, 27.)

Influence de la diminution de l'oxygène sur la quantité d'urée dans l'urine, par M. H. Eichhorst.

Les expériences sont faites sur des enfants atteints de croup. L'urine et le sang sont analysés pendant la période d'asphyxie, puis lorsque la respiration est rétablie. Le résultat est le même pour les six observations publiées; comme exemple je citerai simplement les conclusions de la deuxième :

1° La quantité d'urine chez l'homme en état de dyspnée diminue énormément ; si la dyspnée est considérable ou persistante, il y a anurie complète.

2° L'urée excrétée diminue parallèlement.

3° Dans le sang, pendant la dyspnée, il est impossible de reconnaître de l'urée. Par conséquent il est impossible d'admettre une formation exagérée de l'urée pendant et par le fait de la dyspnée, surtout dans ce cas, où elle était violente et où l'anurie dura plusieurs heures.

4° A mesure que la respiration se rétablit, l'urine et l'urée augmentent, cette dernière relativement et absolument.

5° D'où il est permis de conclure que c'est l'apport d'oxygène qui a donné lieu à cette augmentation. (*Virchow's Archiv*, t. LXXIV, p. 283.)

Du traitement local des maladies putrides des bronches et du poumon, par M. H. Curschmann.

Le traitement préconisé est applicable à tous les cas d'expectoration fétide, quelle que soit sa nature ou son origine. L'odeur quelquefois effroyable des crachats est souvent le moindre des inconvénients : elle indique, en effet, une décomposition qui, opérée au sein du poumon, détermine fatalement une extension des désordres locaux, une aggravation de l'état général. Pour lutter contre un pareil état de choses, le médecin peut employer deux méthodes : ou bien chercher à éloigner au plus vite les masses putrides, ou bien faire pénétrer jusqu'à elles des agents de désinfection. Le premier procédé est inapplicable en pratique, à cause de l'inefficacité des expectorants connus ; le second, au contraire, est journellement employé, et les procédés varient avec chaque auteur. — L'appareil conseillé par Curschmann ne paraît ni meilleur ni plus mauvais que les autres ; c'est toujours le même masque contenant une éponge imbibée du liquide antiseptique. Mais ce qui est intéressant, ce sont les expériences sur l'action comparée de la térébenthine, de l'acide phénique et du thymol. La térébenthine est versée à même sur l'éponge, et la vaporisation se fait facilement. Elle est bien supportée et ne produit pas l'irritation du poumon que craignait Traube. L'acide phénique et le thymol ont été employés en solution alcoolique, mais aussi (surtout pour le premier de ces médicaments) complètement purs. L'auteur ne craint ni les cautérisations locales, ni les inflammations du poumon, ni les crachats sanglants, ni la toux quinteuse ; sa confiance ne sera certainement pas partagée par tout le monde. — Suivent les résultats acquis dans la bronchite putride simple, la bronchiectasie, la gangrène pulmonaire.

La communication ci-dessus a été l'objet d'une discussion animée à la Société médicale de Berlin, le 5 mars 1879. Les membres présents admettent l'utilité du traitement proposé, son influence favorable sur l'état général et local du malade ; mais ils diffèrent d'avis au point de vue du procédé à employer. Senator emploie un masque en bois à double fond, très-analogue à celui de Curschmann. Souvent il se borne à saturer l'atmosphère ambiante du malade en versant sur les couvertures, l'oreiller, les vêtements, une solution d'acide phénique au 1/10e. Le thymol paraît mieux supporté que l'acide phénique.

Frænkel emploie une sorte de muselière qui rend de bons services. Il dit l'avoir employée lui-même pour se préserver de la diphthérie en visitant des malades. Les solutions d'acide phénique sont les plus actives, mais il faut craindre l'acide pur. On se sert quelquefois d'appareils plus gracieux et ressemblant à un cigare, importés de France. Ils ne valent pas la muselière, « parce que la plupart des gens respirent instinctivement par le nez » (!).

D'après Israel, ce serait une grosse erreur que de croire que les procédés dont il s'agit puissent produire une action quelconque dans la majorité des cas. Ce qui fait trop souvent la putridité de l'expectoration, c'est le difficile renouvellement de l'air. Dans ces cas, le médecin reste désarmé, à moins de faire comme Israel lui-même dans un cas dont il raconte sommairement l'histoire : de plonger un trocart fin dans la caverne et d'y faire passer une solution phéniquée. Mais il va de soi que ce procédé, qui confine au traitement chirurgical de la tuberculose, ne sera jamais que très-exceptionnel. (*Berl. klin. Woch.*, n°s 27, 29, 30; 1879.)

Un nouveau syndrome pathologique, par M. Bernhardt.

Ce syndrome consiste dans l'association d'un développement extraordinaire et général du système musculaire avec une raideur spéciale qui en empêche le fonctionnement. Chaque fois que le malade veut faire un mouvement, surtout d'une certaine étendue, se lever, marcher, étendre le bras, il rencontre dans ses muscles une résistance particulière. L'organe n'obéit pas complètement, et le mouvement produit est incorrect, ou bien il n'obéit pas du tout, et se raidit. Cette raideur peut aller jusqu'à une espèce de contracture qui produit des chutes sur le sol. Puis, lorsque la volonté a pris le dessus, tout rentre dans l'état normal : au bout de deux ou trois pas, la marche devient facile, la course de même. A la place des mouvements gauches, incomplets, lourds, on observe des gestes parfaitement corrects. Cette situation est d'autant plus extraordinaire que la musculature est plutôt développée d'une façon anormale qu'affaiblie, comme il a été dit plus haut.

En dehors de ces deux symptômes, raideur et hypertrophie musculaire, on ne trouve aucun autre phénomène pathologique. Rien du côté du système nerveux : ni faiblesse, ni douleurs, ni fourmillements, ni incoordination des mouvements, ni troubles sensoriels. Rien non plus du côté du muscle lui-même, et Ponfick ayant examiné un morceau de biceps enlevé à un de ces malades, l'a trouvé parfaitement normal.

Il est difficile de faire entrer dans les cadres actuels de la pathologie une affection aussi obscure. Il est sage de s'abstenir de tout jugement et d'attendre des recherches ultérieures.

Les faits connus jusqu'ici sont bien peu nombreux : six à huit tout au plus, et encore ne se ressemblent-ils pas entièrement. On trouvera dans le mémoire de Bernhardt la liste de ces observations, ainsi que les hypothèses des auteurs sur la nature de la maladie, hypothèses au moins prématurées et sur lesquelles je n'insiste pas. (*Virchow's Archiv*, t. LXXV, p. 516.)

Travaux à consulter.

De l'analgésie chirurgicale obtenue par l'action combinée de la morphine et du chloroforme. — Il résulte des observations du docteur Guibert (de Saint-Brieuc) qu'on peut substituer à l'anesthésie habituelle obtenue par l'inhalation d'une quantité plus ou moins grande de chloroforme une simple analgésie, de telle façon qu'un malade chez lequel la sensibilité est abolie conserve son intelligence et puisse, en quelque sorte, assister en curieux à l'opération qu'il subit. On éviterait ainsi les inconvénients et les dangers de la chloroformisation ordinaire. Il suffit, pour atteindre ce but, de faire précéder l'inhalation du chloroforme d'une injection sous-cutanée de 1 à 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine. L'injection est faite quinze minutes avant l'inhalation. Celle-ci est continuée jusqu'à ce que le patient commence à manifester quelque trouble intellectuel. A ce moment l'opération peut être pratiquée. On continue à donner le chloroforme à dose très-ménagée, de manière à entretenir l'état analgésique. M. Guibert cite plusieurs cas très-satisfaisants. Ces faits sont peu connus. Cl. Bernard avait préconisé l'anesthésie mixte. En 1872 et 1877, M. Guibert en fit l'objet de présentations à l'Académie des sciences. Des expériences encourageantes ont été faites au Collége de France, dans le laboratoire de M. Marey. En mai dernier, M. Bossis en a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Emploi du tannate de pelletiérine contre le tænia, par M. Le Vaillant. — Il s'agit d'un homme vigoureux, qui avait rendu des anneaux de tænia pour la première fois cinq mois avant le traitement; la quantité rendue à plusieurs reprises avait été considérable, mais la tête n'avait point été évacuée. On donne : *tannate de pelletiérine*, 45 centigrammes; une demi-heure après, céphalalgie qui dure pendant quatre heures. Deux heures après l'administration du médicament on donne 40 grammes d'huile de ricin. Trois heures après l'absorption du médicament et sans aucune colique, le malade rend 6 mètres d'un tænia énorme (la tête est évacuée). Ultérieurement le malade n'a plus rendu d'anneaux.

La pelletiérine est donc un médicament sûr, facile à administrer et ne produisant aucun accident, car la céphalalgie qu'on a observée dans ce cas peut très-bien être attribuée à l'alcoolisme du malade, qui était des plus prononcés. Quant à l'utilité du purgatif, l'auteur la croit au moins douteuse. (*Journal de thérapeutique*, n° 6, p. 204, 25 mars 1879.)

Recherches anatomiques sur le nerf dépresseur chez le mouton, l'homme et le chien, par M. Kreidmann. — L'auteur a d'abord recherché le nerf dépresseur sur les animaux intermédiaires au lapin et au chien. Sur le mouton, ce nerf existe enfermé dans la même gaîne que le pneumogastrique; il forme un rameau nerveux que distingue sa couleur plus claire. Il naît du laryngé supérieur et par une seconde racine plus grêle du tronc même du pneumogastrique. La partie supérieure, pendant une longueur de 7 à 8 millimètres, est seule séparée; plus bas il se confond avec le pneumo-gastrique, dont le sépare seulement sa couleur plus claire. Partant de cette découverte, Kreidmann a cherché ce nerf chez l'homme et chez le chien. Voici le résumé de ses recherches : Chez l'homme, le nerf dépresseur est uni intimement au pneumogastrique pendant tout son trajet; ce n'est qu'à la partie supérieure du cou, au niveau de l'origine du laryngé supérieur, que l'on voit se détacher du faisceau interne du pneumogastrique un petit rameau nerveux qui tout en restant dans la même gaîne est cependant isolé pendant un trajet de 3 millimètres à peu près, et a une teinte qui tranche sur le tronc commun. Pour l'auteur, c'est le nerf dépresseur. Chez le chien, la disposition est la même, seulement ce nerf s'unit tantôt au vague, tantôt au grand sympathique. (*Archiv für Anatomie und Physiologie* de Du Bois-Reymond, fascicule 5; 1878.)

La comédie et la musique dans leurs rapports avec la santé, par le docteur E. Verrier de Villers. — C'est un travail plutôt littéraire qu'hygiénique, qui cependant signale quelque utilité du rire et des émotions douces dans les cas d'hypochondrie. Il y aurait évidemment, au sein de la population d'une grande ville, matière à une étude sérieuse sur les avantages et les inconvénients du théâtre comme modérant la débauche. Peut-être même le genre qu'une pièce connue vient d'inaugurer n'est-il pas sans utilité. Il me souvient d'avoir entendu un de mes maîtres dire qu'il voudrait voir répéter en public et souvent les belles expériences de M. Magnan sur l'alcoolisme et l'absinthisme, espérant tirer quelques avantages du spectacle terrifiant présenté par les animaux; peut-être le théâtre pourrait-il agir dans le même sens, et la hideur de certaines peintures acquérir de l'utilité par leur dépravation exagérée. (*Journal d'hygiène*, 1878, nos 94 et 95.)

BIBLIOGRAPHIE

Collection choisie des anciens syphiliographes. — Jacques de Béthencourt; traduction et commentaires par Alfred Fournier. 1 vol. in-18, 3 fr.; sur Hollande, 5 fr. — **Jean de Vigo**; traduction et commentaires par le même. 1 vol. in-18, 3 fr.; sur Hollande, 5 fr. — **Jean Fernel**; traduction, préface et notes par L. Le Pileur. 1 vol. in-18, avec portrait et autographe, 12 fr.; sur Hollande, 15 fr. — Paris, G. Masson.

Les vieilles éditions elzéviriennes des ouvrages médicaux n'ont jamais été très-recherchées, tandis qu'on s'est toujours disputé et qu'on se dispute encore celles des œuvres classiques de l'antiquité. Si l'on était tenté de tirer de ce contraste quelque induction défavorable sur le goût des médecins, nous pourrions maintenant renvoyer le reproche à nos ancêtres; car voici que l'elzévir renaît de ses cendres, aussi élégant, aussi coquet qu'autrefois, sur papier de Hollande, avec le type arrondi et la largeur de marge caractéristiques. C'est sous cette forme, en effet, que la maison G. Masson édite une collection des anciens syphiliographes, commencée par M. A. Fournier et continuée par M. L. Le Pileur.

M. Fournier a traduit d'abord, en 1871, le poëme célèbre de *Fracastor;* puis, dans la même année, le premier livre publié en France (mais écrit en latin) sur le mal vénérien : *Le nouveau carême de pénitence*, par Béthencourt; enfin, en 1872, un extrait de la *Chirurgie* de Jean de Vigo, relatif à la même maladie. Depuis cette époque, on n'entendait plus parler de la collection, quand, cette année même, M. le docteur Le Pileur, médecin de l'hospice de Saint-Lazare, où il voit le *mal français* de près, donna une traduction de l'ouvrage posthume de Jean Fernel sur *le meilleur traitement du mal vénérien.*

Nous ne savons ni où s'arrêtera l'entreprise de nos confrères, ni sur quels livres elle portera dans l'avenir; mais nous nous permettrons de leur demander s'il n'y aurait pas intérêt à remonter plus haut dans la littérature syphilographique. A coup sûr, on n'y trouverait rien d'aussi instructif que dans Jean de Vigo et dans Béthencourt, éclairés par l'expérience déjà répandue de la maladie, et surtout que dans Fernel, venant encore après eux. Mais ne serait-ce pas un spectacle attachant et, d'une autre manière, également instructif, que de suivre dans les premiers témoins oculaires de « l'épidémie » les impressions produites, les opinions suscitées, les débats soulevés par l'explosion d'un si extraordinaire et si redoutable fléau? Le *Mal français* de Jean de Vigo (1514) est postérieur de près de vingt ans, et le *Carême de pénitence* (1527) de plus de trente ans, à l'apparition de la maladie. Ne trouverait-on rien à reproduire de Léonicène, par exemple, qui, dès 1497, publiait chez Alde un opuscule : *De epidemia quam vulgo morbum gallicum vocant;* de Torella, dont le *Tractatus cum consiliis circà pudendagram* est

aussi de 1497; ou de Cataneo, qui a publié en 1505 son *De morbo gallico tractatus?* Au reste, MM. A. Fournier et Le Pileur seraient mieux que nous en mesure de faire un choix dans la collection d'écrits syphiliographiques qui a précédé la leur de plus de trois siècles, celle d'Aloysius Luisinus; et nous serions des premiers à leur conseiller de ne pas rééditer *in extenso* ceux-là mêmes qui auraient paru le plus mériter de ne pas être oubliés; mais d'agir avec eux comme l'a fait M. Fournier avec Béthencourt, c'est-à-dire de leur emprunter ce qu'ils ont écrit de plus digne de l'attention, soit du savant, soit de l'historien, pour réunir le tout en un seul petit volume. On verrait ainsi d'un coup d'œil par quelles phases a passé l'interprétation nosologique et le traitement de la maladie. L'Europe médicale moderne a connu jusqu'à un certain point cet état des esprits, quand elle a été envahie par le choléra indien; et si, préparée déjà par des écrits au tableau symptomatique qui allait se dérouler, elle a été moins déroutée que ne l'a pu être l'Italie du XVIe siècle, au moins est-il vrai qu'elle s'est profondément divisée sur la nature de l'épidémie comme sur les moyens de la combattre. L'éléphantiasis, l'action des météores, l'influence estivale des premiers observateurs du mal vénérien, feraient le pendant de l'entérite d'un certain nombre des premiers observateurs français du choléra.

Il faut pourtant reconnaître que les ouvrages qui ont eu les premières préférences de MM. Alfred Fournier et Le Pileur étaient ceux qui étaient les plus capables d'exciter la curiosité. Ecrits, nous venons de le dire, à une date où les praticiens avaient eu le temps de se reconnaître et d'étendre leurs investigations, ils apportent à la caractéristique du mal, à son étiologie, à ses modes de transmission, des éléments précieux. Sous ce rapport même, on ne peut les lire sans remarquer combien un esprit droit et sagace sait encore trouver son chemin dans le domaine de l'observation à travers les systèmes absurdes, les préjugés bizarres où son siècle l'a engagé. Béthencourt fait ce raisonnement : Le mal français est un résultat de la débauche, un péché de l'âme et du corps : tout péché n'est remis qu'au prix d'une expiation; l'expiation ici, la pénitence, sera une cure de gaïac; et le mercure, qui sera dans le corps un *vexatoire ennemi*, y installera un purgatoire terrestre. Fernel, l'illustre Fernel, est infesté d'astrologie, et la conjonction des centres lui explique bien des choses, notamment les épidémies. Nous ne connaissons pas de superstition à mettre à la charge de Jean de Vigo; mais il serait étrange que, au temps où il vivait, il en fût exempt. Néanmoins, les uns et les autres ont suivi avec beaucoup de justesse et de pénétration les traits essentiels de la maladie inconnue (*morbus ignotus*). Fernel, notamment, cesse de rêver pour la distinguer des vraies épidémies.

Cette sûreté de vue qui distingue les trois observateurs, l'un d'eux s'est chargé de la faire connaître ou de la rappeler à la génération moderne par une voie singulière et piquante. Il a, paraît-il, écrit de l'autre monde à M. Fournier, qui la certifie conforme, une longue lettre dans laquelle il énumère tous les points sur lesquels l'observation des premiers syphiliographes, tels que Aquilanus, Bonivoni, Torella, Maynard, Béthencourt, Massa, Théodose, Jove, Montanus, Mattioli et d'autres, avaient assez clairement reconnu et noté les faits principaux qui ont servi de bases aux « *doctrines modernes* ». — Vous croyez, dit à peu près ce Jean de Vigo, avoir imaginé que le mal vénérien est spécifique. Spécifique, si vous voulez; mais nous l'appelions distinct, nous le séparions de toutes les maladies connues. Vos *lois*, nous les connaissions. Nous savions très-bien que la série des accidents s'ouvrait par une lésion locale, par une ulcération, par des *boutons* qui s'ulcèrent, et votre chancre n'est rien de plus. Ce chancre, vous vous vantez de l'avoir *induré*. Pas du tout; Torella, Lobera, Massa, Thierry de Héry et moi, Jean de Vigo, qui vous parle, nous avions parfaitement vu que l'*ulcère virulent* s'entourait bel et bien de *callosités*, lesdites callosités étant pour nous le signe certain et caractéristique du mal. Avez-vous seulement découvert que cette plaie, si petite parfois, ou si bien dissimulée dans les replis du prépuce, était la source empoisonnée où s'infectaient et le malade lui-même et ceux qui l'approchaient? Lisez donc un peu Béthencourt : « Le mal vénérien est une *diathèse* reconnaissant comme origine le commerce sexuel et la contagion, se révélant à son début par des ulcères qui se produisent soit sur les organes génitaux, soit sur les parties où la contagion s'est exercée; altérant ensuite les humeurs et se caractérisant alors par des éruptions, des tumeurs, des ulcères, des douleurs, etc. » On vous fait grâce du reste; mais sur ce chapitre seulement, car je n'ai pas fini. Il se passe, dites-vous, un certain temps entre la production de la lésion locale et celle des accidents généraux, et c'est ce que vous appelez savamment l'incubation. Je le crois bien, car c'est précisément votre serviteur qui a signalé cette incubation et qui en a même fixé le terme à six semaines. Et quand enfin l'infection s'est produite, quand les accidents consécutifs ont apparu, qui a dit que les premiers accidents consécutifs sont contagieux, qu'ils se transmettent des nourrices aux nourrissons; mais que plus tard « *à une période avancée*, ils semblent dépourvus de tout pouvoir contagieux? » Qui a découvert cela? Nous! Et je vous renvoie encore au *Carême de pénitence* et à maint autre livre du même temps. Voulez-vous que nous causions traitement? C'est moi, entendez-vous bien, qui ai le premier cautérisé le bouton ulcéreux à son début; qui l'ai cautérisé pour le faire avorter et pour empêcher, par cet avortement, l'infection. Est-ce clair? C'est moi encore, c'est nous tous, les confrères de la fin du quinzième siècle et du commencement du seizième, qui avons reconnu l'efficacité du mercure, qui avons posé les indications de son emploi et qui avons les premiers signalé la nécessité d'y revenir de temps à autre, après la disparition des accidents, afin de prévenir la récidive.

Voilà ce que M. Fournier assure lui avoir été écrit par Jean de Vigo : il ne dit pas si c'est de l'enfer ou du paradis (si la lettre eût été de Béthencourt, elle fût venue sans doute du *purgatoire*); mais ce qui autorise à placer parmi les justes, sauf erreur, le chirurgien de Jules II, c'est le sentiment d'équité dont il fait preuve, parmi tant de revendications, à l'égard de nos syphiliographes contemporains. Nous n'avons pas besoin de dire qu'il ne réclame ni pour lui ni pour ses amis la découverte du chancre mixte; il n'est même pas très-explicite sur le chancre simple. Mais ce qui nous plaît dans sa lettre, c'est qu'il reconnaît que ces observations si exactes, si précises, parfois si profondes, avaient été fort dénaturées avec le temps, et qu'il était opportun au XIXe siècle de procéder à une « restauration scientifique ». Aussi, adresse-t-il à celui qui a été le principal agent de cette restauration et à ses diciples de grands éloges, auxquels personne n'aura envie de contredire. Au demeurant, cet appel déterminé à la vérité historique d'un côté, et, de l'autre, cette justice rendue à ceux qui ont rétabli, définitivement consolidé et notablement agrandi la vérité en matière syphiliographique, nous paraissent d'autant plus le comble de la sagesse que cela répond à ce que nous avons fait bien des fois nous-même.

On ne devine pas pourquoi le spirituel correspondant de M. Fournier, parlant non-seulement en son nom, mais aussi au nom des auteurs qui ont écrit après lui, n'est pas allé jusqu'à Fernel, dont l'ouvrage *Sur le meilleur traitement du mal vénérien* ne parut, il est vrai, que plus de vingt ans après sa mort (1558, d'après les supputations de M. Chéreau et de M. Le Pileur), mais qui n'en est pas moins contemporain de Jean de Vigo. C'était une assez bonne mine à exploiter. Le livre de Fernel est en effet, lui aussi, semé d'observations cliniques qui restent toujours exactes et qu'on ne pourrait pas beaucoup rajeunir. C'est lui qui réellement achève de spécifier un principe contagieux, lequel ne produit quelquefois ses effets que tardivement, « comme le venin du chien enragé ». Ce quelquefois marque

la distance de l'observation ancienne au doctrinalisme moderne, et cette distance est grande; mais comme le dit le traducteur dans une de ses notes, « Quel talent n'a-t-il pas fallu pour arriver à cet aphorisme, que la confrontation ou l'inoculation ont seules pu prouver? » On voit que l'édition nouvelle est accompagnée de notes, ce qui n'a pas lieu pour celles de Vigo et de Béthencourt, où elles sont, il est vrai, suppléées, à l'égard du premier par la *lettre d'outre-tombe*, et à l'égard du second, par une introduction assez développée. D'autres particularités propres à la nouvelle édition de Fernel sont: d'abord, que le texte latin y est mis en regard de la traduction; puis, que le livre *Sur le meilleur traitement* est suivi de fragments tirés des œuvres du même auteur et ayant trait également au mal vénérien; le tout avec *manchettes* ou indications marginales des sujets traités. Fernel, dans les diverses parties de ses œuvres, se copie lui-même, ce qui est son droit; mais il faut bien reconnaître avec M. Le Pileur qu'il pille parfois les autres avec le même sans-façon, notamment Ulrich de Hutten. Le traducteur fait remarquer obligeamment que c'était alors la mode. C'est une excuse.

A. Dechambre.

Index bibliographique.

Impressions et aventures d'un diabétique a travers la médecine et les médecins, traduit de l'anglais par le docteur ***. — 1879. Chez V. A. Delahaye et Cie.

L'auteur de ce petit volume humoristique met en scène un riche gentleman diabétique qu'il promène dans les cabinets des principaux médecins et dans les stations thermales les plus fréquentées. Le héros de l'histoire est doué d'une heureuse insouciance et fait gaiement la critique de toutes les médications qu'il a suivies et de tous les médecins qu'il a consultés. Il ne faudrait pas chercher une histoire scientifique du diabète dans une œuvre aussi légère; la lecture en est véritablement agréable, et le livre, écrit par un homme d'esprit, a sa place marquée sur la table des salons médicaux et des salles de lecture des stations fréquentées par les diabétiques.

Recherches sur les hypertrophies cardiaques secondaires, par M. Letulle. — 1879. Chez Asselin.

Trois théories se trouvent en présence pour expliquer l'hypertrophie cardiaque. Dans la première, représentée par Vogel, Henle, Kölliker, il y a augmentation numérique, multiplication des fibres musculaires. Dans la seconde, Rokitansky, Bamberger, Virchow, Robin, repoussent l'hyperplasie numérique et admettent une simple hypernutrition des faisceaux musculaires existants. Une troisième théorie soutient que l'hypertrophie du cœur est due à la fois à l'augmentation de volume des fibres, peut-être même à une néoformation qui ne serait cependant pas démontrée; mais qu'il faut aussi tenir compte des altérations du tissu conjonctif, de l'épaississement de l'endocarde et du péricarde, de la dilatation des vaisseaux et même de l'augmentation de volume des nerfs. C'est la théorie des lésions complexes soutenue par Cornil et Ranvier, Zielonko et Zehetmayer.

D'un autre côté, les hypertrophies cardiaques peuvent être rangées en deux classes, suivant qu'elles sont primitives ou secondaires. Ces dernières, consécutives à une altération des membranes du cœur, des vaisseaux, des poumons et des reins, sont incomparablement les plus fréquentes. Ce sont les seules dont M. Letulle s'est occupé.

L'auteur soumet à une étude microscopique très-complète les altérations des divers éléments du tissu cardiaque. Cette étude l'amène aux conclusions suivantes

L'hypertrophie secondaire du cœur consiste essentiellement, au début, en une hypernutrition progressive des faisceaux primitifs; cette hypernutrition est irrégulière. Les noyaux musculaires participent à l'hypernutrition des faisceaux, dont le volume ne dépasse jamais 32 μ. Quant à l'hyperplasie numérique, elle n'est pas démontrée.

Deux périodes doivent être distinguées dans l'hypertrophie. Dans la première, il y a simple hypernutrition musculaire et prolifération du tissu cellulaire interstitiel. Dans la seconde, les fibres musculaires hypertrophiées s'atrophient et dégénèrent. Le tissu conjonctif s'épaissit, et il survient une cirrhose interstitielle diffuse des parois du cœur, qui subit ainsi une véritable déchéance organique. Cette cirrhose arrête toujours l'hypertrophie dite *providentielle*, qui ne peut être, par conséquent, indéfiniment progressive.

La cirrhose est ordinairement tardive; mais elle peut survenir rapidement quand des lésions vasculaires existent déjà au début de l'hypertrophie.

En tout cas, il est toujours utile de modérer la marche de l'hypernutrition musculaire, qui aboutit tôt ou tard aux lésions *de déchéance*. Les révulsifs, l'iodure et le bromure de potassium, l'arsenic, peuvent rendre en pareilles circonstances de réels services.

M. Letulle a joint à son travail une planche où sont fidèlement représentées les lésions qu'il a si consciencieusement étudiées.

Morphologie du cerveau, pour l'étude des localisations des centres excito-moteurs des hémisphères, et de l'opération du trépan, par le docteur Gavoy, médecin-major. — Alger, 1879.

Les études relatives à l'anatomie et aux fonctions de l'encéphale se sont tellement multipliées depuis quelques années, qu'il est indispensable, pour suivre les descriptions des auteurs et l'analyse des faits cliniques, de connaître à fond la topographie du cerveau, les fonctions assignées à ses diverses parties et les dénominations nouvelles introduites dans cette partie de la science. Le but que s'est proposé M. le docteur Gavoy est de faciliter cette étude en réunissant dans une sorte de sommaire les points importants de la morphologie cérébrale, des rapports établis entre les lésions organiques du cerveau et leurs symptômes cliniques, et un aperçu de la topographie crânio-cérébrale.

Des planches bien faites facilitent l'intelligence des descriptions. On voit facilement que toutes les recherches modernes qui ont éclairé ces points obscurs de pathologie sont familières à l'auteur, qui s'est efforcé de les vulgariser et de les rendre plus facilement accessibles.

Traité d'anatomie topographique, avec applications a la chirurgie, par M. P. Tillaux. 2e édition; 2 vol. in-8 de 1060 pages, avec planches coloriées. — Paris, 1879. Asselin.

En moins d'un an ce livre a été épuisé. C'est un succès qui ne nous étonne nullement et que nous avions prévu lorsque nous avons rendu compte de l'œuvre de M. Tillaux (*Gazette hebdomadaire*, 1878, n° 3, p. 46). Cette seconde édition renferme un chapitre entièrement nouveau sur la topographie crânio-cérébrale. Nous devons signaler les figures plus ou moins schématiques sur les circonvolutions cérébrales, sur les rapports du cerveau avec la boîte crânienne, la coupe verticale et transversale du cerveau passant par les tubercules mamillaires. Les notions anatomiques qui les accompagnent ne sont pas seulement intéressantes pour les chirurgiens, mais leur connaissance est indispensable aux médecins et aux anthropologistes, et c'est consacrer les progrès de la pathologie cérébrale que de faire figurer ces notions élémentaires dans un livre classique. Nous en félicitons M. Tillaux, et nous lui souhaitons de nouvelles éditions et des acquisitions aussi importantes que le chapitre qu'il vient d'ajouter à son excellent livre.

De la rétention incomplète d'urine, au point de vue anatomique et clinique, dans les cas de lésions prostatiques et de rétrécissements de l'urèthre, par le docteur Alfred Jean. In-8 de 156 pages. — Paris, 1879. V. A. Delahaye et Cie.

Ce travail, qui a été couronnée par la commission du prix Civiale, a été inspiré par l'enseignement clinique de M. Guyon; il n'est donc pas nécessaire d'insister sur la valeur des vingt-trois observations qui lui ont servi de base; mais ce que nous voulons signaler, c'est l'importance particulière du sujet pour les médecins. En effet, nous recommandons la lecture du chapitre consacré aux symptômes de la rétention incomplète; celle-ci, en effet, est caractérisée par la fréquence et la douleur des mictions, la stagnation de l'urine, la polyurie, les troubles digestifs et la fièvre; la polyurie surtout mérite notre attention, car elle est un phénomène observé dans la plupart des cas! C'est ce symptôme qui peut égarer longtemps le praticien qui n'est pas spécialement prévenu de l'importance d'un examen approfondi de la vessie, alors que les symptômes sembleraient devoir écarter toute idée de rétention; or, c'est dans ces cas de rétention incomplète que le diagnostic établi dès le début peut avoir une action heureuse sur le traitement d'une affection malheureusement des plus graves.

VARIÉTÉS

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Amphithéâtre d'anatomie, années 1879-1880. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 13 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les concours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant : 1° *Anatomie topographique :* M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis; 2° *Physiologie :* M. le docteur Schwartz, prosecteur, les mercredis et samedis; 3° *Anatomie descriptive :* M. le docteur Henriet, prosecteur, les mardis et jeudis; 4° *Histologie :* M. le docteur Balzer, chef du laboratoire, les mardis et samedis, à trois heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

SOCIÉTÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS DE L'ARMÉE FRANÇAISE. — Conformément à une demande de la Société de secours aux blessés, M. le ministre de la guerre vient d'approuver le costume et les insignes des diverses catégories du personnel actif de la Société en temps de guerre. Ces insignes sont les suivants : Pour les membres du conseil, six croix d'or sur drap au collet; pour les délégués d'armée, cinq croix d'or sur drap au collet; pour les délégués régionaux, quatre croix d'or et une croix d'argent au collet; pour les membres du comité de province, quatre croix d'or sur drap au collet; pour les médecins en chef, trois croix d'or sur collet de velours cramoisi; pour les médecins traitants, deux croix d'or sur collet de velours cramoisi; pour les médecins-aides, une croix d'or sur collet de velours cramoisi; pour les pharmaciens en chef, trois croix d'or sur collet de velours vert; pour les pharmaciens, deux croix d'or sur collet de velours vert; pour les pharmaciens-aides, une croix d'or sur collet de velours vert; pour les aumôniers, trois croix d'or sur velours noir; pour les aumôniers auxiliaires, deux croix d'or sur velours noir; pour les comptables, deux croix d'argent sur drap au collet; pour les aides-comptables, une croix d'argent sur drap au collet. Ces croix sont répétées sur la casquette et sur le collet de la capote. Le sergent brancardier porte une croix sur la manche; un bras de la croix étant doré et un bras rouge. Le caporal brancardier porte sur la manche une croix dont les deux bras sont rouges.

ORGANISATION DES HOSPICES CANTONAUX. — Le ministre de l'intérieur vient de soumettre au Conseil d'Etat, pour le déposer ensuite sur le bureau de la Chambre, un important projet de loi relatif à l'organisation des hospices cantonaux.

HOSPICES CIVILS DE SAINT-ÉTIENNE (Loire). *Concours public pour une place de médecin.* — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne fait savoir que le lundi 12 avril 1880, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, de Lyon, un concours public pour une place de médecin.

HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS. — La commission administrative de l'hospice général de Tours donne avis qu'en vertu d'une délibération en date du 10 septembre 1879, deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie auront lieu dans le courant d'octobre prochain, conformément au règlement général de l'établissement. Le concours pour l'internat est fixé au lundi 13 octobre, à midi. Le concours pour la suppléance est fixé aux 20 et 21 octobre.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été promus :

Au grade de pharmacien inspecteur, M. Fontaine (Constant-Aristide), pharmacien en chef.

Au grade de pharmacien en chef : MM. Héraud (Auguste-Frédéric), pharmacien professeur, et Lemoine (Eugène-Jules-Théodore), pharmacien principal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La Société de chirurgie reprendra ses séances le mercredi 1er octobre, à trois heures et demie.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Werther de Cesti, officier de la Légion d'honneur, ex-chirurgien des asiles d'aliénés du département de la Seine. Ses obsèques ont eu lieu à Châtillon-sous-Bagneux.

— Le corps médical de Calais vient de faire une perte sensible dans la personne de M. le docteur Fernet, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire, officier de la Légion d'honneur et de l'ordre impérial du Medjidié. Il avait soixante-dix ans.

— Le journal *le Globe* annonce la mort du docteur P. Delineau, qui, au dire de ce journal, avait lancé le zouave Jacob et publiait chaque semaine le *Journal des Charlatans,* où se trouvaient relatées les prétendues cures du zouave.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Orillard, maire de Poitiers et directeur de l'Ecole de médecine de cette ville.

COURS D'OSTÉOLOGIE. — M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie, commencera un *cours d'ostéologie préparatoire aux dissections,* le vendredi 10 octobre 1879, à trois heures, dans son amphithéâtre, rue Antoine-Dubois, 2, et le continuera tous les jours, à la même heure.

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Les candidats au deuxième examen de doctorat sont avertis que M. Fort commencera une série de leçons de médecine opératoire, à partir de lundi 6 octobre. S'adresser, 21, rue Jacob.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 11 au 18 septembre 1879, on a constaté 921 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 32. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 0. Variole, 6. — Croup, 16. — Angine couenneuse, 17. — Bronchite, 30. — Pneumonie, 44. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 77. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 7. — Erysipèle, 3. — Autres affections aiguës, 237. — Affections chroniques, 375 (dont 147 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 32. — Causes accidentelles, 27.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Manuel complet des maladies des voies urinaires et des organes génitaux, par le docteur Gérard (Delfau. 1er fascicule : *Pénis, Urèthre, Vessie.* 1 vol. in-18 de 500 pages, avec 68 figures dans le texte. Paris, O. Doin. Prix de l'ouvrage complet. 10 fr.

Le 2e fascicule terminant l'ouvrage sera remis aux souscripteurs le 1er octobre 1879. Il comprendra le traitement des *Maladies de la vessie* (2e partie), de la *prostate* et de *l'appareil séminal.* L'ouvrage complet formera un beau volume de 900 pages, et contiendra 150 figures dans le texte.

Du passage de la tête fœtale à travers le détroit supérieur rétréci du bassin dans la présentation du siège, par le docteur Champetier de Ribes. 1 vol. in-8 de 170 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

Manuel pratique de médecine thermale, par le docteur Taudellé. 1 vol. in-18 jésus de 450 pages, cartonné diamant. Paris, O. Doin. 6 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

VINGT-SIXIÈME ANNÉE — N° 40 — 3 OCTOBRE 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 2 octobre 1879.

HYGIÈNE PUBLIQUE : LA VIDANGE PNEUMATIQUE EN HOLLANDE (SYSTÈME LIERNUR).

Parmi les nombreuses visites faites aux travaux publics de la Hollande pendant la dernière session du congrès médical d'Amsterdam, il en est une qui a particulièrement attiré notre attention et qui a trait, selon nous, à une des questions les plus importantes de l'hygiène publique. Nous voulons parler du système de vidange employé dans la grande cité hollandaise et dans plusieurs autres villes du royaume. Ce système, dû au capitaine ingénieur Liernur, est peu connu en France, et il nous paraît réaliser un progrès considérable sur ceux qui sont employés dans les autres capitales de l'Europe. Nous pensons intéresser un grand nombre de nos lecteurs en leur donnant la description sommaire du procédé de vidange pneumatique tel que nous l'avons vu fonctionner nous-même dans la ville d'Amsterdam. Mais, avant tout, nous devons adresser nos sincères remerciements à M. Bergsma, échevin des travaux publics de la ville d'Amsterdam, qui non-seulement nous a fourni des détails précis sur le système, mais a bien voulu le faire fonctionner sous nos yeux.

Le système Liernur est applicable aux eaux ménagères et aux déjections fécales, par une double canalisation ou par une canalisation commune. Appliqué à la ville d'Amsterdam, il a pour but d'enlever les déjections humaines à l'état frais, pour les livrer à l'agriculture avant qu'elles aient eu le temps de se décomposer et de perdre ainsi une partie de leur efficacité comme engrais.

A Amsterdam, la ville s'est d'abord chargée d'installer à ses frais la canalisation pneumatique dans une des vieilles rues, la *Fokke Simonsz-Straat ;* puis on en a muni un groupe d'habitations ouvrières de la société « Bowkas », situé en dehors de la *Singelgracht* (fossés des anciennes fortifications). Au 1er mai 1873, la canalisation s'étendait à 8 hectares occupés par 4000 habitants appartenant aux diverses classes sociales.

Nous avons nous-même assisté aux opérations de vidanges pour un groupe d'habitations ouvrières. Les latrines, situées en dehors du bâtiment, mais appliquées contre lui, étaient complètement inodores et d'une propreté surprenante. Les cuvettes des cabinets communiquent par des branchements souterrains de fonte avec le canal de la rue, qui vient s'aboucher dans un réservoir de tôle hermétiquement clos et placé au-dessous du sol, à l'extrémité de la rue. A côté du réservoir se trouvent une machine locomobile portant une pompe pneumatique, et un tender-chaudière. Cette locomotive, qui était primitivement amenée par des chevaux, se trouve aujourd'hui sur un chaland, ce qui en facilite le transport.

La vidange s'opère de la façon suivante : Un tuyau de caoutchouc met en communication le réservoir avec la machine pneumatique. L'air aspiré du réservoir passe dans le foyer de la chaudière, qui en brûle les particules odorantes. Lorsque le manomètre indique un degré de raréfaction suffisant dans le réservoir, on ouvre le robinet qui sépare ce dernier de la conduite de la rue, et aussitôt le contenu de toutes les latrines du groupe de maisons afflue dans le réservoir par le réseau de canaux.

L'introduction des vidanges dans le réservoir s'opère en quelques minutes sans choquer ni la vue ni l'odorat. Ce n'est qu'au moment où l'on dévisse les tuyaux qu'on s'aperçoit de la nature et de l'odeur de leur contenu.

A l'origine des branchements latéraux, le capitaine Liernur avait placé un système de soupapes fonctionnant au moyen d'un ballon en caoutchouc ; depuis lors on a renoncé aux soupapes, qui compliquaient le système et qui n'étaient pas d'une absolue nécessité.

FEUILLETON

L'assistance médicale chez les Romains et l'archiâtrie romaine, par le docteur BRIAU. Deux brochures in-8°. — Paris, G. Masson.

M. le docteur Briau poursuit avec un soin scrupuleux, mais trop lent, son histoire de la profession médicale chez les Romains, commencée en 1867 par un mémoire sur le *Service de santé militaire*, que nous avons fait connaître à nos lecteurs. Un second mémoire, sur l'*Assistance publique* (1869), n'a pas été analysé dans la *Gazette ;* mais nous en avons donné textuellement un long extrait. Enfin il y aura tantôt deux ans qu'a paru une troisième brochure consacrée à la *Médecine officielle :*

« Tantæ molis erat Romanam condere gentem (*medicorum*). »

Le hasard n'a placé cette dernière partie sous nos yeux que tout récemment. C'est, ce nous semble, une excuse suffisante du retard que nous avons mis à nous en occuper. Voulant le faire aujourd'hui, nous saisirons cette occasion de jeter un coup d'œil sur la partie précédente, concernant l'assistance publique.

I. — ASSISTANCE PUBLIQUE.

Une pensée domine ici l'étude sur l'assistance publique, pensée indiquée dès le premier chapitre et reprise dans le cours du travail. C'est que l'état de la société romaine était incompatible avec le sentiment « bien développé » de la philanthropie. « Ni l'Etat, ni les particuliers n'avaient l'idée de ce qu'on appelle aujourd'hui l'assistance publique et les fondations charitables... Le peuple qui faisait périr pour son plaisir des milliers de créatures humaines dans d'atroces spectacles... était étranger au sentiment de la charité, dont le

Dans la *Stradhouders Kade*, une grille empêche l'entrée dans le canal des corps étrangers trop volumineux. Antérieurement, en effet, il s'y produisait parfois des obstructions amenées par des bûches de bois, des moulins à café, des brosses, des vêtements, ou même des pierres enveloppées de chiffons.

Enfin, tout dernièrement, on a placé immédiatement au-dessous de la cuvette des cabinets une tige de fer transversale destinée à retenir les objets les plus gros. Quant aux autres, la pression atmosphérique les pousse jusque dans le réservoir, d'où on les retire de temps en temps.

Le dépotoir actuel est situé à l'est de la ville; mais il est question d'en construire un nouveau à une distance plus considérable. On y conduit les tenders remplis de vidanges, qu'on transporte encore à l'aide de la pression atmosphérique dans un vaste réservoir hermétiquement clos, élevé sur un soubassement en maçonnerie. Ce réservoir est muni d'une série de robinets servant à remplir des tonneaux de pétrole qu'un navire transporte dans la mer de Haarlem, où les matières fécales sont utilisées par l'agriculture.

La machine à vapeur employée pour faire fonctionner le système est seulement d'une force de 4 chevaux. Le capitaine Liernur nous a assuré que trois heures suffisent, avec cette machine, pour aspirer les déjections fournies par 12 000 habitants.

Leyde est la première ville de Hollande où fut appliquée la vidange pneumatique; le nouveau système y fonctionne depuis la fin de 1871. Le réseau de canalisation embrasse 140 bâtiments, et dessert un peu plus de 12 000 habitants. A Amsterdam, où les constructions sont habitées presque exclusivement par la classe ouvrière, le système de Liernur n'a pu y être introduit que secondairement et non sans quelques difficultés; les frais d'installation ont été faits par la ville.

Une décision municipale a rendu obligatoire ce mode de vidanges pour les maisons nouvelles, la commune se chargeant d'établir les conduites des rues et les amorces de branchements.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis par le capitaine Liernur, le fonctionnement du système est plus convenablement et plus régulièrement assuré à Leyde qu'à Amsterdam. La pompe à air, la machine à vapeur, le réservoir souterrain central, et enfin le grand réservoir placé sur un massif en maçonnerie, sont tous contenus dans un petit bâtiment situé sur le canal voisin. Un seul ouvrier suffit à accomplir la série d'opérations nécessaires à la vidange. Le réservoir de la rue est muni de plusieurs robinets qui se trouvent au niveau du pavé. Après avoir enlevé la plaque de fer qui les protège, le vidangeur place sur l'un d'eux un manomètre. Renseigné ainsi sur le degré de raréfaction de l'air dans le réservoir, il établit alternativement une communication du réservoir avec les canaux conduisant aux latrines et avec le tuyau qui aboutit à la station centrale.

A Dordrecht, le système fonctionne depuis deux ans à la satisfaction générale.

A Amsterdam, la canalisation Liernur est appliquée à près de 800 maisons habitées par 12 000 individus.

Nous ne mentionnerons pas ici les nombreux reproches adressés au système : les uns sont fondés ; les autres partent de personnes intéressées et ne méritent pas d'être réfutés. Il est incontestable que la vidange pneumatique constitue, au point de vue de l'hygiène publique, le plus grand progrès qui ait été réalisé jusqu'à ce jour; mais au point de vue économique, les résultats n'ont pas été très-satisfaisants. Cela tient en grande partie à la difficulté qu'éprouvent les entrepreneurs pour tirer un parti fructueux des déjections qui leur arrivent très-diluées et ne peuvent être employées par l'agriculture qu'après avoir subi des modifications importantes. C'est là une question distincte qui se rattache à la distribution des eaux d'égouts et au meilleur emploi qu'on peut en faire. Mais quant au point spécial qui nous occupe, c'est-à-dire l'éloignement immédiat des déjections fécales des villes où elles peuvent devenir un foyer d'infection, le système Liernur nous paraît constituer un progrès considérable et digne d'appeler l'attention des hygiénistes français.

A. Lutaud.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale

De la périostite externe chronique, par M. le docteur Charvot, professeur agrégé au Val-de-Grâce (1).

Il suffit d'une courte pratique dans les salles de chirurgie des hôpitaux militaires pour voir que le fond clinique en temps de paix est formé par les suppurations chroniques. Si l'on met de côté les adénites suppurées et les collections purulentes qui évoluent autour des articulations atteintes d'arthrite

(1) Ces articles résument, en grande partie, l'enseignement du professeur Gaujot, qui, dans ses leçons cliniques du Val-de-Grâce, insiste depuis plusieurs années sur les principes que nous allons exposer.

---

nom même, au sens que nous lui donnons, n'existait pas dans la langue. »Les institutions de secours n'avaient pas d'autre principe que l'intérêt, l'ambition ou la vanité. La véritable charité, la vraie philanthropie ne sont entrées dans le monde qu'avec le christianisme. C'est aussi le thème de Mgr Dupanloup dans son éloquente apologie de la *Charité chrétienne*, de M. Martin-Doisy dans son livre sur l'*Assistance*, et de beaucoup d'autres encore.

Nous ne faisons, pour notre part, aucune difficulté de reconnaître que ceux qui se sont efforcés de recueillir dans la littérature des derniers temps de la république romaine et des premiers temps de l'empire les diverses expressions des sentiments religieux et moraux de ces siècles, pour en faire une préface de l'œuvre chrétienne, ont quelquefois manqué de justice envers les chrétiens mêmes. Si ceux-ci n'ont pas inventé rigoureusement ce qui est devenu le christianisme, ils l'ont établi. Ils ont échauffé, fécondé ses maximes; ils les ont appliquées les premiers; ils les ont répandues par la parole et par l'action et fait couler partout avec leur sang. Voilà ce qu'il ne faut pas oublier de ces temps primitifs où tout n'était que foi, chaleur d'âme, abnégation, résolution, prédication, bienfaisance; où rien du monde ne se mêlait encore au prosélytisme; où la seule passion enfin, le seul intérêt de la vie étaient de servir la vérité et de mourir pour elle.

Mais ce serait une erreur plus grande encore d'admettre entre la morale païenne et la morale chrétienne une solution de continuité, une intersection et, plus que cela, une opposition formelle. C'est ce qu'on fait pourtant tous les jours, par un véritable abus de mots ou par une vue trop superficielle des choses. Non, l'histoire ne procède pas autrement que la nature, qui n'a pas de *saltus*. La civilisation est un enfantement; ce qui en sort se développe par degrés suivant les lois d'une vie cachée, et meurt aussi ou se transforme par degrés. Dans ce travail réglé, elle pourra subir des retards, des déviations : on l'a vu au moyen âge sous le coup des invasions barbares; mais sa vitalité ne se perdra pas pour cela,

fongueuse, on n'a plus, d'après les auteurs, que deux grandes classes d'abcès froids :

La première renferme les suppurations chroniques provenant d'altérations osseuses qui se collectent sur place (abcès sessiles) ou fusent au loin (abcès par congestion).

Dans la seconde on range toutes les collections purulentes froides qui n'ont aucune relation avec le squelette, que l'on nomme idiopathiques. Elle est donc formée par exclusion de tous les abcès froids qui ne peuvent faire partie de la classe précédente.

Il existe pourtant une troisième espèce d'abcès froids qui ne peuvent rentrer dans aucune de ces divisions. Ils tiennent au squelette sur lequel ils se développent, et par suite ne peuvent être rangés dans la deuxième classe des abcès idiopathiques. Mais, comme on ne trouve jamais au début une altération même superficielle de l'os, on ne peut les rattacher à la première classe et les considérer comme des abcès ossifluents.

Ces collections purulentes froides présentent des caractères différents, suivant les régions anatomiques dans lesquelles elles se développent et suivant leur stade d'évolution. Mais un lien les unit : c'est leur origine et leur nature communes. Ces suppurations chroniques prennent naissance dans une altération identique du périoste. Partout on peut voir le tissu cellulaire de sa face externe devenir le siége d'un gonflement œdémateux chronique, qui finit par suppurer et donne lieu à la formation d'un abcès froid adhérent à la face externe du périoste et par suite au squelette. Après l'ouverture de la poche purulente, il est facile de constater que le fond en est formé par la membrane périostique sécrétant un liquide qui contient toujours des produits caséeux. L'os, au moins au début, n'est mis à nu en aucun point; s'il survient par la suite une altération de la portion osseuse sous-jacente, elle est consécutive à l'extension du processus inflammatoire et à la mortification partielle du périoste.

Cette affection, dont on commence seulement à étudier une manifestation, l'abcès froid de la paroi thoracique, a été entrevue par Billroth, mais n'est pas encore décrite comme maladie générale. Cependant, depuis près de dix ans, elle est connue au Val-de-Grâce, où M. le professeur Gaujot la fait étudier à ses élèves sous le nom de périostite chronique suppurée externe. De nombreux exemples de cette affection, observés dans cette période, ont permis au professeur de montrer que la périostite externe est susceptible d'atteindre aussi bien les épiphyses des os longs et les os courts que les côtes et le sternum. L'an dernier, M. Gaujot, dans une série de conférences cliniques, a résumé le résultat de ses observations sur l'ensemble des manifestations de la périostite externe dans les diverses parties du squelette, et c'est à l'aide de ces leçons que nous allons tracer l'histoire générale de cette maladie. Notre rôle se borne donc à vulgariser un enseignement qui peu à peu passe les murs du Val-de-Grâce, et qui, repris par d'autres, finirait par faire oublier le nom du chirurgien auquel revient le mérite de s'être occupé le premier de cette affection au point de vue clinique.

Cet exposé n'est qu'un fragment détaché d'un ensemble d'études cliniques, recueillies par nous avec l'intention de les publier un jour en entier. Il est consacré à la description de la périostite externe en général, et fait connaître les principaux caractères de cette affection, en attendant qu'il nous soit donné d'en reproduire les manifestations particulières à chaque région.

Avant d'entamer ce chapitre de pathologie générale et de clinique, nous allons chercher à donner un aperçu historique de la question. Cette préface sera forcément très-courte; car, si quelques-unes de ses manifestations ont déjà été étudiées en particulier, il n'y a presque rien d'écrit sur la maladie en général.

Historique. — Dans cette étude générale sur la périostite suppurée chronique, il n'y a de nouveau que l'interprétation des faits; ses manifestations sont connues depuis longtemps des cliniciens, et la description des abcès froids périostiques ou autres se trouve répétée dans tous les traités classiques. Mais les auteurs, n'étudiant les abcès froids que tout formés, ne se sont pas assez occupés de leur origine et ont confondu dans un même chapitre des collections purulentes froides provenant de sources fort diverses. Puis, sous l'empire des préoccupations théoriques de l'époque, ils ont voulu rattacher toutes ces suppurations chroniques à des altérations osseuses. C'est ainsi qu'au début ces abcès périostiques ont été décrits comme symptomatiques de la carie, à l'époque où les chirurgiens considéraient comme altérations essentielles de l'os la carie et la nécrose. Quand Gerdy eut montré que ces deux affections n'étaient que des terminaisons différentes de l'inflammation du tissu osseux, on ne fit que changer de nom, et ces abcès furent rattachés à l'ostéite.

Cette préoccupation des altérations osseuses détourna l'attention des pathologistes et les empêcha pendant longtemps de s'occuper du rôle du périoste. La doctrine de l'ostéite est même tellement entrée dans la pratique qu'aujourd'hui encore beaucoup de chirurgiens rapportent à des altérations osseuses la formation de ces abcès qui, au début et souvent même pendant toute la durée de leur évolution, n'ont aucune relation avec l'os dont les sépare la lame périostique. Il est vrai qu'à la longue le périoste malade peut s'ulcérer et laisser l'os à nu sur quelques points. L'os présente alors les signes de l'ostéite suppurée; mais ces altérations osseuses, qui restent toujours très-superficielles, ne se montrent que secondairement et peuvent être considérées comme une complication de l'affection.

---

son œuvre ne s'arrêtera pas, et, le jour où elle la reprendra en liberté, elle en renouera la trame de manière à laisser voir toujours le dessin de l'ensemble. Or, il est impossible de douter que la plupart des grandes maximes chrétiennes ne se trouvent dans les philosophes païens. Dès avant Jésus-Christ, le sentiment général de l'humanité, c'est-à-dire de l'amour du prochain, de la charité, était répandu à Rome. Il le fallait bien pour que ce sentiment trouvât dans Cicéron un si éloquent et si chaleureux interprète. M. Briau reproduit une assertion très-répandue, mais inexacte, quand il dit que le mot de charité est d'origine chrétienne : « Dans cette langue, dit-il (d'après le lexique de Facciolati), le mot *caritas* n'a, dans les auteurs païens, que deux significations, qui ont passé dans la langue française : 1° *rareté, cherté* d'une chose; 2° *chérir, caresse.* » Il en a une troisième, quoi qu'on puisse dire, et Cicéron la précise admirablement par ces paroles : « Il n'y a rien de plus éclatant ni de plus large que l'union des hommes avec les hommes, l'association et la communauté des intérêts et, en un mot, l'amour de l'humanité! » « *Et ipsa* caritas *generis humani* » (trad. de Havet). L'amour de l'humanité, l'union du genre humain, l'amour du prochain, c'est identiquement la charité du christianisme. C'est la charité toujours qui vit dans cette inscription du temps d'Auguste, que le savant Egger a publiée et commentée dans ses *Mémoires d'histoire ancienne et de philologie* (n° xv, p. 351), et où un marchand est qualifié de : *Amans pauperes*. Ce sentiment, nous le retrouverons plus clair et plus précis encore, avec ses conséquences pratiques, notamment avec l'aumône, avec la pitié pour les esclaves, avec l'horreur et la condamnation du cirque, si nous ouvrons Sénèque le père, antérieur lui aussi à Jésus-Christ, et surtout Sénèque le philosophe. On ne manquerait pas, il est vrai, pour ce dernier, d'objecter que le christianisme était né alors depuis cinquante ans. A quoi il serait aisé de répondre que, si le christianisme venait de naître, il vagissait, incapable de se faire entendre au delà de son étroit et misérable berceau; qu'il n'y avait pas d'évangile en-

Il y a trente ans environ, l'on commença à s'occuper du rôle du périoste en pathologie. C'est alors que les remarquables travaux des grands chirurgiens de l'époque fixèrent l'histoire de la périostite aiguë traumatique; mais on ne s'occupa que de l'inflammation phlegmoneuse du périoste, et la périostite aiguë n'a rien à faire avec les abcès froids dont nous nous occupons. L'étude de la périostite chronique purulente est restée à faire, et c'est en vain qu'on chercherait dans les auteurs classiques français une description satisfaisante sur ce sujet.

Dans le *Compendium de chirurgie*, au chapitre des maladies du périoste, on trouve pour la périostite chronique six lignes d'après lesquelles *les altérations chroniques du périoste seraient consécutives à celles des tissus qui l'avoisinent*. Mais en étudiant les dégénérescences du périoste, les auteurs du *Compendium* décrivent, sous le nom de *périostoses gommeuses*, des altérations chroniques du périoste qui correspondent exactement aux diverses phases de la périostite chronique, dont nous allons donner la description. Il semble probable que ces chirurgiens ont compris dans une même description les gommes du périoste et les dégénérescences non spécifiques de cette membrane.

L'article Périostite du *Dictionnaire en 30 volumes*, rédigé par Bérard, n'est que la répétition de celui du *Compendium*.

Si dans ce dernier ouvrage on parcourt le chapitre des abcès froids, on trouve, outre la description complète de l'affection passée à l'état purulent, un passage qui semble se rapporter à l'affection dont nous entreprenons l'étude : « Nous » devons encore signaler ici un état particulier de la constitu» tion, une sorte de diathèse purulente qui se manifeste par » l'apparition simultanée ou successive de plusieurs abcès » froids dans différents points du corps, sans qu'on puisse » leur attribuer aucune cause déterminante appréciable. »

Follin, dans le second volume de son *Traité de pathologie externe*, donne de la périostite chronique une description moins écourtée que ses devanciers, mais encore fort confuse; cependant il signale après l'ouverture de l'abcès « la per» sistance de la suppuration et la formation d'un ulcère sus» périostal granuleux, durant quatre et six mois sans que l'os » lui-même se nécrose ».

Il faut arriver à Billroth pour trouver le premier aperçu sur la périostite chronique externe. Dans la première moitié de sa XXXIIe leçon (traduction de Verneuil), cet auteur ébauche son histoire d'une façon remarquable et montre le premier que, dans cette affection, les altérations siégent sur la face externe du périoste : « Vous devez considérer comme parti» culièrement affectée la couche de tissu cellulaire lâche du » périoste; là existe la dilatation vasculaire, l'infiltration sé» reuse et plastique. »

Ses indications anatomo-pathologiques s'appliquent très-bien au début de la périostite chronique : « Ces deux couches » du périoste ne peuvent plus être exactement distinguées » l'une de l'autre et se trouvent transformées en une masse » lardacée d'une consistance assez ferme; au microscope, » vous trouvez la membrane formée par un tissu conjonctif » pourvu de jeunes cellules et parcouru par des capillaires » dilatés et plus ou moins augmentés en nombre. »

La description symptomatique que Billroth donne de la périostite chronique est assez complète; après avoir dit qu'elle peut se résoudre ou se terminer par des productions osseuses, il montre que fréquemment l'affection prend la forme suppurative. « Une légère douleur et un gonflement modéré de la » partie affectée sont les premiers symptômes que l'on aper» çoit dans la plupart des cas. Les douleurs spontanées sont » ordinairement très-faibles ou manquent entièrement. La » pression occasionne cependant une douleur plus vive. Cet » état reste longtemps stationnaire, mais ensuite arrivent petit » à petit un gonflement plus considérable et une tumeur » assez circonscrite et immobile, de consistance pâteuse; » petit à petit la peau elle-même rougit, et la tumeur offre » une fluctuation manifeste; quatre à six mois peuvent se » passer ainsi, pendant lesquels la tumeur reste de nouveau » stationnaire. La douleur est bien devenue un peu plus » intense et les fonctions sont troublées davantage. Si l'on » abandonne le processus à lui-même, l'abcès froid que l'on » a évidemment sous les yeux s'ouvre spontanément et il » s'écoule un pus ténu, mêlé de flocons ou d'amas caséeux. » Si vous introduisez une sonde dans l'étroite ouverture de » l'abcès, vous arrivez dans une cavité tapissée de granu» lations. Si vous n'attendez pas l'ouverture spontanée de » l'abcès et que vous fassiez auparavant une incision à la » peau amincie, il est possible qu'il n'y ait pas de pus et que » la tumeur fluctuante soit composée d'un amas de granu» lations gélatineuses rouges; dans d'autres cas il y a un peu » de pus au centre; dans d'autre cas encore la tumeur est » entièrement remplie de pus. »

Billroth donne même déjà des indications très-nettes sur les rapports qui existent entre la périostite chronique et les lésions osseuses. Ce chirurgien établit d'abord, chose importante à noter, que : « la périostite chronique suppurative peut » se manifester sans une participation bien évidente de l'os. » Si l'infiltration séro-plastique n'intéresse que le périoste et » les parties molles qui le recouvrent, l'os reste assez intact. » La périostite suppurée sans participation de l'os se présente » parfois dans la pratique. La suppuration n'est pas nécessai» rement liée à la carie. »

Le chirurgien allemand note aussi « une certaine ten» dance à une néoplasie superficielle à la surface de l'os et la » production d'une couche d'ostéophytes au-dessous et à

---

core répandu, que l'un d'eux au moins n'était pas rédigé et qu'on ne connaissait guère des chrétiens que leur abjection sociale et ces bruits sinistres qui leur ont fait payer si cruellement l'incendie de Rome.

Au reste, l'hospitalité et l'aumône, les deux formes les plus expressives de la charité, sont de tous les temps. Il va de soi qu'elles n'ont pas été, partout et toujours, réalisées dans des institutions publiques; à chaque phase de l'histoire sa tâche; mais elles étaient dans les mœurs. La charité existe quand elle est prêchée et pratiquée par un peuple, et c'est ce que l'on constate dès la plus haute antiquité. Un des noms populaires de Jupiter était celui de Ξένιος, hospitalier, et c'est dans l'*Odyssée* qu'on lit cette belle maxime : « C'est de Jupiter que viennent à nous les hôtes et les mendiants. » Il appert de nombreux textes égyptiens des temps pharaoniques que l'assistance des pauvres était une des vertus les plus recommandées dans ce pays, une de celles qui assurait le mieux le bonheur des âmes après la mort (Maspero, *Bull. de l'Assoc. scient.*, n° 594, 23 mars 1879). C'est notre formule : « Donnez, Dieu vous le rendra ! » Dans les asclépions, on peut dire, avec M. Brian, que l'assistance médicale n'existait pas, en ce sens que c'était le dieu qui était réellement consulté et qui répondait par la bouche des prêtres. Mais qu'une pensée charitable n'ait jamais été associée à l'institution, c'est ce qui ne paraît pas s'accorder avec la mention d'un papyrus égyptien du Louvre, indiquant une *caisse des pauvres* dans l'asclépion de Memphis. Au surplus, dans de pareilles questions, quand il s'agit de temps et de pays si peu connus, il est toujours prudent de mettre en ligne de compte ce qu'on ne sait pas avec ce qu'on sait; et des affirmations péremptoires sur l'absence de tel ou tel élément social à une époque reculée ont d'autant plus d'inconvénients qu'elles s'exposent à être contredites par les découvertes de l'archéologie, aujourd'hui si fréquentes et parfois si inattendues.

Il y a loin d'un sérapéon à un hôpital; et l'on ne peut dire c que serait devenu avec le temps le sérapéon qui existait au

» l'entour du foyer de la périostite », mais il sacrifie aux idées anciennes en disant que la périostite suppurée s'accompagne le plus souvent de carie; cependant il reconnait que cette carie est superficielle.

Les quelques lignes consacrées à l'étude des causes de la périostite chronique comprennent presque tout ce que nous savons sur l'étiologie de cette affection :

« L'inflammation chronique du périoste a pour cause prin- » cipale les affections constitutionnelles, et, s'il est vrai » qu'une violence extérieure puisse devenir la cause occa- » sionnelle de la maladie, la condition essentielle se trouve » cependant placée dans la partie lésée ou dans tout l'orga- » nisme, car autrement le processus prendrait sa terminaison » ordinaire comme toutes les inflammations traumatiques et » aurait bientôt achevé son évolution. Du reste, il est rare » qu'une périostite chronique prenne naissance à la suite » d'une lésion traumatique; ordinairement il n'est pas pos- » sible de constater l'existence de causes extérieures. Parmi » les dyscrasies que vous connaissez, la scrofulose prédispose » surtout à la périostite fongueuse. Enfin, très-souvent on » rencontre des cas de périostite chronique chez des indi- » vidus qui ne portent aucune trace des dyscrasies sus-men- » tionnées, et chez lesquels on ne trouve aucune cause à » signaler. »

On voit donc qu'en écrivant l'histoire de la périostite chronique, on doit mettre en tête le nom de Billroth. Esprit net et clairvoyant, ce chirurgien parvint à ces vues très-justes par des déductions anatomiques; mais sa description, plus théorique que pratique, n'est qu'un chapitre de pathologie générale. Restait à étudier l'affection au point de vue clinique.

C'est à propos de la plus commune de ses manifestations que commença cette étude. La fréquence des abcès froids de la paroi thoracique avait depuis longtemps frappé l'attention des chirurgiens, et surtout des médecins militaires. Des théories très-différentes furent émises successivement sur leur pathogénie; nous aurons à les étudier en détail quand nous aborderons l'étude de la périostite costale.

Les anciens chirurgiens considéraient ces abcès comme idiopathiques ou symptomatiques de caries costales. Menière, dans différents mémoires (1820, 1829, 1830), mit en avant l'influence de la toux.

Les chirurgiens militaires (Larrey, Sédillot, Beurdy), frappés de leur fréquence dans l'armée, attribuèrent la formation de ces abcès thoraciques au frottement des pièces de buffleteries, au choc du sabre, au port du fusil. Cette étiologie mécanique fut adoptée par les auteurs (Follin, Bérard, etc.) et resta classique.

M. Leplat, alors agrégé de médecine au Val-de-Grâce, fit paraître en 1865 dans les *Archives de médecine* un mémoire remarquable sur les abcès froids de la paroi thoracique. Après avoir renversé l'ancienne étiologie fondée sur l'hypothèse de l'existence préalable de l'ostéite spontanée et sur l'action mécanique des pressions extérieures, l'auteur chercha à établir une relation de cause à effet entre les collections purulentes froides de la poitrine et les pleurésies antérieures.

Les conclusions de ce mémoire, basé sur des cas médicaux, parurent inacceptables à M. Gaujot qui observait dans les salles de chirurgie des faits contradictoires à ceux énoncés par son collègue et ami Leplat. A cette époque déjà, c'est-à-dire en 1866, M. Gaujot constatait l'existence de la périostite signalée jadis par un ancien médecin militaire, M. Parise, et il entrevoyait le genre particulier de cette périostite, en remarquant son développement constant sur la face externe du périoste. Vers 1873 M. Gaujot avait réuni un nombre de cas suffisant pour pouvoir formuler des conclusions cliniques. A son instigation, un médecin stagiaire, M. Choné, les développa dans sa thèse inaugurale en les appuyant d'observations recueillies dans le service de clinique chirurgicale du Val-de-Grâce, et en reproduisant fidèlement l'enseignement du professeur. Cette partie du travail de notre collègue Choné souleva d'abord quelques critiques, et en particulier celles de M. Verneuil. Mais l'idée de la périostite chronique comme cause des abcès froids thoraciques était émise et devait dès lors faire son chemin. A partir de ce moment le nom de Choné revint chaque fois qu'il fut question de ce sujet et l'on oublia celui du maître auquel était due la connaissance clinique de la maladie en question.

C'est ainsi que M. Duplay comprit la valeur de cette thèse et en adopta les conclusions dans son *Traité de pathologie externe* (1876). Dans la cinquième leçon de ses conférences cliniques, M. Duplay revient sur cette pathogénie et même commence à entrevoir la généralisation de l'affection : « J'es- » père même démontrer un jour par des exemples nombreux » que cette périostite externe, suivie d'abcès sus-périostiques » et qui n'a pas encore été décrite, ne s'observe pas seule- » ment sur les côtes ou le sternum, mais peut se montrer sur » les autres os du squelette, soit à l'état aigu, soit à l'état » chronique, etc. » Cette démonstration est faite depuis des années par M. le professeur Gaujot et les observations deviennent chaque jour plus nombreuses qui prouvent la réalité de ses vues sur la périostite chronique externe.

Pour terminer ce court aperçu historique nous devons citer l'article Côte du *Dictionnaire encyclopédique*, dans lequel M. Paulet indique ce mode de formation des abcès froids thoraciques. Enfin, dans un mémoire paru en 1878 dans les *Archives générales de médecine*, M. le docteur Bousquet, ancien élève de M. Gaujot, développe les idées du professeur et les appuie sur quelques observations recueillies à l'hôpital militaire du Gros-Caillou dans le service de M. le médecin principal Dauvé.

---

siége même de l'empire, dans l'île du Tibre. Ce qui paraît certain, après les recherches des historiens les plus éminents, c'est que le premier hôpital a été fondé au temps du christianisme et par une chrétienne. Est-ce à dire que, sans le christianisme, l'hôpital serait resté chose inconnue? Il y avait près de quatre cents ans que le Christ avait paru, plus de trois cents qu'il y avait des évangiles, quand Fabiola fit construire un établissement hospitalier et donna sa fortune aux indigents. Le trait est admirable : mais il n'est nouveau que par l'emploi spécial de la charité, par la conception du moyen de soulager un plus grand nombre de pauvres et d'infirmes. On peut donner pour frère à la grande dame romaine cet Egyptien qui, sans avoir songé à un hôpital, disait : « J'ai donné du pain à qui avait faim; j'ai donné de l'eau à qui avait soif; j'ai donné des vêtements à qui était nu (Maspero). » Ne croirait-on pas entendre un verset de l'évangile? Et, dans la longue période chrétienne qui a précédé l'hôpital, la charité païenne avait-elle été stérile? Non. Qu'on accuse l'intérêt du maître, l'extrême misère du peuple, la crainte des émeutes; qu'on ne voie dans les distributions de blé, d'huile ou de porc que des moyens politiques, cela est assez légitime à l'égard d'un Claude ou d'un Néron; mais qu'on porte le même jugement sur Trajan et, par exemple, sur la célèbre institution par laquelle il a assuré l'assistance perpétuelle des enfants pauvres (*Pueri puellæque alimentarii*), trois siècles avant la fondation de Fabiola, c'est ce qui n'est plus aussi admissible.

Ces trop longues considérations, dont l'excuse est dans l'importance historique du sujet, nous ont écarté de notre but particulier, qui est d'analyser le mémoire de M. Briau. Hâtons-nous de le faire, avec le regret d'être à présent condamné à la brièveté.

L'auteur s'occupe successivement : 1° des médecins attachés aux jeux du cirque; 2° des médecins de gladiateurs; 3° des médecins de la maison de l'empereur; 4° des médecins dans les familles d'esclaves; 5° des médecins dans les associations d'artisans; 6° des secours médicaux chez les

La périostite externe, suppurée, chronique, est très-fréquente dans l'armée et les salles de chirurgie militaires renferment toujours quelques-unes de ses manifestations. Dans la pratique civile, au dire de M. Duplay, elle ne serait pas plus rare. Pour se convaincre de sa fréquence on n'a qu'à jeter les yeux sur les tableaux que nous plaçons en tête de ce chapitre.

TABLEAU N° 1. — *Relevé général des cas de périostite externe chronique observés dans le service de clinique chirurgicale du Val-de-Grâce, pendant une période de six années, du 1er janvier 1873 au 1er janvier 1879.*

Périostite des côtes, 36; périostite du sternum, 2; périostite des membres, 49. — Total, 87.

Terminaison. — Guérison sans opération, 74; guérison après amputation ou résection, 5 (deux des opérés guéris ont succombé plus tard à la phthisie tuberculeuse); mort, 5 (un par fièvre typhoïde intercurrente, les quatre autres de tuberculose générale); en traitement, 3.

TABLEAU N° 2. — *Répartition des cas de périostite externe chronique par région.*

Périostite des côtes, 36 malades. — Corps : Infanterie, 22; cavalerie, 3; gendarmerie et garde républicaine, 3; artillerie, 3; sapeur-pompier, 1. — Troupes d'administration : Infirmier, 1; ouvrier d'administration, 1; ouvrier du génie, 1; ouvrier d'artillerie, 1. — Total, 36.

Age : 1 de 21 ans; 3 de 22 ans; 12 de 23 ans; 9 de 24 ans; 3 de 25 ans; 4 de 26 ans; 1 de 28 ans; 1 de 32 ans; 1 de 34 ans; 1 de 38 ans.

Terminaison. — Guérison, 33; mort, 2 (par tuberculose généralisée); en traitement, 1.

Périostite du sternum, 2 malades. — Garde républicaine, 1, âgé de 26 ans, guéri; infanterie, 1, âgé de 25 ans, guéri.

TABLEAU N° 3. — *Périostite des membres*, 49 malades.

Fémur, 19.

Extrémité supérieure, 6 : Infanterie, 2; âge, 23 et 24 ans. — Garde républicaine, 2; âge, 23 et 38 ans. — Train des équipages, 1; âge, 24 ans. — Artillerie, 1; âge, 22 ans.

Extrémité inférieure, 13 : Infanterie, 5; âge, 19, 21, 22, 23 et 23 ans. — Garde républicaine, 3; âge, 25, 25 et 40 ans. — Cavalerie, 2; âge, 21 et 23. — Sapeur-pompier, 1; âge, 22 ans. — Ouvrier d'administration, 1; âge, 22 ans. — Soldat libéré, 1; âge, 29 ans.

Tibia, 12.

Extrémité supérieure, 8 : Garde républicaine, 3; âge, 26, 34 et 37 ans. — Infanterie, 2; âge, 23 et 26 ans. — Artillerie, 1; âge, 24 ans. — Sapeur-pompier, 1; âge, 22 ans. — Recrutement des Vosges, 1; âge, 21 ans.

Extrémité inférieure, 4 : Infanterie, 2; âge, 24 et 26 ans. — Sapeur-pompier, 1; âge, 23 ans. — Recrutement de la Seine, 1; âge 21 ans.

Péroné, 6.

Extrémité supérieure, 4 : Infanterie, 2; âge, 24 et 26 ans. — Dragon, 1; âge, 21 ans. — Recrutement de la Seine, 1; âge, 21 ans.

Extrémité inférieure, 2 : Garde républicaine, 1; âge, 26 ans. — Recrutement de la Seine, 1; âge, 21 ans.

Métatarsiens, 3.

Infanterie, 2; âge, 22 et 25 ans. — Garde républicaine, 1; âge, 25 ans.

Humérus, 5.

Extrémité supérieure, 2 : Infanterie, 2; âge, 22 et 23 ans.

Extrémité inférieure, 3 : Infanterie, 1; âge, 23 ans. — Sapeur-pompier, 1; âge, 23 ans. — Réformé (infanterie), 1; âge, 25 ans.

Cubitus, 6.

Extrémité supérieure, 3 : Infanterie, 2; âge, 22 et 22 ans. — Sapeur-pompier, 1; âge, 23 ans.

Extrémité inférieure, 3 : Garde républicaine, 1; âge, 27 ans. — Dragons, 2; âge, 23 et 25 ans.

Radius, 5.

Extrémité supérieure, 2 : Infanterie, 2; âge, 22 et 22 ans.

Extrémité inférieure, 3 : Dragons, 3; âge, 23, 25 et 25 ans.

Métacarpiens, 4.

Infanterie, 3; âge, 22, 23 et 26 ans. — Garde républicaine, 1; âge, 26 ans.

Phalanges, 3.

Infanterie, 3; âge, 23, 24 et 27 ans.

Terminaison. — Guérison, 39. Amputation de cuisse, 1; de jambe, 1; d'avant-bras, 1; d'un métacarpien, 1 (suivies de guérison). Résection du coude, 1. Mort, 3; 2 par tuberculose généralisée; 1 par fièvre typhoïde. En traitement, 2.

NOTA. — Le nombre des cas inscrits dans les tableaux 2 et 3 excède de 14 le chiffre total des malades. La différence tient à ce que plusieurs hommes, atteints de périostites multiples, ont été mentionnés pour chacune des régions particulières affectées de la maladie.

Le chiffre total de 87 cas de périostite externe chronique pour une période de six années pourrait sembler au premier abord un peu considérable. Il le serait, en effet, s'il était donné comme représentant la moyenne des maladies de ce genre observées dans un hôpital militaire quelconque. La raison pour laquelle il atteint une proportion aussi élevée dans notre statistique est que le Val-de-Grâce concentre une

indigents. C'est ce dernier chapitre qui a servi de thème à tout ce qui précède; d'un autre côté, tout ce qui a trait à l'assistance médicale dans les jeux du cirque a été inséré dans ce journal; il ne nous reste donc qu'à passer en revue ce qui concerne la « gladiature », la maison de l'empereur, les familles d'esclaves et les associations d'artisans.

C'est, on se rappelle, à l'aide des monuments épigraphiques que l'auteur construit son histoire professionnelle de la médecine à Rome. Cette source n'est pas riche en ce qui concerne les médecins de gladiateurs. M. Briau n'en a trouvé que deux établissant clairement l'existence de médecins attachés à ces écoles ou casernes de gladiateurs connues sous le nom de *Ludi;* encore ces inscriptions ne se rapportent-elles pas en réalité aux *ludi gladiatorii*, mais seulement à ces *ludi matutini* où se donnaient les combats d'animaux soit entre eux, soit contre les hommes. Il ne paraît guère douteux que des médecins n'aient été attachés aux casernes elles-mêmes; cependant, la preuve directe fait, suivant nous, défaut. S'appuyant sur Galien : Πότερον ἰατρικῆς ἢ γυμναστικῆς ἐστι τὸ ὑγιεινόν; c'est-à-dire l'état de santé est-il du domaine de la médecine ou du domaine de la gymnastique? M. Briau induit que des moyens hygiéniques étaient mis en pratique dans ces casernes, et cela d'ailleurs est certain; mais il est connu aussi que les préposés chargés des frictions huileuses et des massages, les *unctores*, étaient les mêmes qui dirigeaient les exercices gymnastiques des gladiateurs et des lutteurs et souvent tout leur régime de vie. Etait-ce là les médecins des *ludi*, ou y en avait-il d'autres? Nous sommes, au fond, avec M. Briau, pour cette seconde opinion; mais on peut regretter qu'il ne se soit pas arrêté à cette petite difficulté. Quant à la présence de médecins aux spectacles mêmes du cirque, elle n'est également que conjecturale, bien qu'appuyée sur des présomptions très-plausibles.

Le chapitre relatif aux médecins de la maison de l'empereur (non de l'empereur lui-même) tire en grande partie ses documents du tombeau de Livie. Il tend à établir et établit

partie des éléments d'instruction offerts par les autres hôpitaux militaires, et que la plupart des malades y sont envoyés par évacuation des divers points de Paris et même de la province.

(*A suivre.*)

Physiologie expérimentale.

Des effets de l'électrisation céphalique sur les vaisseaux de la dure-mère et de la pie-mère, par le docteur Ch. Letourneau.

I. L'expérience dont il est question ici (1) est le complément de quelques autres, faites, l'an dernier, au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine. Elle a trait aux effets de l'électrisation médicale sur la circulation de la tête.

Déjà nous avions constaté que l'électrisation plus ou moins diffuse, sans vivisection, telle qu'on la pratique souvent sur l'homme, dans un but thérapeutique, provoquait une contraction momentanée des artères de l'oreille chez le lapin, des vaisseaux rétiniens chez le chien, et nous avions même vérifié ce dernier phénomène chez l'homme (*De l'électrisation céphalique*, in *Gaz. hebdom. de méd.*, 20 septembre 1878).

Par induction et en rapprochant de ces expériences les phénomènes que détermine chez l'homme l'électrisation céphalique avec les courants continus, nous avions admis que des contractions vasculaires se produisent aussi dans l'encéphale sous l'influence de la fermeture et de l'interruption d'un courant galvanique, passant à travers la tête ou agissant, à travers les téguments, sur le ganglion supérieur du sympathique cervical.

Des expériences faites, avec vivisection, par divers physiologistes venaient corroborer notre induction. Claude Bernard, après avoir, sur des chiens et des lapins, congestionné la conjonctive en y instillant de l'ammoniaque, avait dissipé cette congestion en électrisant le bout supérieur du sympathique cervical, sectionné du côté correspondant (Cl. Bernard, *Sur les effets de la section de la portion céphalique du grand sympathique*, in *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1852, p. 168.)

Nothnagel et Callenfels avaient vu les vaisseaux de la pie-mère et du cerveau se contracter sous l'influence de l'électrisation du sympathique cervical. Mais, chez l'homme, où il ne saurait être question de vivisections, il y avait lieu de se demander si les électrisations diffuses, les seules praticables, produisaient des effets analogues.

Nous avons donc entrepris de constater directement quel est, sur les vaisseaux des enveloppes cérébrales, l'effet d'une électrisation modérée, pratiquée avec des courants continus à travers les téguments et la paroi crânienne, à peu près dans les conditions médicales ordinaires. Pour cela, il suffisait de mettre préalablement à nu, chez un mammifère, une portion plus ou moins grande des enveloppes cérébrales. M. le docteur Laborde, qui déjà, l'an dernier, nous avait prêté son indispensable concours, a bien voulu, cette fois encore, nous faire bénéficier de son expérience. Il a lui-même préparé l'animal et nous avons pu ainsi observer directement la circulation intra-crânienne.

II. Sur un petit chat d'un mois (nous recommandons ces animaux pour les expériences de ce genre), chez qui la paroi crânienne, très-mince encore, était assez facile à sectionner, une notable portion du crâne a été excisée du côté gauche. La dure-mère étant ainsi mise à nu, on voyait très-bien à l'œil nu, et mieux encore à la loupe, les arborisations artérielles et veineuses qui se ramifiaient à sa surface. On procéda alors à l'électrisation, en se servant de la petite pile portative à courant continu de MM. Onimus et Brewer. Cette pile contenait dix-huit éléments, et nous avions soin, à l'aide d'un galvanomètre intercalé dans le circuit, de nous assurer que le passage du courant s'effectuait régulièrement. Pendant toute la durée de l'expérience, le pôle positif a été placé derrière la branche montante droite du maxillaire inférieur et le pôle négatif sur la région crânienne antérieure, au-dessus des yeux.

Dix ou quinze secondes après la fermeture du courant, les fines arborisations artérielles de la dure-mère devinrent de moins en moins visibles et, un peu plus tard, les arborisations veineuses elles-mêmes pâlirent. A chaque interruption du courant, l'anémie augmentait pour un instant, puis les vaisseaux reprenaient peu à peu un peu plus de calibre.

L'expérience, répétée un certain nombre de fois, donna toujours les mêmes résultats, constatés successivement par MM. les docteurs Duval, Laborde, Coudereau et par nous-même.

La dure-mère du côté droit ayant été dénudée à son tour, on réitéra l'expérience, qui, de ce côté encore, donna les mêmes résultats.

On poursuivit l'expérience en excisant, du côté gauche, une portion de la dure-mère. La pie-mère étant ainsi mise à nu, et ses arborisations vasculaires, artérielles et veineuses étant très-visibles sur le fond grisâtre de la substance cérébrale, on fit sur elle les mêmes observations. Là aussi on pouvait obtenir à volonté le resserrement des vaisseaux.

III. L'expérience que nous venons de raconter, rapprochée des faits que nous avons cités au début de cette communication, met hors de doute qu'il est possible, facile même, de

(1) L'auteur a déjà entretenu de ce fait la Société de biologie dans la séance du 21 juin dernier.

---

très-bien : « 1° qu'il existait des infirmeries où les individus composant le personnel de la maison de l'empereur étaient reçus et soignés dans leurs maladies; 2° que des médecins étaient chargés de veiller à la santé de tout ce personnel et de lui prodiguer leurs soins; 3° que, sous leur direction, des infirmiers étaient chargés de pourvoir au traitement et au régime des malades; 4° enfin qu'il y avait, en outre, des esclaves des deux sexes pour occuper les emplois de bas service des infirmeries. » Un point reste obscur : il est relatif à la hiérarchie de ces médecins de la maison impériale. Il y avait un médecin en chef (*supra medicos*); mais tous ses subordonnés étaient-ils égaux, ou bien étaient-ils, suivant l'usage de toutes les associations à Rome (et comme l'étaient les valets de chambre), étaient-ils partagés en décuries, avec un décurion à leur tête? Une inscription semble décisive à cet égard si on lit, avec Gori :

M(arcus) Li(vius) Bœth(us), dec(urio) medico(rum);

mais un épigraphiste distingué, Bianchini, donne une autre lecture :

M(arco) Li(vio) Bœth(o), dec(urioni) medico.

Suivant la première interprétation, Bœthus est décurion des médecins; suivant la seconde, il est à la fois médecin et décurion d'un collège quelconque, sans doute d'un collège de médecins (*collegium medicorum*). C'est à cette seconde version que se range M. Briau, non sans des motifs assez sérieux.

Notons enfin, sur ce chapitre, que parmi les médecins de la maison de l'empereur se trouvaient ce qu'on nomme aujourd'hui des spécialistes, notamment des oculistes. On ne peut s'en étonner : la Rome médicale d'alors fourmillait de spécialités de toute sorte; pourtant ce n'est pas une raison pour rattacher, avec l'auteur, aux époques ou de *tâtonnements* ou de *décadence* le fractionnement de la médecine. Ce fractionnement est naturel quand la médecine n'est qu'un art empirique; il devient légitime et presque nécessaire, dans

provoquer chez l'homme une anémie temporaire du cerveau, au moyen d'une électrisation convenable; mais la portée thérapeutique de ce fait ne saurait échapper à aucun médecin. Car cette anémie temporaire peut, sans le moindre inconvénient, être renouvelée un très-grand nombre de fois, quotidiennement, si l'on veut, et notre expérience personnelle nous permet d'affirmer qu'avec un peu de persistance on triomphe ainsi de divers états congestifs du cerveau, se traduisant soit par la simple dépression des facultés intellectuelles, soit par des désordres psychiques de nature variée.

A l'appui de ce qui précède, nous citerons le fait suivant, choisi entre plusieurs autres, et qui nous paraît typique. Il s'agit d'un cas de congestion cérébrale, ou plutôt d'un état congestif chronique du cerveau, qui a cédé à des électrisations réitérées avec persistance.

Le malade, M. l'abbé C..., âgé de cinquante-neuf ans, est un homme replet, très-sanguin, au visage extrêmement coloré. Quand il s'adressa à nous, en désespoir de cause, il souffrait, plusieurs fois par semaine, de vertiges persistants, pendant la durée desquels il ne pouvait faire un pas sans appui et dont il ne se délivrait que par un repos absolu. M. l'abbé C... appartient à une communauté religieuse dont l'objet principal est la prédication, mais il avait dû renoncer peu à peu à tout travail. Il en était arrivé, dit-il, à pouvoir à peine réciter son bréviaire et dire la messe. Après divers traitements, on lui fit, au bout de cinq mois, une application de quinze sangsues, avec si peu d'effet que, le lendemain même, il eut une forte congestion cérébrale avec perte de connaissance et chute instantanée. Ce grave accident se renouvela ensuite plusieurs fois et était d'ordinaire accompagné de vomissements violents.

Pour modifier cet état organique invétéré et redonner une contraction tonique convenable à des vaisseaux habituellement dilatés, un traitement de longue durée a été nécessaire. Pendant cinq mois, nous avons électrisé le malade, trois fois par semaine, en plaçant le pôle positif d'une pile à courant continu au niveau des premières vertèbres cervicales, le pôle négatif au niveau du ganglion supérieur de l'un des nerfs sympathiques cervicaux. Le nombre des éléments employés variait de quinze à vingt, et nous avions soin d'interrompre le courant toutes les quinze secondes; car l'expérience démontre que la contraction vasculaire se produit surtout au moment de l'ouverture et de la fermeture du courant.

Chaque séance amenait une amélioration instantanée et de plus en plus longue. Bientôt le malade put reprendre ses occupations et travailler d'abord une heure, puis deux heures, puis quatre et cinq heures par jour. En même temps, les vertiges devenaient de plus en plus rares et courts. Au bout de cinq mois, le malade a cessé un traitement qui ne lui était plus nécessaire, et, depuis plusieurs mois, l'amélioration s'est maintenue.

Ce fait est tellement éloquent qu'il nous paraît inutile de l'accompagner de commentaires, et il suggérera sûrement aux médecins praticiens des applications thérapeutiques, nombreuses et variées.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès périodique international des sciences médicales (6ᵉ session), à Amsterdam.

(Correspondance particulière de la Gazette hebdomadaire.)

(Fin. — Voyez les nᵒˢ 37, 38 et 39.)

Section de biologie.

Président : M. le professeur Heynsius (de Leyde); *vice-présidents :* MM. Preyer, Van Braam et Holmgreen; *secrétaires :* MM. Place et Treub.

— M. le docteur *Treub* fait une communication sur *le développement des cellules*. L'auteur conclut :

1° Toutes les recherches récentes tendent à établir de plus en plus de nombreux points de rapport entre la division des cellules animales et celle des cellules végétales.

2° Il n'y a qu'une différence relative entre la genèse des cellules par formation libre et la division cellulaire.

3° La formation cellulaire libre peut être considérée comme constituant une transition entre la division cellulaire et les cellules à plusieurs noyaux.

— M. le docteur *Engelmann* (d'Utrecht) fait une communication sur *la contraction musculaire*. — Pendant la contraction des fibres musculaires striées transversalement, des changements ont lieu dans les propriétés optiques et le volume des couches isotropes et anisotropes, changements qui sont en général inverses dans les deux espèces de couches.

Les couches isotropes deviennent plus fortement réfringentes; les couches anisotropes, spécialement les disques transversaux, plus faiblement réfringentes. Il en résulte que, à un certain degré du raccourcissement, la striation transversale commence à devenir moins distincte (stade homogène ou de transition). A une phase encore plus avancée du raccourcissement, il apparaît de nouveau, avec une netteté croissante, des bandes obscures et des bandes claires transversales, qui correspondent, les premières, aux disques isotropes, les secondes, aux disques anisotropes (stade d'inversion).

Aussi bien à l'état de repos qu'à chaque degré de la contraction, les couches isotropes et les couches anisotropes,

---

une certaine mesure, quand l'art devient la science appliquée. C'est ce qui se produit précisément à notre époque.

Le service médical était moins compliqué, mais non moins assuré, dans les familles d'esclaves appartenant à l'aristocratie romaine. Nous en trouvons ici cinq témoignages épigraphiques, dont un concerne Lucullus (si la version proposée par l'auteur est la bonne), et l'autre Salluste. Il est à noter, du reste, que les médecins d'esclaves étaient souvent esclaves eux-mêmes. Quant à l'assistance médicale dans les associations d'artisans, elle est plus faiblement établie, faute de documents bien explicites; elle repose tout entière sur deux inscriptions, dont l'une comprend le nom de deux médecins parmi les décurions d'un collége d'artisans, et dont l'autre est une épigraphe funéraire dans laquelle un médecin est désigné comme « *patron* des ouvriers en couture ». Ces deux documents, nous le répétons, pourront paraître insuffisants; tels quels, cependant, ils méritent d'être pris en sérieuse considération.

(*A suivre.*) A. Dechambre.

École de médecine de Limoges. — Aux termes d'un décret en date du 29 septembre 1879, l'enseignement est distribué entre onze professeurs, savoir : un professeur d'anatomie; un professeur de physiologie; un professeur d'hygiène et de thérapeutique; un professeur de pharmacie et matière médicale; un professeur de pathologie externe et médecine opératoire; un professeur de pathologie interne; un professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants; un professeur de clinique externe; un professeur de clinique interne; un professeur d'histoire naturelle; un professeur de chimie et toxicologie.

Immunité des moutons algériens contre le charbon. — M. Chauveau, directeur de l'École vétérinaire de Lyon et correspondant de l'Académie des sciences, lui a fait, dans sa séance dernière (8 septembre), une communication tendant à établir que les moutons algériens ne seraient pas susceptibles de contracter le charbon (d'après les expériences déjà nombreuses que M. Chauveau a faites dans son laboratoire).

vues à l'aide de l'appareil à polarisation, se présentent comme des bandes nettement limitées et alternant régulièrement.

Pendant la contraction, la hauteur de la couche isotrope diminue beaucoup plus rapidement que celle de la couche anisotrope. Le volume de cette dernière croît ainsi aux dépens du volume de la première, car la somme des volumes de ces deux couches ne change pas d'une manière sensible.

Les agents qui produisent le gonflement peuvent, même sur des fibres musculaires qui ne sont plus excitables, provoquer essentiellement les mêmes changements dans la forme (raccourcissement et épaississement), le volume et les propriétés optiques des disques anisotropes, que ceux qui se présentent pendant le raccourcissement physiologique.

Ce même fait concerne d'une façon générale les éléments histologiques biréfringents, positifs, à un axe, même non *contractiles* et privés de vie.

— M. le docteur *Hubrecht* fait une communication sur *la respiration du tissu nerveux chez les némertiens.*

A la suite de cet exposé une discussion s'engage, à laquelle prennent part MM. *Preyer*, *Engelmann* et *Hubrecht*.

— M. *Heynsius* communique un mémoire sur *les causes des sons et des bruits dans le système vasculaire.* — Les sons dans le système vasculaire dépendent des cinq causes suivantes, dont l'une produit aussi les bruits de souffle :

1° De la transition subite des valvules du cœur et des veines, et de la paroi veineuse même, de l'état relâché à l'état de tension.

2° De la contraction du muscle cardiaque.

3° Du passage du sang dans une partie dilatée de l'appareil circulatoire, avec une certaine vitesse minima, dont la valeur dépend de la relation entre les dimensions du rétrécissement et celles de la partie élargie. Lorsque la vitesse du courant sanguin s'abaisse au-dessous de ce minimum, le son acquiert le caractère d'un bruit de souffle qui, à son tour, devient de plus en plus faible et disparaît tout à fait lorsque la vitesse du courant diminue.

4° Des ondes propres des branches artérielles. Les deux premiers bruits dépendent des *vibrations primaires de la paroi;* les deux autres, au contraire, des *vibrations primaires du liquide,* qui ne font vibrer la paroi vasculaire que secondairement.

A ces quatre causes on doit ajouter probablement encore :

5° La pulsation des artères, qui dépend de l'allongement de ces vaisseaux pendant leur diastole.

— M. le docteur *Charles Richet* fait une communication sur *la contraction musculaire chez l'écrevisse.*

— M. *Weber* traite de *l'organe nommé foie chez les crustacés*, et M. *Grünhagen*, de la *manière dont les éléments cellulaires de l'épithélium intestinal absorbent les matières grasses.*

Ces communications engagent une courte discussion, à laquelle prennent part MM. *Engelmann*, *Weber*, *Grünhagen* et *Place*.

Section de médecine publique.

Président : M. le professeur Van Overbeck; *vice-président :* MM. E. Perrin, Palasciano, Silva Amado; *secrétaire :* M. Hanlo.

— M. *Cabsten* dépose sur le bureau un rapport sur *la vaccination animale.*

— M. *Grosz de Cszatar* parle de la reconstruction de la ville de *Szegedin* au point de vue hygiénique.

— M. le docteur *Zeeman* fait une communication intitulée : *Comment l'état de la santé publique peut-il être mesuré?*

1° Pour mesurer la santé publique, il serait préférable de prendre pour unité de la vie sociale la famille, et non l'individu. En vue des données disponibles, on doit cependant se borner à l'étude de la vie et de la santé individuelles. Ce n'est qu'ainsi que, pour le moment, on arrive à se procurer des données susceptibles d'être soumises au calcul.

2° Pour pouvoir comparer la santé publique en divers pays et en divers temps, il faut que les mesures dont on se sert soient susceptibles de précision et qu'elles permettent une application universelle.

3° Les moyens qui ont été employés pour mesurer la santé publique sont : la mortalité des enfants dans la première année de la vie; la mortalité générale aux âges suivants, comparée à la population vivante de ces âges (tables de mortalité, durée moyenne de la vie); la statistique des maladies causes de décès, par rapport aux âges disposés et aux maladies épidémiques dont la déclaration est obligatoire; la statistique de la mortalité et de la morbilité des militaires; la statistique de l'assistance publique, des maisons d'aliénés, des prisons, etc.; les tables de morbilité des sociétés de secours mutuels; l'examen physique, la mensuration des miliciens; le développement physique des enfants et des jeunes gens jusqu'à l'âge adulte; le produit du travail, la fertilité des femmes.

— M. *Palasciano* fait différentes communications sur l'application du système pneumatique à l'assainissement des villes, sur la nécessité d'une surveillance sanitaire sur les travaux des chemins de fer en construction, et sur la vaccine animale.

Sur ce dernier point une discussion a lieu entre MM. *Drysdale*, *Cabsten*, *Van Cappelle*, *Crocq*, *Mouat* et *Palasciano*.

— M. *Allbult* lit un mémoire sur *la mortalité enfantine et la mort prématurée.*

— M. le docteur *Van Tienhoven* lit un mémoire intitulé : *Du choix des eaux potables dans l'intérêt de la santé publique.*

1° Dans l'intérêt de la santé publique, l'eau potable ne doit contenir ni ammoniaque ni acide nitreux, éléments absolument nuisibles; l'eau potable peut contenir une certaine quantité de matières organiques, d'acide nitrique, de chaux, de chlore, d'acide sulfurique, éléments relativement nuisibles.

2° Pour généraliser la pratique de l'analyse chimique, la méthode calorimétrique mérite d'être préférée à toutes les autres.

3° La connaissance des propriétés physiques de l'argile et de la terre glaise facilite la recherche et le maintien de la pureté de l'eau potable.

— M. *Belval* fait une communication sur *l'organisation internationale de l'hygiène publique.* — Discussion entre MM. *Jäger*, *Finkelnburg*, *Israëls*, *Mouat*, *Van Cappelle*, *Perrin*, *Crocq*, *Palasciano*.

M. *Jäger* propose de nommer une commission qui donnera son rapport à la séance prochaine de la section. Sont nommés comme membres de cette commission MM. *Belval* (de Bruxelles), *Finkelnburg* (de Berlin), *Mouat* (de Londres), *Palasciano* (de Naples) et *Van Cappelle* (de la Haye).

— M. *Hart* fait une communication sur la *propagation des épidémies typhoïdes par le lait.*

— M. *Delaunay* traite des *mesures internationales à prendre en vue de supprimer la variole.* — Discussion : MM. *Crocq*, *Zawerthal*, *Hertz*, *Sanders* et *Delaunay*.

— M. *Zawerthal* parle des *cours d'hygiène de la voix dans les conservatoires de musique.*

Section de psychiatrie.

Président : M. le docteur Billod; *secrétaires :* MM. Van Andel et de Jouy.

— M. le docteur *Donkersloot* fait une communication sur *l'étiologie et le traitement de la catatonie.* — L'auteur pense qu'il est utile de réunir sous le nom de catatonie un certain nombre de cas qui présentent comme symptôme principal une impuissance d'agir qui doit être attribuée à un dérangement dans la partie du cerveau qui préside au mouvement.

Comme la catatonie accompagne ou complique souvent diverses maladies nerveuses, comme la catalepsie, l'hystérie, l'épilepsie et la mélancolie avec stupeur, il est impossible d'en faire une étiologie spéciale ou d'en indiquer un traitement à part.

— M. le docteur *Van der Swalme* lit un mémoire sur *l'aliénation mentale comme cause de divorce*. — Les raisons qui, au point de vue religieux, moral ou pratique, semblent plaider en faveur de l'aliénation mentale comme motif de divorce ne sont point suffisantes. Au point de vue médico-légal il faudrait lire, au lieu de : aliénation mentale, aliénation mentale chronique incurable et avec perte du souvenir. Les malades de cette catégorie seront d'autant plus rares que leur affection cause souvent une mort précoce. Il paraît dangereux de fixer pour le petit nombre de survivants des conditions de divorce qui, quoique soigneusement posées, pourraient aisément aggraver la souffrance d'un plus grand nombre de malheureux.

Il résulte de ces faits que l'aliénation mentale ne semble pas constituer un motif de divorce plus valable que plusieurs autres infirmités et maladies qui viennent troubler le bonheur conjugal.

— M. le docteur *Billod* fait la démonstration d'un *instrument pour l'alimentation forcée des aliénés*. Il fait ensuite une communication sur la *situation du service des aliénés en France*.

— M. le docteur *Richet* donne lecture d'un mémoire sur les *contractures hystéro-épileptiques*.

— M. le docteur *Petithan* propose la motion suivante, qui est acceptée à l'unanimité : « La section de psychiatrie conclut qu'il y a lieu de faire une loi contre l'alcoolisme, et d'instituer des asiles de tempérance pour traiter les cas d'alcoolisme chronique en vertu de cette loi. »

— Sur la proposition de M. *Ramaer*, la motion suivante est adoptée : « La section de psychiatrie désire exprimer sa reconnaissance au comité d'organisation du congrès, de l'avoir ajoutée aux autres sections, et prie le congrès de vouloir bien décider en séance générale qu'à l'avenir toute session du congrès aura sa section de psychiatrie. »

Ces deux motions sont adoptées à l'unanimité.

Section d'ophthalmologie.

Président : M. le professeur Snellen (d'Utrecht); *vice-présidents :* MM. Becker, Gayet et Miel; *secrétaires :* MM. Kuhnt et Coppez.

— M. le professeur *Donders* donne lecture d'un travail très-complet intitulé : *Projet de règlement pour l'examen des facultés visuelles du personnel des chemins de fer*. — L'éminent professeur propose comme mesures générales une révision général du personnel, dont une bonne partie est incapable de distinguer les signaux à la distance requise.

— M. le docteur *Doyer* (de Leyde) lit une note sur les *agents myotiques et mydriatiques*. — Voici les conclusions de l'auteur :

1° Quoiqu'il y ait une corrélation directe entre les dimensions de la pupille et l'accommodation, il n'existe point de dépendance absolue entre ces deux fonctions.

2° Le résultat d'expériences comparées est que l'efficacité pour dilater la pupille est très-différente, et qu'elle est, pour la pilocarpine, l'ésérine, la gelsémine, l'atropine, la daturine et la duboisine, en raison des chiffres 1/200, 1/6, 1/16, 1, 2 et 15.

3° La dose minina qui agit sur la pupille est, pour la duboisine, de 0gr,000000005.

— M. le docteur *Mac Gillavry* fait une communication sur l'*irido-choroïdite sympathique*. — En attribuant l'irido-choroïdite sympathique à l'irritation des nerfs ciliaires dans l'œil siége de l'affection primaire, on admet implicitement l'hypothèse que l'inflammation peut être causée par une action réflexe. Cependant la pathologie ne contient aucun fait, qui conduise sans violence à admettre cette hypothèse. L'étude anatomique a démontré (procès-verbal de la séance de l'Académie royale des sciences, à Amsterdam, du 30 novembre 1878), que dans l'irido-choroïdite sympathique il y a obstruction par des conglomérations de cellules lymphoïdes dans la lacune lymphatique, entre la dure-mère et l'arachnoïde. Il y a raison de croire que ces obstructions sont pour quelque chose dans l'origine de l'inflammation du second œil.

— M. le professeur *Gayet* lit une note sur la *cautérisation de la cornée par le fer rouge, dans des cas d'ulcère atonique, d'abcès de la cornée, et dans les cas de kératocone ;* puis sur un procédé nouveau de l'*opération de l'entropion en cas de cicatrices graves du tarse*.

— M. *Bouchut* lit un travail sur les *hémorrhagies rétiniennes dans le typhus, la fièvre typhoïde et la diathèse hémorrhagique*.

— M. *Librecht* communique une note sur l'*usage de la strychnine*.

— M. *Warlomont* lit une communication de M. *Crittchet* sur le *traitement de l'ophthalmie gonorrhéale*.

Section de pharmacologie.

Président : M. le professeur Stokvis; *vice-présidents :* MM. Gille, Méhu; *secrétaire :* M. Stœder.

— M. le docteur *Van Gorkom*, directeur de la culture du quinquina, à Java, fait une très-intéressante communication sur *la culture des quinquinas dans les colonies* hollandaises. — Voici les conclusions de ce travail :

1° L'acclimatation des Cinchonas dans les Indes orientales est couronnée d'un succès complet. La crainte de voir cesser ou du moins suspendre les approvisionnements de Quinquinas, que faisait naître l'exploitation désordonnée des forêts de l'Amérique tropicale, s'est donc heureusement évanouie.

2° La culture régulière des Cinchonas a contribué beaucoup à l'appréciation de la valeur du végétal comme espèce botanique, et des parties qui en sont utilisées en médecine.

3° L'extérieur des Quinquinas n'indique pas leur richesse en principes actifs. La structure anatomique ne donnant pas non plus de renseignements suffisants à cet égard, l'analyse chimique peut seule en démontrer la valeur intrinsèque.

4° La différence individuelle des Quinquinas généalogiquement identiques, quoique restant toujours bien remarquable, est plutôt quantitative que qualitative.

5° La culture des Cinchonas dans les pays autres que la mère patrie n'a pas fait dégénérer les écorces. Cependant les Cinchonas semblent bien sensibles aux influences du milieu extérieur. Pour prévenir leur hybridisation, les planteurs auront donc à maintenir des soins continuels et une sélection de graines bien entendue.

6° Les planteurs auront surtout à aviser à la production de matériel pour la fabrication de la quinine. Ce seront donc la *C. Ledgeriana* et la *C. officinalis* que l'on devra préférer, tandis que la *C. succirubra* sera toujours bien accueillie pour les préparations pharmaceutiques.

7° Le développement des Cinchonas aux Indes orientales paraît dépendre plutôt de la nature locale du terrain et du sol, que d'une différence de hauteur. Toutefois, il semble raisonnable de se borner à une altitude de 4500 à 5500 pieds.

Ce travail donne lieu à une discussion entre MM. *Gille*, *Méhu* et *Van den Heuvel ;* et MM. *Méhu* et *Hayem* communiquent des détails très-intéressants sur la culture du Quinquina à l'Ile-de-France.

— M. le docteur *Fokker* (de Groningue) communique une note intitulée : *Y a-t-il des médicaments ayant une action directe sur la nutrition?* M. Fokker conclut que :

1° La plupart des auteurs qui ont attribué à certains médicaments un influence directe sur la nutrition n'ont pas fait attention aux modifications de certaines fonctions intermédiaires, et ont pris une action indirecte pour une action directe.

2° Il n'y a aucune raison positive d'admettre une action directe des médicaments proprement dits sur la nutrition.

3° Les systèmes pharmacodynamiques, se basant sur le principe de l'influence des médicaments sur la nutrition, comme ils ont été établis par Kohler, Rabuteau et autres, n'ont aucune valeur.

— M. *Bouchut* fait une communication, en son nom et au nom de M. *Wurtz*, sur *un nouveau ferment digestif extrait de la Carica papaya.*

— M. le docteur *Binnendijk* donne lecture d'un mémoire sur les *propriétés toxiques de l'acide phénique.*

1° L'acide phénique pur est une substance toxique, qui agit d'une manière directe sur le système nerveux cérébro-spinal et surtout sur le centre respiratoire, en les excitant d'abord et en les paralysant ensuite. Elle ne semble pas être sans influence sur le sang. On peut souvent constater l'hémoglobinurie dans les premières heures après l'intoxication.

2° La résorption et l'élimination de l'acide phénique se font dans un temps très-court. Les effets toxiques se produisent très-vite après l'introduction, et disparaissent déjà à un moment où toute la quantité n'est pas encore éliminée. Dans des conditions favorables (injection sous-cutanée, introduction dans l'estomac vide), l'élimination est finie en douze ou seize heures.

3° L'acide phénique se change en partie dans l'organisme. Il se forme des substances chimiques complexes (des éthers sulfuriques conjugués, du phénol, de l'hydroquinone, du pyrocatéchine Baumann) qui ont une action moins toxique. Une autre partie en est peut-être oxydée (Salkowski, Tauber).

4° La glycérine ajoutée aux solutions aqueuses d'acide phénique en diminue les effets toxiques (chez les lapins). On ne peut pas encore décider si cet effet de la glycérine doit être attribué à une résorption retardée ou à d'autres circonstances.

— M. *Ennes* lit un rapport sur les *propriétés pharmacologiques du pétrole.* Discussion : MM. *Séguin* et *Méhu.*

— M. *Gille* et M. *Séguin* donnent lecture d'un rapport sur la *pharmacopée universelle* et sur l'*uniformité internationale en médecine.* Suit une discussion à laquelle prennent part tous les membres présents.

Sur la proposition de M. *Stokvis*, la résolution suivante est prise à l'unanimité : « La section invite la Société de pharmacie de Paris à communiquer son projet de pharmacopée universelle, pour l'imprimer dans le compte rendu du congrès d'Amsterdam, ou tout au moins à le publier le plus tôt possible. »

SÉANCES GÉNÉRALES. — EXPOSITION. — BANQUETS. CLÔTURE DU CONGRÈS.

Nous avons donné, dans la mesure du possible, le compte rendu des principaux mémoires qui ont été présentés aux différentes sections du congrès. Ainsi que nos lecteurs ont pu en juger, le nombre de ces mémoires a été considérable, et un certain nombre d'entre eux ont une valeur réelle. Le manque d'espace ne nous a pas permis de les signaler tous, et surtout de reproduire les intéressantes discussions dont quelques-uns d'entre eux ont été l'objet.

Il nous reste maintenant à parler de quelques communications faites dans les assemblées générales et que leur caractère ne nous permettait pas de classer dans les travaux purement scientifiques. C'est ainsi que nous signalerons la communication faite par M. le docteur Séguin, qui poursuit depuis plusieurs années une campagne laborieuse en faveur de l'uniformité internationale en médecine et de l'emploi universel du système métrique. Une commission a été nommée pour étudier la question.

MM. les professeurs Marey et Virchow ont occupé chacun le congrès par des conférences, l'un sur la découverte de la circulation; l'autre sur le *siège de Troie.* On se demande quels rapports le professeur de Berlin a pu trouver entre Troie et les sciences médicales. Ce que nous avons pu comprendre de ce discours prononcé en allemand, c'est qu'une source découverte sur l'emplacement de Troie passe dans le pays pour avoir des propriétés miraculeuses. Ce qui a donné lieu, de la part de M. Virchow, à des railleries assez spirituelles, du reste, contre nos sources de Lourdes et de la Salette.

Disons quelques mots de l'Exposition organisée dans une des salles du parc par les soins de M. le docteur Gori. Nous avons vu avec plaisir figurer un grand nombre d'instruments et d'appareils ingénieux, dont la plupart étaient d'origine et de fabrication françaises. MM. Trouvé, Mathieu et Talrich avaient eu le talent d'improviser une exposition très-intéressante, et leurs efforts ont été certainement récompensés par l'attention que tous les membres du congrès prêtaient aux objets exposés. Les appareils de M. Trouvé, le polyscope entre autres, ont obtenu un succès que nous nous plaisons à constater. Remercions donc nos fabricants de la peine qu'ils ont prise, car c'est grâce à eux que l'industrie française occupait le premier rang à cette Exposition d'instruments et d'appareils.

La clôture de la partie scientifique du congrès a eu lieu le samedi 13 septembre. Il a été impossible de fixer le siège précis du congrès de 1881 ; l'Angleterre a été choisie, et la ville sera ultérieurement désignée par le comité de permanence et par le bureau actuel, qui reste en fonctions.

Terminons en parlant des dîners et banquets qui ont réuni plusieurs fois les membres du congrès. Quoique cette partie du programme n'ait rien de scientifique, il nous est impossible de passer sous silence le dîner offert par M. Lewis Sayre à la presse scientifique, et le banquet d'adieu, présidé par M. Donders, et dans lequel les toasts les plus chaleureux ont été prononcés.

Enfin la série des fêtes s'est terminée par une très-agréable excursion à la plage de Schevening, où un déjeuner avait été offert au congrès par la municipalité de cette ville et le directeur des bains.

Nous avons dit que le meeting de 1881 aura lieu en Angleterre. Nous connaissons l'habileté de nos confrères d'outre-mer dans l'organisation des meetings et des congrès, mais nous pensons qu'ils auront beaucoup de peine à faire oublier la franche et cordiale hospitalité des habitants d'Amsterdam.

A. Lutaud.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1879.—PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

De l'évolution en médecine, par M. *Ch. Sédillot.* — L'auteur s'applique à montrer que les sciences tendent à se rapprocher chaque jour de la perfection, et tire tous ses arguments, en ce qui concerne la médecine, de la découverte des microbes.

Dosage de l'urée. — M. *Esbach* adresse une nouvelle note concernant le *dosage de l'urée.* L'auteur maintient ses assertions précédentes, en s'appuyant sur de nouvelles expériences, effectuées devant témoins ; il conclut comme il suit : On ne se trompe pas sensiblement en considérant les urines

diabétiques comme des urines ordinaires, relativement au dosage de l'urée par l'hypobromite de soude. Quant à ajouter du sucre aux urines avant d'en doser l'urée, cette pratique repose sur un principe faux. Elle donnera parfois des coïncidences, plus souvent des erreurs, variables suivant le titre de l'urée ou les poids de sucre ajoutés.

VISION. — M. *G. Audigier* adresse une note intitulée : *De la perception normale des objets renversés sur la rétine, et explication d'une illusion d'optique.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur *Droixhe* : 1° Un *Précis de l'éducation physique des enfants en bas âge.* — 2° Diverses brochures et revues.

M. *Devilliers* présente, au nom de M. le docteur *Verrier*, une tumeur éléphantiasique du clitoris et dont l'ablation a été pratiquée par ce chirurgien.

MALADIE ROUGE DU PORC. PNEUMO-ENTÉRITE INFECTIEUSE. — M. *Bouley* donne lecture d'un important mémoire de M. *Klein*, dont il fait pour l'Académie une traduction analytique. Ce travail fait partie d'un rapport officiel présenté au Parlement anglais.

Dans ce mémoire, l'auteur décrit une maladie qu'il désigne sous le nom de *pneumo-entérite infectieuse du porc*, maladie qui porte encore, entre autres dénominations, celle de *fièvre typhoïde du porc*. Le docteur Klein montre qu'il s'agit là d'une maladie contagieuse, dont le contagium serait un corpuscule animé, un ferment, un microphyte ou fungus qu'il est parvenu à saisir, à isoler, à cultiver, suivant la méthode de M. Pasteur, et à reproduire par inoculation à l'aide des liquides de culture inoculés à doses infinitésimales à d'autres animaux.

La culture artificielle de ce fungus a été faite dans une petite quantité de liquide animal normal (l'humeur aqueuse de l'œil du lapin), contenu dans de petites cellules closes de verre, disposées pour permettre l'inspection microscopique.

Puisant sur un porc malade une très-petite quantité de matière renfermant le germe de la maladie, il a, si l'on peut s'exprimer ainsi, *inoculé* avec cette matière une première quantité de liquide normal, et il l'a maintenue pendant vingt-quatre heures dans un *incubateur*, à une température convenable. Le jour suivant, il a fait une petite inoculation de cette première quantité à une deuxième quantité de liquide normal; puis encore, le jour suivant, de cette deuxième à une troisième, et successivement ainsi jusqu'à une huitième quantité de liquide normal.

Dans la longue série de ces expériences, chacune de ces quantités successives de liquide normal, *ainsi inoculé*, laissait voir, au bout d'un certain temps après l'incorporation du contagium, le développement d'un *schizomycète* spécifique, avec les spires souples, les baguettes et les filaments; et, hors les cas où l'expérience n'avait pas été bien faite, aucune autre forme ne s'est montrée.

Ces faits constatés, M. le docteur Klein s'est servi, pour l'inoculer à trois porcs, du liquide de la huitième quantité, contenant, par conséquent, une huitième génération des germes du schizomycète cultivé artificiellement, et cette inoculation, avec un contagium ainsi puisé loin de sa source originelle, s'est montrée aussi efficace à déterminer la pneumo-entérite que si elle avait été faite avec un liquide puisé directement sur l'animal malade.

Cette maladie a été décrite sous des noms très-divers : *fièvre splénique ou anthrax*, *érysipèle malin*, *fièvre érésypélateuse maligne*, *mal rouge*, *pourpre*, *maladie bleue*, *érysipèle épizootique*, *typhus*, *fièvre typhoïde*, *choléra*, etc.

M. Klein montre, dans ce mémoire, que la maladie est infectieuse, et il l'appelle *pneumo-entérite infectieuse*, parce que les intestins et les poumons sont constamment affectés. Les altérations des autres organes, de la peau, des membranes séreuses ne sont pas constantes. Les taches rouges de la peau n'apparaissent qu'accidentellement, quoique ce soit sur elles que se trouvent basées quelques-unes des appellations sous lesquelles cette maladie a été le plus souvent désignée : *mal rouge*, *érysipèle pourpre*, etc. M. le docteur Klein rejette tous ces noms comme impropres, ainsi que ceux de *peste* et de *choléra* des porcs, parce que, dit-il, en pathologie comparée comme en pathologie humaine, nous devons viser à ce que les noms des maladies expriment un caractère, soit étiologique, soit clinique.

Après avoir décrit les caractères symptomatologiques et les lésions anatomiques que l'on observe dans cette maladie, l'auteur se résume dans les propositions suivantes :

La maladie est grandement infectieuse; on peut prouver par des expériences directes que les poumons malades, le contenu de la trachée et des bronches, les particules de la membrane intestinale ulcérée nettoyées des matières fécales, la rate malade et les exsudations péritonéales renferment la matière génératrice de la maladie : *materies morbi*.

On peut déterminer cette maladie sur un animal sain par l'inoculation d'une petite quantité de cette *materies morbi*, soit sur la peau, soit sur une muqueuse ; on peut la déterminer également en mêlant cette matière à la nourriture des animaux.

Elle est transmissible par la simple cohabitation avec des malades; elle peut aussi être transmise lorsque des animaux sains sont placés dans des logements préalablement habités par des animaux malades.

M. *Fauvel* demande si la maladie dont vient de parler M. Bouley est la même que celle qui a été décrite en France sous le nom de maladie rouge. Dans tous les cas, le nom de *pneumo-entérite* qui lui a été donné ne justifie pas l'analogie qui a été faite de cette affection avec la fièvre typhoïde.

M. Fauvel désirerait également savoir si cette affection est transmissible à d'autres animaux que le porc.

M. *Bouley* dit que, n'ayant pas encore fait de cette affection une étude assez approfondie, il n'est pas en mesure de répondre pour le moment à M. Fauvel.

M. *Goubaux* croit avoir observé la maladie en question en Bretagne, où elle infligeait parfois des pertes cruelles aux cultivateurs.

Il a également observé quelques cas de ce genre à Alfort, où il se propose d'étudier cette maladie avec soin ; dans tous les cas, il pense que M. Bouley a eu une excellente idée en appelant l'attention sur un sujet aussi intéressant.

M. *Hervieux* désirerait également avoir quelques renseignements sur la contagiosité et sur le mode de transmission de la maladie.

M. *Bouley* pense que c'est par les aliments que la maladie se transmet d'un animal à un autre.

M. *Delpech* demande à M. Goubaux si, dans les localités où il a observé la maladie rouge, il existait en même temps des cas de fièvre typhoïde chez l'homme.

M. *Goubaux* répond que ni en Bretagne, ni à Alfort, il n'a observé la coïncidence de la maladie rouge et de la fièvre typhoïde.

M. *Bouley* dit qu'il entreprendra de nouvelles recherches sur cette intéressante question, et qu'il en communiquera le résultat à l'Académie.

VACCINATION ANIMALE. — M. le docteur *de Pietra Santa* donne lecture d'un mémoire sur la vaccination animale.

1° La vaccination animale, dit l'auteur, telle que nous l'avons définie (culture successive, sur le terrain de la génisse, du cowpox spontané recueilli sur des vaches laitières), telle qu'elle se pratique dans plusieurs contrées de l'Europe

(Italie, Belgique, Hollande, Prusse, Russie), et telle qu'elle doit se pratiquer scientifiquement, constitue une méthode bonne, utile, efficace.

2° Les résultats de centaines de mille de vaccinations et de revaccinations opérées dans les conditions les plus variées d'expérimentation, démontrent les avantages et la valeur de la vaccination animale.

— La séance est levée à cinq heures.

REVUE DES JOURNAUX

Des lésions de la circulation dans la chlorose, et de l'insuffisance fonctionnelle de la valvule mitrale, par M. Lewinski.

Ceci n'est pas un exposé complet de la question, mais un examen critique détaillé d'un cas intéressant, chez un enfant de treize à quatorze ans, présentant tous les signes physiques et subjectifs d'une insuffisance mitrale à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu. A l'autopsie, on constate, à côté des caractères de la chlorose, une hypertrophie considérable du ventricule gauche, en même temps qu'une dilatation de l'orifice mitral, mais sans lésions valvulaires. L'insuffisance mitrale existait donc, mais était d'une tout autre nature que n'avaient pensé les médecins; et d'un autre côté l'hypertrophie n'avait pas été reconnue.

Or, Lewinski prétend que l'hypertrophie du ventricule gauche est très-fréquente chez les chlorotiques, mais impossible à reconnaître. *Très-fréquente*, parce que l'énergie physiologique du cœur étant diminuée grâce au moindre apport d'oxygène, la masse musculaire augmente à proportion, afin que la somme de travail exécuté reste constante. *Impossible à reconnaître*, parce qu'elle n'est pas extraordinaire et que l'exploration physique ne peut pas donner de renseignements certains. La plus grande énergie du choc n'existe pas chez les chlorotiques, puisque le travail total du cœur n'est pas augmenté, comme il vient d'être expliqué. L'auteur a cherché souvent, dit-il, à reconnaître cette hypertrophie chez le vivant, sans jamais y réussir.

Il faut conclure de cette première série de déductions que les chlorotiques ne sont pas en réalité de faux cardiaques; que la dyspnée, les palpitations, etc., qu'on observe si fréquemment chez eux, tiennent d'ordinaire à une lésion organique bien définie, malheureusement difficile à reconnaître.

Dans le cas particulier, la chlorose n'a été reconnue que sur le cadavre, grâce aux lésions des gros vaisseaux. C'est, comme on sait, une des dernières découvertes de Virchow. Suivant lui, l'aorte des chlorotiques a des caractères tout à fait spéciaux dont voici les trois principaux : rétrécissement du calibre vasculaire, minceur des parois, anomalie des origines des artères intercostales. Ajoutons encore une élasticité telle des parois que l'aorte se laisse distendre et revient sur elle-même comme un ruban de caoutchouc. Virchow admet que cette structure particulière de l'aorte est la cause probable de l'hypertrophie du ventricule gauche ; et cette opinion nous paraît rationnelle, malgré l'opposition que lui fait Lewinski.

Il existait, avons-nous dit, une dilatation assez considérable de l'orifice mitral, dans lequel on pouvait facilement faire pénétrer trois doigts. C'est là un point très-obscur de pathogénie, car les insuffisances mitrales *fonctionnelles* ne sont rien moins que démontrées. Oppolzer, qui en a parlé le premier, a soulevé un *tolle* général dans la science. De nos jours on les admettrait plus volontiers, parce qu'on rencontre fréquemment à l'autopsie ce qu'on a trouvé chez l'enfant dont il s'agit. Mais il faudrait en trouver l'explication. Celle que propose Lewinski n'est pas suffisante. Il commence par rejeter celle qui se base sur une sorte de paralysie du cœur.

« Pour que les valvules fonctionnent normalement, dit-il, sans trop bien dire pourquoi, il faut que le travail des muscles papillaires soit complet. Or ce travail est égal à la longueur de ces muscles multipliée par leur force physiologique. Dans ce cas particulier la force est diminuée par la même raison que ci-dessus, et la longueur n'est pas, comme la masse, susceptible d'augmentation. » Quoi qu'il en soit, il est toujours intéressant de savoir que de pareilles dilatations peuvent simuler chez les chlorotiques de véritables insuffisances mitrales. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVI, p. 292.)

De l'emploi du crayon d'alun par dans les maladies des muqueuses, par MM. Magnus et Frankel.

Le crayon d'alun est employé par Magnus en place du sulfate de cuivre, dans les conjonctivites chroniques et granuleuses. Son emploi est moins douloureux, et les résultats sont peut-être plus durables.

Frankel a généralisé son emploi, et s'en est servi utilement dans les maladies de femmes : hypersécrétion du col à la suite de blennorrhagie ou de sténose de l'orifice utérin, etc. L'avantage du crayon d'alun est de se dissoudre rapidement dans l'utérus sans provoquer de coliques violentes. Il rend aussi de bons services dans les abcès ganglionnaires des scrofuleux. (*Bresl. ærtzl. Zchft.*, 1879, et *Cent. für Chir.*, 1879, n° 27.)

Influence de la faradisation des muscles de l'abdomen sur la résorption et l'excrétion de l'urine, par M. J. Glax.

L'influence de la faradisation de l'abdomen sur la résorption de l'ascite et sur la sécrétion urinaire est peu connue. On cite à peine des observations de Solfanelli et d'Alvarenga, et des expériences négatives de Gerhardt. Et cependant Glax annonce des résultats presque merveilleux. Dans les 5 observations qu'il rapporte, on voit, sous l'influence de ce traitement très-simple, la quantité d'urine monter en deux ou trois jours, ou bien le jour même, de 200 à 3000 grammes, de 70 à 800 grammes, de 2000 à 2400 grammes. La méthode opératoire est très-simple, et consiste à faire contracter alternativement tous les muscles de l'abdomen sous l'influence de courants faradiques faibles. La séance dure de quarante à cinquante minutes. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXII, p. 611.)

Une épidémie de fièvre typhoïde à la campagne, par M. Marx.

Petite épidémie de maison, observée dans une grande ferme hollandaise (?). Sur 28 habitants de la ferme, il y eut 13 malades et 3 décès. Comme il arrive souvent dans ces cas, l'influence de la contagion est évidente : le premier malade était un enfant de six ans; c'est sa bonne qui est atteinte après lui ; puis une seconde, une troisième servante. Marx a pu suivre la contagion presque aussi facilement que s'il se fût agi de variole ou de peste; c'est le point intéressant de sa relation. L'étude des causes de cette épidémie minuscule a été faite avec tout le soin désirable ; l'eau potable put seule être incriminée. Elle contenait une forte proportion de matières organiques et communiquait vraisemblablement avec les latrines. (*Berl. klin. Wochensch.*, 1879, n°s 26, 27.)

De l'emploi du goudron à l'intérieur,
par M. RECLAM (de Leipzig).

En Allemagne, les préparations de goudron ne sont pas, comme chez nous, tombées dans le domaine public : elles sont complètement oubliées : deux exagérations en sens opposé. Les observations de Reclam, faites en partie sur lui-même, confirment les propriétés bien connues du goudron dans les maladies de poitrine : diminution rapide de l'expectoration et de la toux. Les propriétés qui lui sont communes avec tous les balsamiques font du goudron un remède vraiment populaire à cause de son bon marché, d'autant mieux que dans cette classe de médicaments on chercherait vainement un médicament plus facile à administrer. L'auteur, visiblement épris de son sujet, dit avoir éprouvé à la suite de fortes doses « une excitation psychique analogue à celle que produit une tasse de bon café, contrastant agréablement avec la dépression inévitable qui suit les quintes de toux ». Ses malades ont accusé des dispositions d'esprit analogues. Les poumons « deviennent moins sensibles au froid ». Au lieu de garder la chambre, les malades qui font usage du médicament peuvent sortir et se livrer à leurs occupations, quel que soit l'état de l'atmosphère. Enfin, jamais Reclam n'a observé de suites fâcheuses, et cependant la dose administrée variait de 1 à 3 grammes et dépassait par conséquent celle qui est généralement usitée. (*Berlin klin. Wochensch.*, 1879, n° 27.)

Un cas de rage avec incubation prolongée,
par M. FRIEDREICH.

Un enfant de quatorze ans fut mordu le 14 juillet 1867 par son chien, au médius de la main gauche. L'animal mourut le 21 et fut autopsié par le vétérinaire, qui conclut à la rage, d'après les symptômes observés pendant la vie et les résultats de l'autopsie elle-même (hyperhémie du cerveau, quantité de corps étrangers dans l'estomac, etc.). La plaie fut cautérisée au nitrate d'argent et guérit en peu de jours : l'enfant resta frais et bien portant. Mais le 4 mai 1868 on vit apparaître chez lui des phénomènes bizarres qui bientôt se transformèrent en rage confirmée. Le décès eut lieu le 10 mai.

Voici donc une incubation bien constatée de dix mois. Friedreich explique cette singularité en admettant que le poison de la rage peut rester inactif au sein des tissus pendant assez longtemps et ne pénétrer dans la circulation générale que sous l'influence de circonstances spéciales. Ainsi l'enfant en question, après avoir délaissé son violon pendant près d'un an, s'était remis à jouer de l'instrument quelques jours avant l'apparition des symptômes de la rage. Quoi qu'il en soit de cette théorie, on se demandera avec l'auteur pourquoi on continue à nier *à priori* les incubations d'une ou plusieurs années, du moment qu'elle peut durer dix mois, et pourquoi on traite de fables les observations rapportées par les anciens ? L'enfant avait complètement oublié sa morsure, et, bien entendu, dans la famille, on se garda bien d'attirer son attention sur ce point. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXIV, p. 242.)

La trichine en Prusse en 1877,
par M. EULENBERG.

D'après des documents officiels, en 1877, le nombre des porcs trichinés est de 172 800 (en 1876, de 172 000) : en tout 701 cas sur 2 millions. Dans le district de Stettin on observa 98 cas de maladie chez l'homme, dont 54 dans la seule ville de Stettin. Dans cette contrée, l'examen microscopique de la viande ne se fait que dans des localités isolées. Dans le district de Mersebourg, on a constaté trois petites épidémies de trichinose dans des villages. Généralement, la viande de porc avait été consommée crue ou peu fumée. A Höxter, il y eût 52 cas. La question se complique de ce que les flancs de cochon salé de provenance américaine contiennent très-souvent la trichine (1/2 pour 100 suivant les uns, 4 pour 100 suivant les autres). Or il se fait de cette viande une consommation énorme en Allemagne.

Pour empêcher le pays d'être littéralement envahi par la trichine, le gouvernement s'est vu obligé de recourir à des mesures très-énergiques. Nul porc ne peut être livré à la consommation sans avoir été visité par un expert, qui pratique l'examen au microscope. Or qui sont ces experts ? Des médecins, des vétérinaires, des bouchers. Mais les bouchers trop souvent ne voient rien et laissent détériorer leurs instruments. Dans le district de Weissenfels, sur 125 microscopes, 46 ne pouvaient plus servir ! Les médecins, d'un autre côté, sont absorbés par leur clientèle et se désintéressent d'une mesure d'utilité publique peu lucrative. Un praticien prétend avoir examiné en deux jours 503 jambons, 3 tonneaux de lard et 46 cochons !

On voit par ces quelques lignes que la trichine n'a pas cessé d'être un danger pour nos voisins, et que la profession de *physiker* n'est pas près de devenir une sinécure. (*Vschft. für ger. Med. und off. San.*, t. XXX, p. 175.)

Un cas de contracture musculaire : sa réaction vis-à-vis des agents mécaniques et de l'électricité, par M. FIEBER.

Une jeune fille de vingt-trois ans, réglée très-tard et très-irrégulièrement, fut prise subitement, à la suite d'une chute, de contractures des membres inférieurs. Ses genoux sont pliés à angle droit, les cuisses ramenées vers l'abdomen, les pieds varus-équins. Rien ne peut changer cette pénible situation. Même en plaçant la malade sous l'influence du chloroforme, même en exerçant les tractions les plus violentes, il est impossible de corriger l'attitude des extrémités inférieures. Au contraire, en faisant passer un courant électrique même léger, on voit les muscles se détendre, les membres reprendre leur attitude normale, mais seulement pendant le passage du courant. L'auteur ne sait comment désigner cette étrange affection. Les lecteurs français penseront sans doute à l'hystérie, et avec raison. Les contractures de forme singulière, l'action de l'électricité, tout, jusqu'à la terminaison brusque de la maladie par une grande amélioration, attire l'attention du côté de la grande névrose féminine. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVI.)

Travaux à consulter.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PAR LES EAUX DE LA MALOU, par M. le docteur A. BELUGOU. — Les eaux minérales, quoique souvent prescrites dans les maladies du système nerveux central, le sont presque toujours en vain, et l'on peut dire que, d'une manière générale, les myélites et les méningo-myélites ne sont nullement justiciables des stations balnéaires. Cependant il semble que les eaux de La Malou (Hérault), employées au moment opportun, ne soient pas sans utilité dans le traitement du *tabes dorsalis*. M. Fonssagrives dans son *Traité de thérapeutique* et M. Grasset, dans ses leçons sur les maladies du système nerveux, sont signalé le fait ; c'est pourquoi nous ne croyons pas sans intérêt de parler du travail du docteur Belugou ; nous en donnerons les principaux traits. L'auteur commence par insister sur ce point qu'il n'est pas indifférent de s'adresser à telle ou telle source. Sous le rapport du traitement de l'ataxie locomotrice, il divise les sources en deux classes : les sources chaudes et les sources tempérées. Il publie un certain nombre de cas qui semblent étudiés avec soin et qui tous montrent ou une amélioration

notable ou tout au moins un état stationnaire avec diminution des phénomènes douloureux sous l'influence des eaux de La Malou. L'action est d'autant plus salutaire que l'affection est plus rapprochée de son début. Les douches, les sources légères employées comme révulsifs sont d'une utilité évidente. (*Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, t. XXIII.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes, par M. le docteur L. DE SINETY. Un volume in-8 de 823 pages, avec 160 figures intercalées dans le texte.— Paris, 1879, O. Doin.

La littérature gynécologique s'est enrichie, pendant ces dernières années, d'un grand nombre de traités complets destinés à remplacer avec avantage les ouvrages didactiques, qui avaient vieilli, et auxquels on reprochait avec raison de n'avoir pas suivi le mouvement chirurgical qui a entraîné les gynécologistes dans une voie nouvelle jusqu'alors inexplorée. C'est donc avec le plus grand plaisir que nous avons vu apparaître les ouvrages si complets de Barnes, de Courty, de G. Thomas, et les traités élémentaires de Demarquay et de Leblond.

Le livre dont nous donnons aujourd'hui l'analyse sommaire appartient à cette dernière catégorie. Moins complet et moins étendu que les ouvrages de Courty et de G. Thomas, il résume d'une façon très-claire et très-méthodique l'état actuel de nos connaissances sur cette branche importante de la médecine. L'auteur passe successivement en revue les maladies de la vulve, du vagin, de l'utérus et des ovaires; puis il consacre un chapitre intéressant aux mamelles, que de nombreux liens physiologiques et pathologiques peuvent permettre de considérer comme une annexe du système génital. Chaque chapitre est précédé d'une introduction anatomique, précaution qui n'est pas inutile dans un traité élémentaire.

Nous appelons particulièrement l'attention sur les développements donnés par l'auteur à l'anatomie pathologique. M. de Sinety s'était déjà fait connaître par des travaux originaux d'une grande valeur sur l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire, et nous voyons avec plaisir que ces travaux ont été utilisés pour la confection de cet ouvrage. L'auteur a suivi le processus du développement du kyste ovarique depuis ses phases initiales sur des ovaires à peine augmentés de volume, jusqu'à sa période de complète maturité. L'histologie pathologique a été faite avec un soin remarquable.

Au point de vue médical, l'œuvre de M. de Sinety mérite à tous égards d'attirer l'attention des praticiens; mais le côté chirurgical a été traité d'une façon un peu sommaire, pour ne pas dire insuffisante. L'auteur a cru devoir s'abstenir d'entrer dans de grands développements sur le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales et des kystes de l'ovaire. Le manuel opératoire de l'ovariotomie se trouve condensé dans une soixantaine de lignes; c'est là une concision qui n'est pas en rapport avec les développements donnés à d'autres parties de l'ouvrage, notamment à l'anatomie pathologique. Nous nous abstiendrons néanmoins de toute critique, car il est possible que l'auteur ait volontairement abrégé la partie purement chirurgicale de son sujet, dans le but de donner à l'ouvrage un caractère essentiellement médical.

Quoi qu'il en soit, l'ouvrage de M. de Sinety nous paraît conçu dans un excellent esprit; il s'appuie sur une étude consciencieuse et attentive des faits; ce sont là des titres suffisants pour lui assurer une place des plus honorables dans la littérature médicale contemporaine.

A. L.

Index bibliographique.

TRAITÉ DES MALADIES DES FOSSES NASALES ET DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE, D'APRÈS DES OBSERVATIONS PERSONNELLES, par le docteur C. MICHEL (de Cologne); traduit de l'allemand par le docteur A. CAPART (de Bruxelles). — Paris, 1876. V. A. Delahaye et Cie.

Les maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngiennes sont généralement peu connues. Le docteur C. Michel était donc, jusqu'à un certain point, autorisé à déclarer que ses débuts avaient dû être très-difficiles. Toutefois, il nous semble nécessaire de faire remarquer que la plupart de ces maladies guérissent, non par un traitement exclusivement local, mais grâce à la médication qui s'adresse à l'état général du malade. Ce n'est pas à dire pour cela que nous ne rendions pleine justice aux efforts tentés dans le but de mieux connaître et, par conséquent, de guérir plus sûrement des maladies dont un examen direct peut préciser la nature; mais les spécialistes devraient toujours être en même temps bons médecins, et savoir reconnaître l'insuffisance de leur méthode, alors qu'il s'agit avant tout et surtout de combattre les manifestations locales d'une diathèse. Ces réflexions nous sont inspirées, à la lecture de ce livre, par un passage (p. 71) dans lequel l'auteur affirme qu'il n'a pas encore rencontré « une seule ulcération des fosses nasales que l'on ne pût attribuer, soit par les commémoratifs, soit par le traitement, à la syphilis ». Une pareille assertion nous paraît d'autant plus singulière, qu'à l'article *Catarrhe chronique* et à l'article *Ozène* nous voyons aussi l'auteur nier l'existence d'ulcérations de la muqueuse nasale (p. 51). Ne pas parler de la scrofule ou de l'herpétisme dans l'étude étiologique du catarrhe des fosses nasales (coryza) ou de l'ozène nous semble nécessiter ces réserves. Mais elles ne nous empêchent nullement de déclarer que, dans ce petit livre, se trouvent bien des indications utiles et bien des chapitres intéressants. Nous le recommandons volontiers aux praticiens désireux de se perfectionner dans l'étude des maladies des fosses nasales, et nous sommes persuadé qu'ils reconnaîtront souvent l'exactitude des faits que son expérience spéciale a permis à l'auteur de constater.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DIGITALE, par le docteur V. CHAPPET. Paris, 1879. J.-B. Baillière.

Cette thèse, inspirée par le professeur Teissier (de Lyon) et résumant son enseignement, étudie avec soin l'influence exercée par la digitale sur les mouvements du cœur. Après son maître, l'auteur déclare que la digitale ne peut être considérée ni comme l'opium, ni comme le quinquina du cœur, mais que ce médicament régularise la circulation. « Elle est, dit-il, comme un frein qui modère et tonifie le système circulatoire; elle régularise le cours du liquide sanguin à la fois dans le cœur, dans les artères et dans les veines; elle endigue, pour ainsi dire, le sang sur tous les points de son parcours. » Nous ne pouvons, dans la courte mention que nous devons consacrer à cet intéressant et consciencieux travail, discuter les questions physiologiques et cliniques qu'il soulève. Sur bien des points nous partageons l'opinion émise par le savant clinicien de la Faculté de Lyon, et que reproduit la thèse de M. Chappet. Toutefois, quand on lit les conclusions d'un travail de thérapeutique au sujet d'un médicament, il importe de savoir à quelle préparation de ce médicament l'auteur a eu recours. Et lorsqu'il s'agit d'un médicament aussi variable dans ses effets que la digitale, il est indispensable de bien préciser, non-seulement les doses, mais encore le mode de préparation des substances employées. Or, nous trouvons à ce sujet, dans le travail de M. Chappet, bien des affirmations qui nous surprennent, et que les expériences si multipliées de Hepp (et non Erb), pharmacien de l'hôpital civil (et non militaire) de Strasbourg, nous font considérer comme assez suspects. Nous ne comprenons guère, pour citer des exemples, que l'auteur ait vu le ralentissement de la circulation survenir dès le lendemain de l'administration du médicament, alors que les urines ne sont pas augmentées, mais semblent plutôt diminuées; alors surtout que les doses de la préparation (teinture de digitale) ont été aussi faibles; nous ne croyons pas que l'on voie souvent l'accélération du pouls survenir dès le lendemain de la suppression. Il nous semble, au contraire, que le ralentissement du pouls, lorsqu'il a été obtenu, dure assez longtemps, et que, s'il est assez fréquent de voir les urines diminuer au début de l'admi-

nistration de la digitale, il est habituel de voir les petites doses du médicament amener la diurèse. Enfin nous ne croyons guère à l'efficacité de la digitale dans *tous* les cas de lésions valvulaires mitrales ou aortiques. Nous pensons qu'il est des cas où la digitale est souveraine, mais qu'il en est d'autres où elle peut être nuisible. Il nous paraît inutile d'ailleurs de nous étendre longuement à cet égard, ces réserves n'enlevant rien au mérite d'une thèse qui figurera très-honorablement dans les collections de la nouvelle Faculté de Lyon.

Étude sur la pleurésie diaphragmatique, par le docteur G. Hermil. Paris, 1879. V. A. Delahaye et Cie.

Très-bonne monographie contenant un historique assez complet de cette question, étudiant avec détails les causes et les lésions anatomiques de la pleurésie diaphragmatique, et décrivant ce qui en constitue la partie originale : une forme bénigne à marche rapide, souvent méconnue en raison de sa terminaison favorable.

De l'épididymite blennorrhagique dans les cas de hernie inguinale, de varicocèle et d'anomalies de l'appareil génital, par M. le docteur Ledouble (de Tours). 1 vol. in-8 de 250 pages, avec figures dans le texte et une planche. — Paris, 1879. V. A. Delahaye et Cie.

L'auteur émet les propositions suivantes, qui présentent un réel intérêt clinique : « Dans les cas de hernie inguinale ou de varicocèle, l'épididymite survenant dans le cours d'une blennorrhagie a lieu presque invariablement du côté de la hernie ou du varicocèle. Dans les cas d'anomalie de l'appareil génital, l'inflammation blennorrhagique siége presque toujours du côté de l'anomalie. » Enfin, dans les cas d'ectopie testiculaire, il faudra toujours, avant d'intervenir, examiner avec soin la muqueuse uréthrale et le scrotum. Ces propositions sont basées sur de très-nombreuses observations que l'auteur publie ou dont il donne le résumé et l'indication bibliographique.

Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière, sous la direction de M. le docteur Bourneville. 3 vol. in-12. — Paris, 1878, aux bureaux du *Progrès médical*.

Faire un livre à la portée de tous, qui ne soit pas en même temps un traité de charlatanisme, et dans lequel toute personne appelée à soigner un malade trouve les renseignements dont elle a besoin pour exécuter avec intelligence les ordres du médecin, tel est le but que se sont proposé d'atteindre les auteurs de ce manuel. Les écueils étaient nombreux, et il était à craindre de dévier à chaque instant en employant trop de termes techniques que les personnes auxquelles est destiné ce livre ne comprendraient pas; ou bien, si elles les comprenaient à moitié, il était à craindre qu'elles n'exagérassent la tendance déjà trop répandue chez les garde-malades de se substituer au médecin. Cependant, tout bien pesé, et en en confiant la rédaction à des gens habiles, le livre devait avoir de très-grands avantages et peu d'inconvénients: il valait donc mieux le faire.

Ce qu'il importait surtout d'apprendre aux garde-malades, c'était : 1° d'exécuter d'une manière intelligente les instructions du médecin traitant; 2° de pouvoir à peu près reconnaître quand il y aurait urgence de réclamer son intervention immédiate, et aussi de lui rendre compte de ce qui se passerait entre deux visites. Pour remplir le premier *desideratum*, il fallait leur faire connaître comment on administre d'une manière intelligente les médicaments, leur enseigner l'art de faire les pansements; c'était là la partie du manuel qui regardait directement les personnes chargées des soins, celle qui demandait les plus grands développements; les auteurs n'y ont pas manqué, les règles principales y sont tracées avec beaucoup de netteté : et nous espérons que ceux qui y auront puisé leurs renseignements n'iront plus, en se conformant souvent plutôt à la lettre qu'à l'esprit d'une ordonnance, troubler un sommeil réparateur, ou se jeter à la traverse d'une crise qui peut être favorable. Les pansements doivent être faits avec des soins minutieux. On trouvera dans le manuel des renseignements utiles qui permettront de suivre toujours les règles d'une hygiène bien comprise et de sacrifier à des soins importants telle prescription secondaire qui serait capitale aux yeux d'un ignorant. En résumé, donc, le second et le troisième volume contiennent les règles dont ne doit pas se départir la garde-malade, c'est là son vrai code d'instruction. Parmi les soins généraux à donner aux malades, les conditions que doivent remplir sa chambre, son lit, sont très-importantes; aussi est-ce avec un véritable intérêt que nous avons lu les remarques qui se rapportent à ce sujet. Les deux volumes qui traitent des pansements et de l'administration des médicaments sont très-avantageusement complétés par un petit lexique qui donne au lecteur la signification des termes le plus fréquemment employés en médecine, ce qui lui permet d'exécuter les prescriptions; ce dictionnaire résumé est donc une heureuse innovation.

Mais ce n'est pas tout : il semble que les auteurs aient voulu élargir leur but, et, à côté de la partie pratique, ils ont donné un excellent petit résumé d'anatomie et de physiologie. Que devront y chercher les lecteurs ? non pas des connaissances complètes sur la structure et les fonctions des organes; mais ils devront y trouver assez pour pouvoir renseigner le médecin sur les douleurs et les troubles qu'ils ont observés entre deux visites.

Tel est le manuel que vient de publier la rédaction du *Progrès médical*. Ils ont eu pour but de faire un livre à la portée de tous et donnant des renseignements utiles sur la manière de soigner les malades; ce but, ils l'ont atteint; leur titre seul est défectueux, ce n'est pas « Manuel de la garde-malade » qu'il faudrait écrire, mais plutôt « Manuel de la mère de famille », et nous ne doutons pas qu'il devienne populaire et ne se trouve dans bien des maisons.

VARIÉTÉS

École de médecine de Besançon. — Aux termes du décret du 19 septembre 1879, la chaire de matière médicale et thérapeutique prend le titre de chaire d'hygiène et thérapeutique. La chaire de pharmacie et notions de toxicologie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale. Il est créé à ladite Ecole : 1° une chaire d'anatomie, par dédoublement de la chaire d'anatomie et physiologie; 2° une chaire de chimie et toxicologie; 3° une chaire d'histoire naturelle.

— Un concours s'ouvrira, le 4 avril 1880, pour un emploi de suppléant pour les chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 18 au 25 septembre 1879, on a constaté 927 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 21. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 1. Variole, 16. — Croup, 15. — Angine couenneuse, 13. — Bronchite, 24. — Pneumonie, 37. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 72. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 4. — Erysipèle, 3. — Autres affections aiguës, 241. — Affections chroniques, 386 (dont 147 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 50. — Causes accidentelles, 26.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie E. Martinet, rue Mignon, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 41 10 OCTOBRE 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

ÉTUDES CLINIQUES

ÉTUDES NOUVELLES DE DERMATOLOGIE. — SUR UN CAS DE DÉGÉNÉRESCENCE COLLOÏDE AU DERME, AFFECTION NON DÉCRITE, NON DÉNOMMÉE, OU IMPROPREMENT DÉNOMMÉE *Colloid-Milium*, par M. ERNEST BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I

Depuis le commencement de ce siècle, époque à laquelle elle fut réellement constituée à l'état de science par Willan et par ses continuateurs, la dermatologie n'a pas cessé de progresser sous l'action d'un grand nombre de médecins éminents de tous les pays ; ce serait toutefois une erreur de croire que le résultat obtenu ait été proportionnel à la somme des efforts accumulés. Loin de là, le milieu du siècle était déjà dépassé, et l'on ne savait, à vrai dire, rien de précis ni sur le siége anatomique exact, ni sur la nature élémentaire de la plupart des affections cutanées ; l'imperfection des connaissances d'anatomie normale, l'état rudimentaire des notions histologiques, la rareté des occasions d'examen et de contrôle offertes par les autopsies cadavériques, voilà autant de circonstances qui s'opposaient à la marche en avant, et laissaient la pathologie cutanée encombrée de théories sans fondement, et livrée sans relâche aux plus âpres et aux plus vaines controverses.

Tous ces obstacles ont aujourd'hui disparu grâce aux merveilleuses découvertes réalisées depuis vingt ans par l'école histologique, et aux perfectionnements incessants de la technique microscopique ; la pathologie cutanée a enfin trouvé la base solide qui lui avait toujours fait défaut, et dans un avenir prochain elle aura pu se reconstituer complètement.

Non-seulement les altérations cutanées ont pu être étudiées d'une manière définitive dans une série de *nécropsies*, mais encore on a pu éclairer sur le vivant un grand nombre de points, en faisant l'examen histologique de lambeaux de tégument ou de fragments de tissu malade. Il y a dans ce dernier mode d'investigation, véritable *biopsie* (mot nouveau que nous proposons pour désigner une chose nouvelle), un procédé régulier de diagnostic clinique dont l'importance est considérable. Il suffit, le plus ordinairement, de très-petits fragments de peau ou de tissu, enlevés à la lancette par une main expérimentée, pour obtenir les résultats histologiques les plus incontestables et les plus complets ; la douleur est si peu considérable, que nous avons presque complètement renoncé, pour notre part, à l'anesthésie locale préalable que nous employions régulièrement au début de nos recherches, et dont on peut toujours user envers les malades pusillanimes. Cette pratique, nous pouvons l'affirmer aujourd'hui après de nombreuses mises à exécution, est d'une innocuité absolue, légitime au plus haut degré, au-dessus de toute critique, et à l'abri de toute interprétation malveillante.

On ne supposera pas, nous l'espérons, que nous appliquons ou que nous proposons d'appliquer ces vivisections cliniques au diagnostic des affections communes ou classiquement décrites, et dont l'histoire est complète ; elles sont toujours, bien entendu, réservées aux cas dans lesquels un diagnostic complet est absolument impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, sans ce secours, ou bien encore quand il s'agit de déterminer quelque point douteux de la nature d'affections qu'on ne rencontre jamais dans les nécropsies; le petit traumatisme à opérer est, nous le répétons, si insignifiant que peu de malades s'y refusent. Ajoutons, enfin, que la pratique du raclage, très-étendue aujourd'hui en dermatothérapie, fournit, à elle seule, de nombreux éléments à ces études nouvelles.

Nous commençons, dans le présent travail, la publication des résultats de nos propres recherches entreprises dans une

FEUILLETON

A côté du congrès d'Amsterdam.

La *Gazette* a rendu compte de la partie scientifique du congrès. Il nous semblerait intéressant de résumer l'impression de ce voyage médical et de retracer les souvenirs fort agréables qu'il nous a laissés.

L'affluence était nombreuse. Plus de trois cents médecins affluaient à Amsterdam le 7 septembre. Un vaste bâtiment convenablement aménagé dans le Parc, situé dans un des quartiers éloignés de la ville, offrait une salle de réunion plus que suffisante; plusieurs salles pour les conférences, les expositions d'appareils, pièces anatomiques, instruments, et un salon pour la correspondance, etc. Le professeur Donders (d'Utrecht) présidait le congrès avec une dignité pleine d'aisance et de bonne humeur.

Parmi les médecins, les mieux avisés avaient pris les devants et profitaient de la cordiale hospitalité offerte par un grand nombre de notables habitants. Ils garderont bon souvenir de ces intérieurs calmes et confortables où choses et gens se trouvaient à leur disposition, où le cercle de famille s'ouvrait devant eux comme pour de vieux amis, et tout cela avec une bonne grâce sans cesse renouvelée et dont les témoignages se multipliaient à tout propos.

Un grand nombre de médecins moins prévoyants et moins heureux occupaient les principaux hôtels, dans des conditions où l'hospitalité écossaise n'avait rien à voir. Au même moment avait lieu précisément à Amsterdam une autre réunion industrielle ou commerciale. Les hôtels regorgeaient; et malheur aux retardataires. Je connais un de ces derniers qui, mécontent de la mansarde qui lui était offerte à un prix ridicule, se mit bravement, sa valise à la main, en quête d'un logement plus convenable. Pendant trois heures l'infortuné battit le pavé d'Amsterdam lavé par une pluie incessante,

voie depuis plus de vingt ans déjà ouverte, et parcourue plutôt à l'étranger que dans notre pays; le nombre et l'importance des résultats obtenus indiquent combien cette voie a été féconde. Il reste cependant toute une série d'affections tégumentaires dont le dermatologiste le plus expérimenté ne peut pas encore établir sûrement le diagnostic d'après les caractères cliniques proprement dits, par cette raison qu'il n'existe pas de catégorisation clinique complète et adéquate de toutes les formes anatomiques de lésions de la peau. Ce sont les affections de cet ordre que nous avons rencontrées et que nous avons étudiées dans cette direction, dont nous allons produire la série : pour chacune d'elles nous fournirons à côté des résultats de l'examen histologique le tableau clinique; de plus, nous avons eu soin, pour chacune également, de faire prendre *ad naturam* le moulage des lésions, toujours déposé dans le musée de l'hôpital; nous produirons en outre, toutes les fois où cela sera matériellement possible, le dessin de la lésion, et la copie des analyses histologiques.

Nous rapportons aujourd'hui, pour commencer, un fait simple, montrant comment une affection inconnue (1) ou sans description classique, et qui resterait lettre morte pour la plupart des dermatologistes les plus experts, peut être rapidement et sûrement déterminée par l'examen biopsique.

II. — Exposé du fait.

Le nommé P..., âgé de quarante-six ans, garde forestier, entre au mois de juillet de cette année 1879, dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, pour y être traité d'un pityriasis d'Eichstedt trop étendu pour qu'il puisse aisément et sûrement s'en guérir sans interrompre son travail; pendant les quelques jours que dure ce traitement, qui consiste exclusivement en bains simples et en frictions, convenablement exécutées, de savon mou de potasse, on reconnaît sur le visage du malade une éruption singulière, sur laquelle il n'attire en aucune manière l'attention et dont il ne sait pas au juste l'époque de début.

Cette éruption, qui se détache nettement du fond basané de la teinte du visage, occupe surtout la moitié supérieure de la face, notamment le dos du nez, ainsi que les régions orbitaires et temporales, qu'elle déborde dans toutes les directions, pour se continuer d'une manière insensible avec les

(1) Il existe bien une observation analogue à la nôtre, connue des auteurs allemands, mais ignorée en France; elle a été faite par E. Wagner, de Leipzig, en 1866; nous l'avons recherchée, trouvée, et nous donnons plus loin la traduction textuelle et intégrale.

parties saines. Elle *semble*, au premier abord, être constituée par un semis confluent de *vésicules citrines;* mais leur consistance solide à la palpation et à la pression, le résultat négatif des piqûres faites à l'aiguille, démontrent immédiatement que ce ne sont que des apparences de vésicules.

Ce sont des éléments non liquides, de petites élevures brillantes, citrines et translucides, n'affectant pas la forme régulière des vésicules vraies, ni même des papules communes, mais semblant déterminées seulement dans leurs contours par les plus fines plicatures du derme, et échappant à toute description par la variété des formes; leur volume est également très-variable, depuis le point jaune brillant appréciable seulement à la loupe, jusqu'au volume d'un grain de mil et même d'un grain de blé.

Lorsque les assistants se furent convaincus, et il fallut pour cela de nombreuses piqûres d'aiguille ou d'épingle, que ces éléments jaunâtres n'étaient pas des vésicules, puisque ces piqûres donnaient à peine écoulement à une gouttelette sanguine, les plus instruits demandèrent si on n'avait pas affaire à un cas de xanthélasma dont la disposition différerait un peu des dispositions décrites et aujourd'hui bien connues; mais il fallut bien abandonner cette supposition : la maladie de Rayer, d'Addison et de Gull réalise des taches, des points, des plaques, des lignes ou des tubérosités qui ont aussi une teinte jaunâtre; mais cette teinte est tout autre, elle est « chamois » et non citrine, et les éléments éruptifs ne sont jamais, comme ceux de notre forestier, brillants et translucides, mais au contraire toujours mats et opaques.

Mais s'il était aisé de dire ce que cela n'était pas, il ne l'était en aucune manière, pour quiconque n'avait pas lu l'observation de E. Wagner, de dire et de démontrer ce que cela était. Il fallait cependant le faire, cela fut rapide : un raclage explorateur fut fait par nous, séance tenante, et montra immédiatement la curette remplie d'une *matière gélatineuse*, citrine, légèrement teintée en rouge groseille par le peu de sang qui s'écoula; c'était évidemment, même à l'œil nu, de la *matière colloïde*, ce que l'examen histologique extemporané, que nous allons rapporter tout à l'heure, montra d'ailleurs surabondamment.

Voici en attendant, pour ne rien interrompre, la suite et la fin de notre histoire clinique. En examinant attentivement la conjonctive oculaire, il était évident qu'elle participait à la lésion de la face, car on constatait des deux côtés, à l'extrémité interne du grand diamètre transversal de la cornée, de petites masses jaunâtres, lisses, lobulées, mobiles avec la

---

enjambant les ponts, longeant les canaux de la Venise du Nord, rencontrant partout porte close. Ce ne fut qu'à la nuit qu'il put, avec l'aide d'un jeune Hollandais dont son embarras avait excité l'intérêt, trouver sur le port, dans un quartier lointain, un gîte honorable et un hôte bienveillant. Ce dernier était d'ailleurs absolument étranger à la langue de Descartes, et pendant huit jours on dut recourir au langage primitif, moins facile à manier qu'on ne l'imagine au premier abord. On s'en tira cependant, chacun à son honneur, et les difficultés de la correspondance n'enflèrent pas sensiblement le montant de la note finale. Combien de nos confrères voudraient en dire autant! Sans vouloir médire des hôtels d'Amsterdam, dont l'installation laisse beaucoup à désirer, les prix seuls étaient au niveau des établissements de premier ordre de Paris ou de Londres. Il est vrai que le tarif normal était au moins triplé pour la circonstance. C'est sans doute une revanche des tarifs parisiens de 1878.

A part ces misères, la vie s'écoulait assez doucement sur le sol hollandais. La matinée était consacrée aux séances du congrès; la journée aux promenades, visites des musées, excursions dans les environs. Plusieurs de ces excursions, dirigées par les membres du congrès, furent d'un vif intérêt.

Tout en rendant pleine justice aux organisateurs, dont le zèle et l'affabilité ne se démentirent pas un instant, il faut bien reconnaître que l'imprévu eut la part un peu trop large. Beaucoup de communications auraient véritablement gagné à rester dans les portefeuilles. Nous ne voulons rien préciser, et le lecteur a jugé par les comptes rendus de ce que nous voulons dire. En somme, l'intérêt scientifique a été médiocre.

La faute n'en était pas à la pénurie des hommes de talent et même des savants éminents, que l'on coudoyait à chaque instant; mais il y aurait eu tout avantage à s'entendre un peu à l'avance, à se consulter sur le choix des travaux à produire, à s'organiser entre soi, à réserver la tribune à des communications de réelle valeur. Des travaux absolument étrangers à la médecine auraient trouvé place ailleurs, et l'attention

muqueuse, et certainement semblables aux masses colloïdes de la peau. Une petite saillie analogue fut relevée en bas de la cloison, dans la narine gauche. Rien autre ni sur le reste de la peau, ni en aucun point des muqueuses accessibles.

Les symptômes locaux attachés à l'éruption ont été trouvés nuls : à peine un peu de prurit lorsque le malade est exposé à l'air et surtout au soleil; mais, en réalité, c'est exclusivement depuis que nous examinons son cas avec une sollicitude bien extraordinaire pour lui, que notre forestier s'occupe de l'état de son visage.

Il était indispensable d'acquérir une notion générale de l'état de ce malade, et nous l'avons soumis à l'examen le plus approfondi. Son aspect est satisfaisant; la circulation est régulière et ses organes sans altération aucune qui soit appréciable; les urines sont normales en qualité et en quantité; elles ne contiennent ni pigment biliaire, ni sucre, ni albumine. Le foie et la rate sont normaux; l'appétit et les digestions sont satisfaisants; sur ce dernier point, toutefois, il y aurait un léger nuage, et le malade serait sujet à des accès de coliques avec pneumatose.

Mais notre homme accuse des *céphalées* occipitales, presque quotidiennes, et s'en plaint positivement depuis qu'on s'occupe chaque jour de lui. Ce détail méritait d'être noté à part, car on le retrouvera dans le fait de Wagner. Enfin nous aurons comblé la mesure du nécessaire quand nous aurons ajouté qu'il n'y a ni intoxication paludéenne, ni alcoolisme, ni tuberculose, ni syphilis antécédente. Aucune adénopathie en aucun point.

Notre intervention thérapeutique, commencée en même temps que l'opération exploratrice, fut continuée en peu de séances; elle fut d'une extrême simplicité, le sujet étant docile et militairement discipliné. L'écoulement sanguin, au moment du raclage, était presque nul, et cédait en quelques instants à la compression avec les éponges; pendant la période d'exsudation leucocytique, abondante durant les premières heures, le pansement avec l'emplâtre de Vigo, puis avec l'iodoforme porphyrisé, concourut à amener une cicatrisation rapide, belle et lisse. Le malade se déclara satisfait et voulut retourner à son bois. La plus grande partie de l'éruption était effacée; mais pour atteindre les moindres éléments de la périphérie, il eût fallu quelques séances supplémentaires de raclage. Nous saurons exactement quelle sera la suite.

III

Voici maintenant la partie histologique de notre observation, dans laquelle seront complétées et rectifiées les constatations faites par E. Wagner.

I. Analyse histologique des produits du raclage, par M. le docteur Balzer.

Préparation. — *Dissociation, coloration au picro-carminate d'ammoniaque; glycérine.* — L'examen microscopique extemporané montre de gros blocs constitués par une matière brillante, colorée en jaune orangé par le réactif, non modifiés par l'acide acétique.

A un fort grossissement, il devient manifeste que cette infiltration colloïde ne s'est pas formée dans les cellules, mais, bien au contraire, dans les faisceaux de tissu conjonctif. On distingue, en effet, autour de quelques-unes de ces masses, une enveloppe amorphe, très-fine, semblable à celle qui existe autour des faisceaux conjonctifs normaux. De plus, à la surface de cette enveloppe et autour des masses colloïdes, on voit les cellules conjonctives intactes; leur noyau est franchement coloré en rouge par le carmin; quelques-unes conservent encore une certaine quantité de protoplasme avec des prolongements. La gaîne amorphe envoie fréquemment des prolongements qui segmentent les blocs colloïdes, et à la surface desquels on voit encore des cellules plates parfaitement saines. Les autres éléments contenus dans la préparation, cellules épidermiques, cellules des glandes sébacées, ne présentent pas d'altération.

Cette première analyse démontrait ce que l'œil nu avait montré, l'existence de la matière colloïde comme constituant la plus grande partie de la masse éruptive; mais il était nécessaire de déterminer le siége anatomique précis de la dégénération, et de rechercher son mode de début et de développement. Cette recherche était d'autant plus nécessaire qu'elle n'avait pas été faite dans l'observation de E. Wagner que nous rapporterons tout à l'heure, et que cet auteur avait cru pouvoir, cependant, placer le siége de l'affection dans les glandes sébacées, d'où la dénomination de *colloid-milium*, à laquelle il s'était arrêté. J'ai donc dû enlever pour cette nouvelle étude de petits fragments de chorion, moins larges, mais plus profonds que ceux que l'on taille pour la greffe dite épidermique. Voici le résultat de leur analyse histologique telle que M. Balzer a bien voulu l'exécuter sur mes indications :

II. Coupes de la peau.

Préparation. — *Durcissement dans l'alcool, coloration par le picro-carminate d'ammoniaque.* — Ces coupes confirment d'abord

---

n'aurait pas été souvent fatiguée par des lectures qui n'avaient d'intérêt que pour le lecteur lui-même, ou par des communications relatives à des faits connus de tout le monde médical. Une mesure de ce genre devra s'imposer pour les congrès à venir. Les médecins de chaque nationalité auront à dresser au préalable le programme de leurs communications, l'ordre dans lequel elles devront être faites, les procédés dont on voudrait s'aider pour les démonstrations. Tout le monde y gagnerait; les auditeurs aussi bien que l'orateur. Nos travaux français en particulier auraient singulièrement gagné à être présentés de cette façon.

Les honneurs du congrès ont été sans conteste pour le professeur Lister (d'Edimbourg). A plusieurs reprises on lui décerna de véritables ovations, justifiées d'ailleurs par son grand nom chirurgical. Nous avions déjà eu occasion de voir M. Lister à la tribune de la rue des Saints-Pères. Il gardera, nous n'en doutons pas, bon souvenir du congrès d'Amsterdam, qui marquera une des étapes les plus flatteuses de sa carrière médicale. La simplicité de sa tenue, la bonne grâce de son accueil, lui valurent auprès de ses confrères d'autres succès moins bruyants, mais qui ne lui sont pas assurément moins précieux. A côté de lui, notre sympathique et ami le professeur Verneuil a obtenu un accueil des plus chaleureux pour son remarquable discours sur les indications fournies par les diathèses dans les maladies chirurgicales.

Plusieurs fêtes ont été offertes par les médecins hollandais aux membres du congrès. Une des plus intéressantes était une visite du port d'Amsterdam, avec excursion projetée jusqu'à la mer du Nord en passant par le grand canal nouvellement creusé. Ce canal, long de 32 kilomètres, d'une profondeur d'eau suffisante pour les plus grands navires, relie directement Amsterdam à la mer du Nord. Dans une conférence préalable, un ingénieur distingué nous avait expliqué cet immense travail et fait comprendre toutes les difficultés vaincues. Ce n'était pas tout, en effet, que de creuser cette immense voie navigable. Il fallait en protéger

les résultats obtenus par simple dissociation : c'est bien dans les faisceaux conjonctifs que se produit l'infiltration colloïde. Autour de la coupe irrégulièrement arrondie des faisceaux colloïdes, on voit leur gaine amorphe et les cellules plates normales. L'épiderme et le corps muqueux n'offrent pas d'altération dans leurs éléments sur la plupart des coupes ; en quelques points seulement un petit nombre de cellules du corps muqueux sont vésiculaires ; mais il est difficile de savoir si le liquide qu'elles contiennent est colloïde ou simplement muqueux. Mais il faut noter dans toute l'étendue de la peau dégénérée un amincissement très-remarquable des diverses couches de l'épiderme : corps muqueux dont les cellules sont aplaties par le tassement, couche intermédiaire dont la zone claire a disparu, couche cornée extrêmement mince. Ces altérations de l'épiderme sont manifestement produites par la compression et le refoulement exercés par les masses colloïdes ; elles sont surtout accusées dans les endroits où celles-ci sont volumineuses, à tel point que les ondulations du corps muqueux et les papilles se sont entièrement effacées. Pourtant, il est rare de voir les masses colloïdes en contact immédiat avec le corps muqueux; elles en sont presque toujours séparées par une mince bandelette de tissu conjonctif coloré en rose par le carmin, débris de la couche papillaire du derme; ce n'est qu'au niveau des masses colloïdes les plus volumineuses que cette bandelette disparaît et qu'il semble y avoir continuité entre elles et le corps muqueux.

L'infiltration colloïde s'est donc développée dans la couche sous-papillaire du derme; respectant les glandes sudoripares et les glandes sébacées, elle occupe les espaces qui les séparent et qu'elle dilate dans des proportions variables. Les glandes sont restées saines ainsi que les bulbes pileux, et, de même que le corps muqueux, elles sont le plus ordinairement séparées des masses colloïdes par une bandelette de tissu conjonctif d'épaisseur variable. L'infiltration colloïde se montre sous deux formes; à un premier degré, les faisceaux de tissu conjonctif envahis sont simplement modifiés dans leurs réactions; au lieu de se colorer en rose sous l'influence du carmin, ils prennent une teinte orangée plus ou moins foncée ; ils deviennent plus brillants, plus réfringents et se détachent ainsi nettement des tissus sains environnants. Comme nous l'avons vu, c'est dans la couche sous-papillaire que ces altérations apparaissent; cependant, dans les couches plus profondes, voisines des culs-de-sac glandulaires, on voit aussi çà et là des faisceaux dans lesquels la dégénérescence est déjà effectuée. A un degré plus avancé, les faisceaux conjonctifs deviennent moins distincts, moins ondulés; ils sont augmentés de volume, paraissent rigides, et enfin, dans les points plus malades, ils constituent les blocs volumineux déjà décrits, et qui semblent formés par l'agglutination progressive des faisceaux dégénérés. Ce sont ces blocs volumineux qu'on aperçoit facilement sur la peau à travers l'épiderme aminci.

Les rares troncs nerveux trouvés sur les préparations ne nous ont pas paru altérés.

Il n'en est pas de même des vaisseaux ; nous avons pu constater en beaucoup de points que leur tunique externe était envahie par la dégénérescence. Cette tunique se présente sous l'aspect d'une bande hyaline, brillante, épaissie et un peu bosselée ; l'endothélium des vaisseaux est parfois tuméfié, mais ne paraît pas dégénéré. Ces lésions des vaisseaux ne se voient pas seulement dans le voisinage des blocs colloïdes; on les retrouve même dans des points où la dégénérescence est limitée seulement à leurs parois. L'altération existe aussi bien dans les vaisseaux des papilles que dans ceux des parties profondes de la peau. Dans quelques papilles les vaisseaux ainsi altérés sont isolés; dans d'autres, ils sont entourés par des faisceaux dégénérés qui forment une espèce de nuage autour d'eux. En voyant la dégénérescence des parois vasculaires, nous avons dû rechercher s'il ne s'était point formé en même temps des dépôts amyloïdes dans leur épaisseur. Un certain nombre de préparations ont donc été traitées par le violet de méthylaniline, et l'absence de réaction caractéristique nous a prouvé que nous avions bien réellement affaire à une dégénérescence colloïde. Autour des vaisseaux, principalement dans la couche sous-papillaire, on voit parfois des accumulations de cellules embryonnaires peu étendues; cette irritation est d'ailleurs exceptionnelle sur les coupes; elle se voit de préférence dans les parties les moins atteintes par la dégénérescence.

En résumé, cette forme de lésion cutanée résulte de la dégénérescence colloïde du tissu conjonctif du derme. Elle envahit progressivement les faisceaux, les gonfle, les fait s'agglutiner de telle sorte qu'ils constituent bientôt des masses volumineuses qui envahissent les papilles, refoulent le corps muqueux et les glandes. Il est remarquable de voir que les éléments cellulaires sont respectés; non-seulement les épithéliums des glandes, des bulbes pileux et du corps muqueux ; mais même les cellules plates du tissu conjonctif. Le processus paraît être ici de nature purement régressive; les lésions irritatives signalées plus haut sont trop peu importantes pour qu'on puisse leur accorder de l'importance, peut-être même sont-elles dues à l'irritation causée par le raclage déjà opéré partiellement. La dégénérescence colloïde a-t-elle débuté par les vaisseaux? Cela paraît probable d'après ce que nous avons vu ; on sait d'ailleurs que la dégénérescence colloïde, qui commence le plus souvent par les éléments cellulaires, peut apparaître aussi d'abord dans les vaisseaux et consécutivement dans le tissu voisin. La lésion que nous venons d'étudier paraît être un exemple remarquable de ce dernier mode de dégénérescerce colloïde.

Ainsi donc, cela est surabondamment établi, les éléments éruptifs citrins, vésiculoïdes, qui composaient l'affection remarquable que nous avons décrite, étaient constitués par des *masses colloïdes* ayant pour *siège* la couche supérieure du derme, pour trame anatomique le *tissu conjonctif*, et pour point initial possible ou probable le réseau vasculaire de la

---

l'embouchure contre les assauts d'une mer habituellement fort dure. On y est arrivé à l'aide d'une de ces œuvres gigantesques dont les difficultés n'effrayent pas l'énergique patience du Hollandais. Une immense digue demi-circulaire de 3 kilomètres de développement défend l'entrée du canal; et quelle digue! un véritable travail de Titans, large de 10 mètres, plongeant à près de 20 mètres dans la mer, défendue elle-même par des amoncellements de pierres de taille énormes jetées à profusion tout au long de sa base. Les matériaux de construction d'une ville entière sont enfouis sous les flots. Plus de 50 millions ont été employés à cette construction ; mais qu'importe la dépense quand il s'agit de mettre une ville de 300 000 habitants en communication directe avec la mer. C'était vers cette digue que la promenade nautique était dirigée. Le début de la navigation fut malheureux. A peine la visite du port était-elle terminée, qu'une rafale de vent et de pluie, une véritable tempête, vint balayer le pont des deux bateaux à vapeur sur lesquels nous étions embarqués. Pendant trois quarts d'heure ce fut un vrai déluge dont nos parapluies réunis, et formant sur le pont une sorte de toiture, nous abritaient incomplétement. Beaucoup faiblirent devant cette épreuve et se firent débarquer à l'entrée du canal. Le plus grand nombre tint bon et bravant, le mauvais temps, aborda résolûment le parcours du canal. Leur constance fut récompensée. Un radieux soleil vint bientôt nous remettre en gaieté. Pour achever de nous réconforter, un déjeuner des plus recherchés avait été préparé dans les salons des deux bateaux. Jamais meilleur repas ne fut plus gaiement consommé. Les dames, fort nombreuses, avaient pris place les premières autour de la table. Autour d'elles s'étaient groupés les parents et amis. D'autres s'étaient installés sur le pont où des tables avaient été rapidement dressées. Un saint-julien 1876 versé à profusion donna bientôt au festin un entrain de bonne compagnie. Au bout d'une heure tous les convives, absolument remis de leur épreuve, savouraient sur le pont un excellent moka. Le temps était magnifique, la

région. Les papilles, les glandes, le corps épidermique, sont refoulés par le tissu pathologique et atrophiés dans les points où la masse a pris un développement relativement considérable; mais il n'y a pas envahissement, encore moins lieu de début; les éléments nerveux sont ou semblent intacts. Voilà qui suffit.

IV

Voici maintenant l'observation de feu E. Wagner, que notre distingué confrère le docteur Kuhff a bien voulu traduire intégralement pour être insérée ici; elle est citée par Kaposi et par Neumann, dans les articles *Milium* de leurs traités de dermatologie, en termes trop brefs pour en assurer l'interprétation complète; c'est pourquoi nous les rapportons en entier, comme elle mérite d'ailleurs de l'être à tous égards. (*Das Colloïd-Milium der Haut*, in *Arch. der Heilkunde*, t. VII, 1866, p. 463.)

Dans le courant du mois de mai de cette année, s'est présentée à la polyclinique médicale (de Leipzig?) une femme de cinquante-quatre ans, qui était atteinte d'une affection particulière de la peau. Elle dit avoir éprouvé, pendant l'automne de l'année précédente, de six à huit semaines durant, de fortes douleurs dans le cuir chevelu, douleurs actuellement disparues; puis l'affection s'était peu à peu développée d'une manière indolente.

Chez cette femme, dont la santé est d'ailleurs bonne, la peau présente sur toute la hauteur du front, depuis la racine des cheveux jusqu'au niveau des sourcils, un aspect que nous allons décrire et qui se retrouve sur le nez et sur la partie supérieure des joues. La région affectée est assez nettement délimitée. Au niveau des parties malades, l'épaisseur du tégument tout entier est notablement augmentée; sur le front la peau offre quatre et par places cinq rides longitudinales bien apparentes et bien accusées, coupées presque à angle droit par une grande quantité de sillons transversaux moins bien dessinés. Sur le trajet de ces plis et dans leur profondeur, la peau conserve la coloration blanche normale; mais partout ailleurs elle est d'une couleur brun jaunâtre, très-luisante, et se trouve parsemée de saillies rondes ou arrondies, quelques-unes plus grosses que des grains de millet, la plupart assez petites, non confluentes. Ces saillies ont l'apparence de vésicules, mais le toucher révèle en elles une consistance dure. La pression exercée à l'aide de l'extrémité du doigt ou avec l'ongle n'arrive point à les vider de leur contenu. Piquées avec une aiguille, opération douloureuse, l'aiguille devant être enfoncée assez profondément, ces saillies ne laissent écouler aucune trace de liquide; à peine en sort-il, à un moment donné, une gouttelette de sang. Une pression digitale bilatérale d'une certaine force, qui provoque une petite hémorrhagie, fait sortir de l'orifice de la piqûre une matière blanche ou blanc jaunâtre, transparente, rappelant très-bien l'aspect d'une substance colloïde solidifiée, sous forme de pelotons ou de petits boudins. Les autres régions malades de la peau offraient la même disposition. La peau des joues était moins affectée, celle du dos du nez était plus fortement envahie; les paupières et la peau des régions sourcilières étaient normales. Partout ailleurs la peau était couverte d'un léger duvet. On ne voit nulle part d'orifices de glandes sudoripares ou sébacées. Les ganglions lymphatiques de la région étaient normaux.

L'examen microscopique des masses exprimées hors des saillies cutanées montra qu'elles avaient les caractères de la matière colloïde ordinaire; elles étaient incolores ou légèrement jaunâtres, complétement homogènes, d'un éclat mat, assez solides, et ne subissaient presque point de modifications par l'acide acétique, par les alcalis ou par l'acide sulfurique et l'iode. Leur forme et leurs dimensions indiquaient où elles avaient pris naissance. A l'œil nu, elles se composaient de pelotons arrondis ou irrégulièrement dentelés, lâchement unis entre eux, de la grandeur de 1/8 à 1/15 de ligne. Ces pelotons se décomposaient à leur tour en masses plus petites, presque toutes rondes ou arrondies; d'autres étaient presque cylindriques ou présentaient à l'extrémité d'un court cylindre un renflement arrondi situé sur le prolongement de l'axe ou sur le côté; d'autres enfin, arrondies, attenaient à un cour pédicule. On trouvait dans cet enchevêtrement quelques poils très-fins. Aucune trace de cellules épithéliales. Il s'y trouvait par places un grand nombre de globules sanguins provenant des piqûres à la peau.

L'étude de la peau n'ayant pas pu être faite sur des coupes, il a fallu tirer le diagnostic de l'examen de la substance obtenue par l'expression. Nous verrons dans ce cas une affection des glandes sébacées, sans participation au processus du grand conduit excréteur de ces glandes. Cette affection serait semblable, par son siége, au *milium* ou *grutum*, bien décrit par Bærensprung; mais dans le *milium* simple on observe une disposition stratifiée et une dégénérescence graisseuse de l'épithélium des orifices glandulaires; on trouve dans le cas présent une transformation colloïde manifeste du contenu des glandes. Le *milium* simple est apparemment la conséquence de l'occlusion du conduit excréteur des glandes; dans notre cas ce conduit n'est envahi par le processus que secondairement. Les culs-de-sac glandulaires, très-élargis par la transformation colloïde de leur contenu, exercent sur le conduit excréteur principal un tiraillement et une compression, et finissent par apparaître sous les couches superficielles de la peau, assez épaisses, sous l'aspect de vésicules. Il n'y a rien à dire quant à la localisation du point de départ dans les glandes sudoripares, dans les follicules pileux ou dans le tissu cellulaire. La cause de la pigmentation de la peau m'échappe également.

Malgré les lacunes cliniques et histologiques qu'elle présente, l'observation de E. Wagner est parfaitement suffisante

---

brise fraîche, et c'est dans ces conditions réjouissantes qu'on atteignit l'embouchure du canal, fermée par une écluse d'un curieux travail. Mais l'attention était ailleurs. Il s'agissait d'affronter pendant quelques heures les flots de la mer du Nord, qu'une houle puissante soulevait au large et jetait incessamment par-dessus la digue. Derrière l'écluse, un steamer de fort tonnage, *l'Hercule*, réunit les passagers des deux bateaux et on gouverna dans l'enceinte de la digue droit vers la mer. Au bout de quelques minutes, triste revers des choses d'ici-bas, un tangage de plus en plus prononcé éprouvait durement les estomacs les moins robustes. En approchant de l'ouverture de la digue, deux ou trois lames balayèrent l'arrière du navire. Les désastres se multiplaient. Au large la mer moutonnait terriblement. On tint conseil et la prudence l'emporta. Aussi bien, on risquait infailliblement un mal de mer à peu près général, sans compter les douches à la lame, peu favorables à la digestion de notre excellent déjeuner.

On ne voulut pas exposer notre nombreux personnel féminin à de pareilles épreuves. L'*Hercule* vira de bord, au grand désespoir de quelques vieux loups de mer que la houle avait mis en goût de navigation, et, après avoir parcouru l'enceinte de la digue, nous ramena à l'écluse, où nous attendaient nos bateaux. A cinq heures, nous débarquions par une glorieuse après midi sur le quai d'Amsterdam, après avoir admiré le panorama de la ville s'étendant en éventail derrière son port.

Après la fête de la mer, fête sur terre. Le jeudi soir, le Parc était brillamment illuminé. L'entrée était réservée aux abonnés et aux membres du congrès; l'assemblée, composée de deux mille pesonnes environ, était absolument choisie. Un excellent orchestre exécutait les meilleurs morceaux de nos grandes partitions. Les groupes entouraient les tables dressées sous les arbres. Vers onze heures, tout le monde se porta vers l'enceinte, dans laquelle était disposé un feu d'artifice fort réussi où les emblèmes du congrès formaient la pièce principale.

pour affirmer la nature élémentaire de l'affection qu'il a observée et pour établir son identité avec la nôtre. Mêmes caractères cliniques également : céphalées, indolence de l'éruption, aspect vésiculeux des éléments éruptifs, maximum du siége sur le dos du nez, etc., etc.

Il est plus que probable que le siége anatomique a été le même dans les deux cas, et que si Wagner avait étudié des coupes complètes du derme, il eût abandonné son hypothèse et donné une autre dénomination à l'affection; mais peu importe, en fait, et nous n'établirons pas une discussion rétrospective sans objet.

Puisqu'il existe une affection propre et pure du derme, de nature colloïde, il est necessaire, pour assurer son classement et pour faciliter son diagnostic ultérieur, de lui donner une dénomination propre ; j'avais d'abord conçu et adopté le terme de *colloïdélasma* qui me semblait pouvoir faire quelque figure dans le monde dermatologique à côté de *xanthélama;* mais au point de vue hellénique, sa constitution est encore plus *barbare* que celle de xanthélasma, et j'ai dû y renoncer en présence des justes observations qui m'ont été présentées à cet égard. En conséquence, tout en repoussant la dénomination de *Colloïd-Milium* proposée par Wagner, parce qu'elle a déjà propagé, et parce qu'elle consacrerait une erreur histologique et clinique, je me résigne à confier à l'inspiration de mes confrères en dermatologie, la dénomination définitive de l'affection cutanée que j'ai décrite, et qui est constituée par une dégénérescence colloïde du derme proprement dit.

Il nous resterait, pour compléter ce travail, à rechercher s'il s'agit ici d'une altération *locale*, en rapport, par exemple, avec l'irritation produite par l'existence au grand air et au soleil, ou bien si l'infiltration colloïde de la couche superficielle du derme, de la conjonctive et de la muqueuse nasale, observée chez notre malade, n'est qu'un élément d'une altération générale ou éloignée de l'organisme; il nous resterait à rechercher quelle relation peut être supposée entre cette altération et les céphalées observées chez les deux malades; mais nous ne voulons point abuser plus longtemps, pour cette fois, de la bienveillance du lecteur, dont nous aurons encore besoin pour les communications à venir.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

De la périostite externe chronique, par M. le docteur Charvot, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

(Suite. — Voyez le numéro 40.)

Symptomatologie. — La périostite chronique atteint presque exclusivement l'homme adolescent ou adulte, le plus souvent entre vingt-deux et vingt-cinq ans, c'est-à-dire le soldat après deux ou trois ans de service (on peut s'en assurer par le tableau ci-contre). Les hommes plus âgés ne sont atteints de cette maladie que par exception, autant qu'on peut en juger dans la pratique militaire où l'on a le plus souvent à traiter des jeunes gens. Cependant notre tableau renferme le cas d'un militaire de trente-huit ans atteint de périostite costale et même celui d'un homme de quarante ans porteur d'une périostite du fémur.

Cette affection débute le plus souvent sur le sujet bien portant jusque-là. On trouve bien parfois des antécédents scrofuleux; mais le plus souvent l'homme est robuste, la constitution bonne en apparence; le tempérament ne présente pas d'autres caractères spéciaux que ceux du lymphatisme. En général on ne note pas de maladies antérieures, surtout très-peu d'affections de poitrine; la proportion des malades atteints de pleurésies antérieures est très-faible; nous verrons l'importance de cette remarque au point de vue de l'étiologie des abcès froids thoraciques.

L'affection débute d'ordinaire spontanément; le plus souvent on ne trouve, pour expliquer sa naissance, ni lésion traumatique ni causes mécaniques bien nettes, comme le voulaient les anciens chirurgiens militaires. La périostite se développe d'une façon lente et insidieuse et souvent l'homme reste souffrant pendant des mois sans qu'on puisse préciser la nature de la maladie.

Pour étudier ces symptômes avec méthode, il est nécessaire de diviser l'évolution de la périostite externe chronique en quatre degrés ou périodes :

1° Le premier degré correspond à la période de début ou de formation; il est caractérisé par de la douleur et du gonflement.

2° Au second degré la tuméfaction subit la fonte purulente, l'abcès froid est formé; c'est la période de suppuration.

3° Au troisième degré, période de fongosités, l'abcès se vide et sa cavité s'emplit de bourgeons fongueux.

4° Enfin le quatrième degré est la période de terminaison, qui présente plusieurs variétés. La terminaison la plus ordinaire est la guérison. D'autres fois l'affection, en se propa-

---

Deux jours après, représentation au théâtre. Les surprises nous attendaient. La salle, simple, fraîche, aérée, comprenait un parterre et une galerie. La décoration, principalement composée de fleurs et de feuillages, était du meilleur goût. Le programme était varié : musique, littérature, tableaux vivants, alternaient, au grand plaisir du public. La partie dramatique comprenait, pour les Français, *le Passant*, de Coppée, et la scène v de l'acte II de *Phèdre*.

Pour les Allemands, un à-propos médical dont les principaux personnages répondaient aux noms de *Supinator longus*, *Pharynx*, *Pancreas*. Mesdames *Radix* et *Glottis* donnaient la réplique à ces personnages anatomiques. La pièce, dans laquelle la vieille médecine et la nouvelle se trouvaient représentées par les docteurs *Habacuc* et *Succus*, fut jouée avec beaucoup d'entrain et souleva dans la salle des accès de gaieté auxquels nous ne pûmes que nous associer de confiance.

La scène i de l'acte V d'*Agamemnone*, d'Alfieri, était à l'adresse des médecins italiens.

La scène de *Phèdre* nous intéressait tout particulièrement. Une jeune actrice, mademoiselle de Groot, dont la figure habilement grimée rappelait assez bien celle de notre Rachel, remporta un véritable succès par la justesse de son jeu et la façon remarquable dont elle parlait notre langue. Jamais nous n'avons mieux compris la difficulté du triste rôle d'Hippolyte qu'en contemplant l'acteur chargé de le représenter. Le malheureux, fort embarrassé de sauver son innocence des entreprises de Phèdre, avait pris comme interprète de ses sentiments son propre manteau, qu'il pliait, dépliait, mesurait en tous sens. Nous risquons l'hypothèse qu'il le trouvait trop court pour la circonstance.

Le programme comprenait une indication assez mystérieuse : le *Passé*, le *Présent*, le *Futur*. Nous en eûmes bientôt l'explication. Il s'agissait de tableaux vivants. La toile se leva sur le tableau de Matou qui orne le mur du grand amphithéâtre de notre Faculté. C'étaient bien l'amputé avec son moignon saignant, Ambroise Paré le fer rouge

geant aux tissus voisins, amène des complications qui en modifient l'issue. Enfin, elle peut se terminer par la mort, à la suite du développement de la tuberculose générale.

Mais il est bon de noter que la périostite externe chronique ne suit pas toujours toutes les phases de son évolution et peut guérir avant d'avoir achevé ce cycle complet.

Premier degré : Période de début. — Cette période est caractérisée par deux symptômes qui sont, d'après leur ordre d'apparition : 1° la douleur ; 2° le gonflement.

Douleur. — Cette douleur se montre dans la plupart des cas, mais elle est plus particulièrement constante dans les périostites du fémur et surtout dans celles de la cage thoracique. Elle siége sur une région du squelette, qui correspond à l'extrémité épiphysaire de l'os, et présente comme caractère important d'être fixe en ce point. La douleur, parfois assez vive, est exaspérée par les mouvements de la région et surtout par la pression. Elle est durable, ne cède pas au repos, et continue pendant la nuit. Enfin elle persiste pendant des mois avant l'apparition des autres symptômes. Aussi les malades affectés d'une périostite en formation sont-ils souvent envoyés au début dans les services de médecine pour *douleurs névralgiques;* c'est seulement quand la tuméfaction apparaît qu'ils sont évacués dans les salles de chirurgie.

Gonflement. — La douleur précède de plusieurs mois la tuméfaction ; car l'affection dont nous nous occupons est essentiellement chronique et présente une évolution très-lente. Dans la forme subaiguë la plus rapide la douleur dure un ou deux mois avant que le gonflement puisse être senti ; mais dans la forme chronique qui est commune, cette période peut se prolonger jusqu'à six mois. On sent alors au niveau du point douloureux un empâtement dur qui fait corps avec l'os. Cette tuméfaction est souvent difficile à distinguer au début, surtout dans les points où l'os est recouvert par une grande épaisseur de masses charnues, comme à la cuisse. Quand l'os est superficiel, elle est très-aisément perçue ; c'est ainsi qu'aux côtes, au cubitus, au tibia, qui peuvent être facilement explorés par le toucher, ce gonflement peut être reconnu de bonne heure. La tuméfaction va en augmentant et peut acquérir le volume d'une petite orange. Elle présente alors les caractères suivants :

La tumeur siége au point douloureux, c'est-à-dire sur un point du squelette voisin de l'extrémité épiphysaire ; elle se développe dans le sens de l'os vers la diaphyse : aussi elle est fusiforme et prend une forme allongée dans le sens de la diaphyse osseuse. C'est ainsi qu'à la cage thoracique elle suit la direction des côtes.

La tuméfaction est adhérente à l'os sur lequel on ne peut la déplacer. Cette fixité montre qu'elle fait corps avec lui. Elle est donc plus ou moins profondément située dans les tissus suivant la position de l'os. Elle est indépendante des parties molles qui la recouvrent et que l'on peut facilement déplacer sur elle. Ses limites sont perceptibles au toucher et le doigt en quittant sa circonférence assez dure éprouve un ressaut. Sa consistance est caractéristique, c'est celle de la rénitence due à l'engorgement des organes fibro-celluleux placés sur un plan résistant. Le doigt éprouve très-nettement la sensation d'un tissu osseux recouvert par un périoste empâté et gonflé. Cette pression est douloureuse.

Pour terminer, nous ferons remarquer que la périostite s'étend sur l'os suivant sa longueur, mais non pas dans le sens de sa circonférence. L'altération qui débute sur un point ne tend pas à envahir les autres faces de l'os, et c'est à peine si à la longue les deux tiers de sa circonférence sont malades. Ainsi à la paroi thoracique la périostite, qui se développe sur la face externe des côtes, peut durer deux ou trois ans sans atteindre la face pleurale. Au fémur l'affection débute ordinairement au côté externe de l'os et ne gagne qu'à la longue les deux tiers de sa circonférence vers le côté interne.

Deuxième degré : Période de suppuration. — Au bout d'un temps variable, mais toujours assez long, la périostite passe à la suppuration. Celle-ci s'établit spontanément par le fait de l'évolution de la maladie, ou sous l'influence de causes extérieures, parmi lesquelles il faut compter les manipulations chirurgicales. La fonte purulente se fait lentement comme dans toute suppuration froide, sans phénomènes phlegmoneux ; on ne note pas de fièvre ; la douleur, quand elle existe, est légère et disparaît après la formation de l'abcès. Le pus commence à se collecter au centre de la tumeur qui semble se fondre par sa partie centrale, tandis que les bords restent indurés. Quand on palpe à ce moment la grosseur, on sent la fluctuation au milieu, mais au pourtour le doigt rencontre un bourrelet assez dur ; c'est une sensation analogue à celle que donne la pression sur un céphalématome. La tumeur finit par être complétement transformée en une collection purulente froide. L'abcès prend alors la forme et la direction de la tuméfaction qui lui a donné naissance. Il est donc fusiforme, allongé suivant la direction de l'os, auquel il reste adhérent ; au début les parties molles peuvent être déplacées sur lui. La suppuration une fois formée reste longtemps stationnaire, d'ordinaire pendant six et même huit mois, à moins que quelque circonstance fortuite ne vienne hâter son évolution.

A partir de ce moment l'abcès froid, résultat de la périostite chronique, ne diffère plus des autres que par l'origine et suit la même évolution ; leur description se trouve dans tous les traités classiques. Les auteurs anciens s'occupaient peu de l'étiologie de ces abcès qu'ils étudiaient tout formés ; mais ils ont donné de cette dernière période une description clinique telle qu'il n'y a plus rien à ajouter. On connaît donc leur histoire : ils évoluent vers l'extérieur à travers les tissus. La suppuration traverse assez facilement les muscles qu'elle

---

à cautériser les plaies, la foule des assistants étonnée et anxieuse. L'acteur à le visage vermeil et rasé de frais, les favoris en côtelettes, une bonbonne d'acide phénique à ses pieds. Tout à coup, on crie : c'est lui ! ce n'est pas lui ! « Qui lui ? Ambroise Paré, me demande un bourgeois, mon voisin? — Monsieur, Ambroise Paré est mort en 1590.—Merci, monsieur. » On crie de plus belle : C'est lui, c'est Lister ! et l'on applaudit à tout rompre. Là-dessus, notre excellent confrère d'Edimburg, placé au premier rang de l'orchestre, se lève et salue l'assistance, expliquant par là qu'il n'est pas sur les planches, et qu'il a un sosie chez un acteur grimé. Mais nous avons vu des gens qui n'en voulaient pas démordre.

Ce tableau représentait le *Passé* et le *Présent.* Qu'allions-nous avoir pour le *Futur?*

La *Danse macabre* de Saint-Saëns, jouée dans l'intermède, n'arriva pas à calmer notre impatience. La toile se lève de nouveau, et le *Futur* nous apparaît. C'est la *Leçon d'anatomie* de Rembrandt, l'admirable toile du musée de la Haye. Autour du cadavre se rangeaient, dans les attitudes des personnages du tableau..., des femmes portant différents costumes : Flamandes, Hollandaises, Anglaises, Russes, Françaises, entouraient la table. Une matrone hollandaise faisait la démonstration. C'était là le *Futur*, l'avenir de la chirurgie.

La salle allait crouler sous les applaudissements, quand fort heureusement mademoiselle de Groot attaqua en italien les premiers vers du monologue de Clytemnestre d'*Agamemnone.* En italien, disons-nous, et la jeune actrice nous a paru s'exprimer dans cette troisième langue avec une parfaite aisance. De pareilles aptitudes, soit dit en passant, sont véritablement exceptionnelles, et, parmi nous, plus d'un les enviait tout bas à l'aimable actrice.

La fête n'eût pas été complète sans une salve d'artillerie exécutée par une centaine de bouteilles de champagne dont le contenu fut vidé en quelques minutes dans les coupes qu'on nous avait distribuées.

En somme, charmante soirée, fort intéressante, animée de

sépare ou dissocie, mais séjourne parfois sous les aponévroses qui se laissent difficilement perforer et opposent une barrière très-forte. Il s'établit alors un travail phlegmoneux dû le plus souvent aux pressions répétées, qui amène la perforation de l'aponévrose et de la peau. Ces phénomènes inflammatoires subaigus sont : un peu de fièvre, de la douleur et de l'empâtement. Souvent le chirurgien ne laisse pas l'abcès évoluer ainsi spontanément et l'ouvre avec des caustiques ou le bistouri.

Le pus qui s'écoule présente des caractères qu'il est important d'étudier. Au début il ressemble au pus des abcès froids tel qu'il est décrit dans les traités classiques : il est séreux, granuleux, mal lié, sans consistance et ressemble au petit lait, mais il change bientôt d'aspect; les premières portions du pus qui s'écoulent proviennent de la fonte du tissu cellulaire et des parties que la collection purulente a dû désorganiser pour échapper au dehors. Mais quand l'abcès extérieur s'est vidé, on voit s'établir la sécrétion périostique pure qui présente des caractères spéciaux : ce qui s'écoule est un liquide hyalin rosé, louche, trouble, gluant, filant, ressemblant à une solution gommeuse ou albumineuse; il se coagule par la chaleur. Cette sécrétion gélatineuse du début examinée au microscope présente : beaucoup de leucocytes, quelques globules de sang décomposé et des cristaux; on n'y rencontre jamais à cette période de débris osseux et les gouttelettes huileuses y sont rares. C'est donc un liquide analogue à la lymphe. Ce liquide lymphoïde ne coule pas d'une manière continue, du moins à l'état de pureté. Dans certains moments il est mélangé à du pus; dans d'autres, il disparaît au milieu des éléments purulents, lorsque ceux-ci sont abondants. Quant au pus, il présente ce caractère essentiel, de charrier par intervalles plus ou moins rapprochés des débris caséeux. En somme, le liquide qui s'écoule est formé par le mélange de la sécrétion périostique avec la suppuration du tissu cellulaire. Quand on excite le foyer par des médicaments irritants, on voit l'écoulement devenir franchement purulent.

Les caractères si tranchés de cette sécrétion périostique avaient frappé depuis longtemps les cliniciens. Bichat avait dit que le propre de l'inflammation des tissus cellulo-fibreux était de sécréter une matière gommeuse colloïde. Lobstein avait remarqué que la périostite laissait exsuder un liquide filant gélatineux. Enfin, Ollier, ayant observé quelques cas de ces périostites, crut trouver dans la nature du produit sécrété un caractère suffisamment distinctif pour donner à l'affection le nom de périostite albumineuse. Le chirurgien de Lyon, avec un talent d'observation remarquable, entrevit une partie de l'histoire de la périostite externe, il analysa le liquide exsudé et trouva comme composition chimique : de l'albumine, quelques globules de pus et beaucoup de phosphate de chaux, ce qui est plus difficile à expliquer.

Le liquide que nous venons de décrire s'écoule en petite quantité par un ou plusieurs orifices fistuleux qui conduisent dans la cavité de l'abcès; si on en explore le fond, on trouve un foyer irrégulier, anfractueux, dont les replis sont séparés par des brides, débris de muscles et d'aponévroses, provenant de la fonte inégale des tissus. Les parois de l'abcès sont tapissées de bourgeons qui forment une membrane granuleuse continue et ne présentant aucune solution de continuité. Ces villosités donnent la sensation du velours. Le stylet les traverse facilement, mais ne va pas jusqu'à l'os. Enfin en aucun point le tissu osseux n'est mis à nu.

A cette période l'affection cesse d'être douloureuse. La douleur est seulement provoquée par la pression; elle est surtout vive au pourtour, là où la périostite qui s'étend n'a pas encore suppuré.

Cette collection purulente était autrefois prise pour un abcès idiopathique : les signes de périostite concomitants, dont l'existence n'avait pas échappé à l'observation des anciens chirurgiens, étaient attribués à l'extension de l'inflammation produite par l'abcès aux tissus voisins et par suite au périoste. Mais cette interprétation, d'après laquelle la périostite serait secondaire à l'abcès, doit être renversée; car il est facile de voir qu'au contraire la suppuration a son point de départ dans la couche externe du périoste. Les anciens, en effet, n'observaient ces abcès que quand ils étaient formés. Aujourd'hui, comme on est prévenu, on a souvent l'occasion d'assister au début de l'affection et de l'observer depuis sa naissance sur des os facilement accessibles à l'exploration, par exemple sur les côtes. Or, on trouve, plusieurs mois avant la formation de l'abcès, une douleur fixe en ce point et un gonflement de l'os. Puis on a pu constater *de visu* le siége anatomique de ces périostites et leur mode d'évolution. La tumeur œdémateuse au début a été quelquefois incisée ou ponctionnée par erreur ou dans un but thérapeutique, et il n'est jamais sorti à cette première période qu'un liquide gélatineux. Ollier, croyant évacuer une collection purulente, a ponctionné plusieurs fois ces tuméfactions périostiques; et il n'a jamais vu sourdre qu'un liquide riche en albumine, ce qui lui a fait donner à cette forme de périostite le nom d'albumineuse. D'autres chirurgiens, traitant ces tumeurs comme des phlegmons, les ont largement incisées et n'ont trouvé à la place du pus qu'un liquide filant. Enfin dans certains cas on a cru à des tumeurs malignes et on les a extirpées; on a eu alors sous les yeux les pièces anatomiques qu'on a pu examiner de près.

L'ensemble de ces observations met hors de doute le point de départ du processus inflammatoire dans le périoste. Il permet, en outre, de reconnaître son siége exact à la surface de la membrane périostique, en montrant les altérations du début occuper exclusivement la couche externe du périoste et non le tissu cellulaire ambiant qui conserve à cette période

---

la plus franche cordialité, et dont chacun emporta vers minuit le plus aimable souvenir.

Dans un pays où l'hospitalité est si largement comprise, on devine ce que pouvait être le banquet d'adieu du samedi 13 septembre. Ici cependant nous devons placer une observation faite par la plupart d'entre nous. Elle concerne les toasts, qui sont partout en usage, mais qui, dans un banquet hollandais, se succèdent à l'infini. Le mal ne serait pas grand si quelques mesures d'ordre pouvaient s'introduire dans toutes ces allocutions; mais la confusion la plus complète règne sur ce chapitre. Chacun se lève, parle, se rasseoit sans s'inquiéter du voisin. C'est la tour de Babel. Ne vaudrait-il pas mieux que les toasts fussent inscrits à l'avance et appelés par le président? On éviterait ainsi des répétitions sans intérêt, et on ne s'exposerait pas à voir tous les représentants d'une nationalité quitter la salle du banquet sans qu'aucun salut ait été adressé à leur pays. Omission bien involontaire, assurément, mais regrettable.

Il ne nous restait plus, après une semaine aussi bien employée, qu'à serrer amicalement la main de nos hôtes; mais on ne pouvait se quitter ainsi.

Le dimanche, une excursion avait été proposée pour Scheveningue, station célèbre de bains de mer située dans le voisinage de la Haye.

Dès le matin dix heures, un train nous amenait à la Haye, où des voitures confortables et bien attelées nous attendaient en gare.

On peut le dire sans crainte d'exagération : au point de vue du luxe, des constructions, de l'aspect riant des quartiers, peu de villes en Europe peuvent rivaliser avec la Haye. C'est là que les Hollandais jouissent des fortunes gagnées dans les comptoirs d'Amsterdam et de Rotterdam. Pendant une heure nos voitures nous firent parcourir de splendides boulevards ombragés d'arbres séculaires, bordés d'habitations luxueuses, et quelques-unes véritablement remarquables. Au bout de la ville, le bois aux larges allées, aux arbres magnifiques, aux

toutes ses propriétés normales. Enfin, il fait connaître la source de la suppuration, en faisant constater que le pus provient des tissus primitivement enflammés.

Il est facile de démontrer que la suppuration ne se forme pas, comme dans les autres formes de périostite, à la face profonde du périoste, entre cette membrane et l'os. Car, lorsque l'abcès est ouvert, on peut explorer la cavité purulente et constater qu'en aucun point l'os n'est mis à nu; on arrive sur un périoste épaissi et bourgeonnant qui recouvre exactement au début l'os qu'il tapisse; et l'on est forcé d'admettre que la collection purulente s'est formée aux dépens de sa face externe.

Ajoutons pour être complet que ces abcès, une fois formés, évoluent sur place et gardent constamment pour base le point du périoste qui leur a donné naissance. Ils ne sont donc jamais migrateurs.

Symptômes de voisinage. — A la période de suppuration la périostite s'accompagne de certaines lésions de voisinage dues à l'extension du processus irritatif aux tissus ambiants. Elles sont surtout fréquentes lorsque la périostite se localise vers l'extrémité épiphysaire des os longs. Ces complications consistent dans : des synovites tendineuses périarticulaires, des synovites articulaires et des altérations anatomiques de l'épiphyse. Ces lésions de voisinage n'ont pas d'ordinaire grande gravité; mais elles peuvent devenir définitives et amener soit une déformation, soit une demi-ankylose, soit même une véritable synovite fongueuse.

1° *Synovites tendineuses périarticulaires.* — Elles sont surtout fréquentes dans les régions périarticulaires riches en gaînes tendineuses, comme le genou, le coup de pied, le poignet. Ces synovites sont d'abord séreuses et amènent l'hydropisie de la gaîne. Elles restent le plus souvent à l'état séreux, et, dans ce cas, disparaissent sans traitement. Mais dans certains cas la synovite, passant à l'état fongueux, peut devenir le point de départ d'accidents sérieux. On comprend que cette complication peut facilement donner lieu à des erreurs de diagnostic.

2° *Synovites articulaires.* — La synoviale de l'articulation voisine peut également se prendre. Cette synovite articulaire se développe parfois au premier degré de la périostite chronique, mais elle apparaît surtout à la période de suppuration. Elle reste le plus souvent à l'état de synovite séreuse et ne passe que rarement à la forme fongueuse. Elle guérit le plus souvent sans traitement et disparaît avec les accidents périostiques qui lui ont donné naissance. Cette hydarthrose secondaire est la cause d'erreurs de diagnostic presque inévitables si l'on ne songe pas à la périostite. On croit à une arthrite au début, à une hydarthrose essentielle, et, si on découvre plus tard la périostite, on la considère comme consécutive à l'arthrite. (Voy. l'observation n° 4.)

3° *Altération des épiphyses.* — Celle-ci consiste en un gonflement de l'extrémité épiphysaire de l'os, le plus souvent partiel et correspondant à la périostite. Quand il est peu développé, le gonflement est extérieur et dû probablement à l'altération des tissus fibreux qui s'insèrent sur l'épiphyse. Ces déformations tiennent peut-être dans certains cas à des hypertrophies du cartilage épiphysaire. Mais le plus souvent on ne peut invoquer cette cause, car, à l'âge où l'on observe les malades, l'ossification des cartilages épiphysaires commence à être complète. Nous pouvons même citer une observation où le malade atteint de périostite avec déformation épiphysaire, était âgé de quarante ans. Ces altérations de l'épiphyse articulaire peuvent entraîner une gêne notable dans les mouvements de l'article. C'est ainsi qu'au genou l'extrémité inférieure du fémur est souvent déformée; un des condyles devient plus gros. L'épaississement siége parfois sur la partie antérieure dans l'espace intercondylien et repousse en avant le cul-de-sac synovial; le genou prend alors une forme spéciale; il est bombé en avant.

Ces altérations sont dues simplement au retentissement du processus irritatif sur les organes voisins, mais non pas à l'extension de la périostite de ce côté. L'affection est le plus souvent juxta-épiphysaire, son point de départ se trouvant à l'extrémité épiphysaire de l'os, mais en évoluant elle s'étend toujours vers la diaphyse; on peut en donner l'explication suivante basée sur la structure anatomique des parties : Du côté de l'épiphyse articulaire le périoste s'amincit et se réduit presque à rien. Il est remplacé par les insertions tendineuses, les tissus fibreux ligamenteux et les replis synoviaux. Aussi les altérations des épiphyses consistent plutôt dans des ostéites. Du côté de la diaphyse, au contraire, le périoste est épais, gorgé de vaisseaux sanguins. Il est donc éminemment propre à s'enflammer et il n'est pas étonnant que la périostite chronique progresse de ce côté.

(A suivre.)

Pathologie interne.

Note sur un cas d'épithélioma pavimenteux développé sur la cicatrice d'un moignon, à l'occasion de la communication faite par M. le docteur Burdel, à l'Académie de médecine, le 22 avril 1879, par M. le docteur Petitfils, médecin de l'hôpital de Vierzon.

Cette observation a été résumée et présentée, avec moulage en plâtre et pièces à l'appui, à la Société anatomique, le 27 juin dernier. Ce retard est dû à des circonstances indépendantes de ma volonté.

L'homme qui fait le sujet de mon observation est le même

---

charmantes perspectives de dessous de bois divinement éclairés, de pelouses verdoyantes. Après 2 ou 3 kilomètres de ce trajet véritablement enchanteur, une immense éclaircie terminant brusquement le paysage. C'est Scheveningue avec sa large plage de sable, bordée d'hôtels et de casinos. C'est la mer du Nord, toujours un peu houleuse, sillonnée au large de bâtiments de toute nature, les uns courant parallèlement à la côte, les autres s'enfuyant au loin et déjà perdus dans la brume de l'horizon. Et tout cela à quelques mille mètres d'une des villes les plus riches de l'Europe, au bout d'une des plus riantes promenades que puisse rêver un paysagiste. En moins d'une demi-heure, un tramway vous conduit du centre de la ville à une station de bains de mer installée avec tout le confortable des établissements les plus renommés.

A Scheveningue, le maire et le médecin des bains nous souhaitent la bienvenue. Un lunch nous est offert, à la suite duquel nous visitons l'établissement. Une heure après nous étions à la Haye, réunis dans le musée, admirant la merveilleuse *Leçon d'anatomie* de Rembrandt, dont notre Académie possède une assez bonne copie. Déjà, à Amsterdam, nous avions vu la fameuse *Ronde de nuit* et les *Syndics des drapiers*. Ici, outre la *Leçon d'anatomie*, nous trouvons encore le *Siméon au temple*, la *Suzanne au bain*. Dans un salon voisin, le *Taureau* de Paul Potter. Puis les maîtres de l'école flamande représentés par leurs meilleures toiles. Un entassement de chefs-d'œuvre qui fait du musée de la Haye une des plus célèbres collections du monde.

Il était difficile de mieux terminer notre voyage. La plupart d'entre nous ne s'étaient pas contentés de ces excursions officielles, d'ailleurs si intelligemment choisies. — Harlem, Leyde, Utrecht, avaient attiré de nombreux visiteurs. — Le grand nom de Boerhaave m'avait dirigé vers Leyde, où j'ai passé une agréable après-midi. La statue de l'illustre médecin est placée à l'entrée de la ville, presque à la sortie du chemin de fer. Bien que Leyde soit le siège d'un commerce important et compte près de 40 000 habitants, c'est la

individu dont le docteur Burdel, membre correspondant de l'Académie, a retracé l'histoire, d'une façon fort inexacte d'ailleurs, le 22 avril dernier, à l'Académie. J'ai souligné les passages où je rétablis les faits, afin de permettre de comparer plus facilement avec le compte rendu *in extenso* de la séance.

Obs. — Le nommé Feuille, exerçant à Vierzon la profession de facteur, vint me consulter en avril 1876 pour une tumeur du poignet. Cet homme me présente alors un moignon en forme de massue dont le squelette est constitué par les métacarpiens. Il n'existe aucune phalange du pouce ou des doigts. *Ce moignon n'est pas congénital*, car cet homme me raconte qu'étant âgé de quinze mois il tomba dans le feu et se brûla grièvement la main gauche, dont toutes les phalanges furent éliminées par la suppuration au niveau des métacarpiens. Il en résulta une sorte de massue, couverte de cicatrices sur les parties dorsale et externe, qui permit cependant à cet homme d'entreprendre certains travaux manuels, tels que la culture de son jardin.

Comme antécédents : la mère est morte d'un cancer de la face à soixante-dix-huit ans.

Cet homme *n'a jamais perdu d'enfants;* les *deux filles* de son second mariage ont actuellement, l'une sept ans et l'autre neuf ans, et se *portent fort bien* au moment où j'écris. Il a perdu une sœur; sa nièce, que j'ai soignée dans sa dernière maladie, est *morte d'une fièvre typhoïde*, accompagnée, dès le début, d'un avortement au troisième mois environ, et compliquée à la fin d'une pneumonie double.

Cet individu, d'ailleurs robuste, sanguin, avait une santé parfaite, lorsqu'en février 1876, à l'âge de *cinquante et un ans*, une des cicatrices, située au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne, sur le bord externe de l'avant-bras, s'entr'ouvrit légèrement, et quelques jours après livra passage à une petite masse rouge, charnue, du volume d'une lentille. Peu à peu ce bourgeon s'accrut et finit par inquiéter le malade, qui, en mai, se mit entre les mains d'un pharmacien. Après un mois de traitement, les choses allant de mal en pis, le malade vint me consulter. A ce moment, le 10 juin 1876, la tumeur avait le volume d'une noix coupée par la moitié, saignant au moindre contact, toujours recouverte d'un suintement purulent et causant au malade, dans tout le bras et l'épaule, des douleurs considérables qui lui enlevaient complétement le sommeil. Pas de ganglions axillaire ni épitrochléen. Du 16 juin au 1er juillet je traversai la tumeur avec des flèches en pâte de Canquoin, et après quatre cautérisations successives la masse était un peu moins volumineuse. Mais bientôt l'accroissement fut si rapide qu'il devint évident que rien ne pouvait faire obstacle à l'envahissement des tissus sains. *Je proposai l'amputation* au malade, qui, trouvant le moyen trop héroïque, ne revint plus me voir. Ce ne fut qu'à la fin du mois de juillet, après avoir essayé de tous les moyens extra-médicaux, qu'il revint à la médecine et consulta, à Bourges, M. Ch. Sarazin. Ce savant confrère lui indiqua l'amputation comme le seul moyen de guérison. Il revint me voir pour ce motif et entra *dans mon service à l'hôpital de Vierzon, où je lui pratiquai l'amputation*, le 28 juillet 1876, au *tiers inférieur de l'avant-bras*, par la méthode à deux lambeaux. Le docteur Burdel, médecin de l'hôpital à cette époque, *voulut bien me prêter son concours.*

L'opération ne présenta rien de remarquable, si ce n'est une anomalie de l'interosseux, qui fut introuvable, quelque attention qu'on mît à sa recherche. Grâce à l'appareil d'Esmarch, le patient ne perdit que très-peu de sang. Je tentai la réunion immédiate en affrontant les bords de la plaie au moyen de sutures entortillées et j'appliquai le pansement ouaté de M. Guérin, avec les badigeonnages de goudron introduits par M. Ch. Sarazin.

Le *moignon n'a pas été examiné immédiatement*, je le conservai dans le liquide de Müller.

Le second pansement eut lieu le 1er août, quatre jours après l'opération, sur les instances du malade. Le 3 août, dans l'après-midi, douleurs névralgiques du moignon, s'irradiant jusqu'à l'épaule, qui persistent jusqu'au milieu de la nuit. Le 4, nouvel accès que j'empêchai de reparaître, comme l'a, du reste, indiqué le professeur Verneuil, par l'emploi du sulfate de quinine. Les trois autres pansements furent faits de huit en huit jours, et le 30 août le malade quittait l'hôpital, complétement guéri, pour reprendre son service de facteur.

L'année suivante, en août 1877, cet homme, dont la santé n'avait subi aucune atteinte jusqu'alors, vint me consulter pour une toux opiniâtre, sèche, quinteuse, causée, disait-il, par un picotement très-douloureux et très-tenace au côté gauche du larynx. Je le trouvai amaigri et fort inquiet de son état. Il fut convenu qu'il appliquerait *loco dolenti* un vésicatoire de petite dimension. Je lui conseillai de se reposer un peu, et tout en le prévenant de ne pas s'inquiéter, je craignis une terminaison funeste. Il ne revint plus me voir, mais j'appris par la suite qu'il était mort vers le mois d'octobre de la même année d'une complication pulmonaire, soigné par le docteur Burdel.

Examen anatomique du moignon. — La pièce a séjourné dans le liquide de Müller depuis le 28 juillet 1876. L'examen du moignon démontre l'existence de cicatrices sur la partie dorsale; quant aux cicatrices du bord externe, elles ont disparu par l'envahissement du néoplasme. *Ce moignon n'est donc pas congénital*, comme je l'ai dit plus haut, et la peau de la partie antérieure de la main a été entraînée en arrière, sur la partie dorsale ou postérieure, par la rétraction du tissu cicatriciel. La tumeur, dont le volume était plus considérable avant son durcissement, offre encore 7 centimètres de diamètre dans l'axe du bras, 9 centimètres transversalement d'avant en arrière, et 35 millimètres environ d'épaisseur. Son accroissement en cinq mois a donc été considérable, surtout si l'on y joint la quantité de tissus enlevée par la cautérisation en flèche.

Je fais mouler le moignon avant d'inciser la tumeur.

Au microscope, une coupe de cette tumeur, colorée par la solution ammoniacale de carmin, montée dans la glycérine, montre à 140 diamètres (oculaire 4, objectif 4, Hartnack) un stroma de tissu conjonctif fibrillaire parsemé d'îlots dont les dimensions sont variables. Ces groupes cellulaires sont plus ou moins nombreux, suivant le point de la préparation, et l'aire n'est pas toujours remplie par les cellules. Autour de ces masses agglomérées on trouve dans le stroma de petites cellules rondes très-nombreuses colorées fortement par le carmin.

A 300 et 450 diamètres (oculaire 3, objectif 7; oculaire 4, objectif 7), on distingue nettement la nature épithéliale des cellules dont le protoplasma amorphe, légèrement grenu, entoure le noyau

---

ville du silence et du calme. Ses nombreux canaux bordés de platanes longent des maisons élégantes et riches où le mouvement semble inconnu. A travers les fenêtres entr'ouvertes, l'œil se repose avec plaisir sur de larges pièces meublées avec luxe, et généralement ornées de fleurs rares. Une des curiosités de la ville est le Rhin, qui se divise en deux bras pour la parcourir. Rien n'égale la surprise du voyageur en voyant le grand fleuve, à quelques lieues de son embouchure, réduit aux proportions d'un simple canal, de la plus modeste rivière.

Une visite à l'Université était de rigueur. Elle est située dans les bâtiments d'un ancien couvent. Les Facultés de droit, de sciences et lettres, de théologie, y sont réunies. La Faculté de médecine siége dans les bâtiments de l'hôpital. Tout est simple et un peu froid. La salle des thèses est décorée de haut en bas des portraits des professeurs de l'Université depuis sa fondation. Plusieurs de ces portraits sont de remarquables peintures. C'est dans l'escalier que se trouve la note gaie, la trace du passage de la jeunesse. Sur le mur blanchi à la chaux, un jeune homme a lestement esquissé, avec un cigare éteint, dit-on, les principales phases de la vie de l'étudiant hollandais. C'est une série de scènes très-vivement enlevées, et figurant en charge les principaux épisodes de la carrière universitaire. L'étudiant quitte sa famille en emportant la bénédiction paternelle. Il arrive à l'école ; un ours l'accompagne. L'ours, par un jeu de mots hollandais, figure la dette ; c'est le créancier qui talonne le jeune homme jusqu'à l'épreuve finale. Voici l'étudiant entre Vénus et Minerve. Minerve est armée de pied en cap. Vénus, probablement gênée par la chaleur, a envoyé sa chlamyde à quelque moulin du voisinage. On sait qu'ils ne sont pas rares dans le pays. Naturellement l'étudiant suit Minerve, sans toutefois désespérer de ses rigueurs Vénus, qui l'accompagne d'un peu loin. L'ours ne le quitte pas; il paraît même notablement engraissé. En suivant l'escalier, nous arrivons à la salle des examens. L'inscription de l'*Enfer* du Dante : *Lasciate ogni speranza*, la surmonte. A droite est le candidat heureux ; à

brillant et son nucléole. Certaines cellules ont plusieurs noyaux. La périphérie de l'îlot est constituée par une rangée de cellules épithéliales, pavimenteuses, polyédriques, se touchant par leurs bords; une seconde rangée tapisse la première et ainsi jusqu'à ce que l'alvéole soit comblé. Ce n'est pas que les cellules remplissent toujours aussi régulièrement l'alvéole, car les manipulations subies par la coupe amènent souvent la disparition d'un certain nombre d'entre elles, sans compter la régression dont elles sont souvent le siége. On trouve encore des globes épidermiques dont la coupe ressemble au diagramme d'une fleur. Ces globes se rencontrent dans tous les points de la préparation, aussi bien au milieu du stroma que dans un îlot de cellules. On trouve enfin un grand nombre de cellules rondes, éparses dans le stroma, mais surtout plus abondantes autour des masses cellulaires, qu'elles augmentent en certains points par apposition. Il existe aussi un certain nombre de vaisseaux. Le stroma est plus ou moins considérable, suivant la disposition plus ou moins rapprochée des îlots de cellules. Gouttelettes graisseuses très-abondantes parfois.

L'examen microscopique de cette tumeur n'a été fait pour la première fois que le 9 mai 1879.

En examinant l'ensemble de la préparation, les rapports des îlots avec la forme alvéolaire du stroma qui les entoure, on est conduit à comparer cette tumeur au carcinome; mais le contenu épithélial de l'alvéole et les globules épidermiques en font un épithélioma pavimenteux. Les Allemands l'appellent, du reste, carcinome épithélial.

En résumé, cet homme, fils d'une cancéreuse, est atteint à son tour de la même diathèse, qui se localise sur un point déjà altéré, et meurt par le poumon.

Quelle est cette affection pulmonaire? Il eût été bien intéressant de pouvoir faire l'examen anatomique des poumons de mon opéré, et de déterminer bien nettement s'il est mort cancéreux ou tuberculeux. Pour moi, je suis d'avis que cet homme a dû mourir d'une infiltration épithéliale du poumon, car le fait est assez fréquent, autant que la coïncidence du cancer et de la tuberculose. Malheureusement, dans l'espèce, la question est insoluble, puisque l'*autopsie du nommé Feuille n'a pas été faite*.

Cette observation m'a paru avoir une certaine importance théorique et démontre une fois de plus la valeur de l'opinion que M. le professeur Verneuil a émise sur les manifestations des diathèses aux points faibles de l'économie, *locis minoris resistentiæ*.

Elle démontre encore que les névralgies douloureuses des moignons sont justiciables du sulfate de quinine, comme l'avait également démontré M. Verneuil. Cette médication est d'ailleurs largement employée dans notre contrée, où les accidents palustres prennent les formes les plus variées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

ÉTUDES SUR LES EFFETS ET LE MODE D'ACTION DES SUBSTANCES EMPLOYÉES DANS LES PANSEMENTS ANTISEPTIQUES. Note de MM. *Gosselin* et *Albert Bergeron*.

Effets des antiseptiques sur le sang. — I. Une *première série* d'expériences a consisté à mettre dans sept tubes en verre un peu plus d'un gramme de sang frais venant soit du cochon d'Inde, soit du chien, soit de l'homme. Dans l'un de ces tubes nous n'avons rien ajouté; dans les autres nous avons ajouté, avec un compte-gouttes, six gouttes de l'un des antiseptiques. Nous avons laissé tous nos tubes ouverts et nous avons examiné chaque jour l'état du sang (1)...

Nous voyons que, dans cette première série, la putridité a été retardée, mais très-peu, dans le tube qui contenait l'acide phénique au centième; qu'elle l'a été un peu plus dans les deux suivants, qui contenaient l'acide phénique au cinquantième et l'eau-de-vie camphrée; plus encore et à peu près le même temps dans ceux qui contenaient l'alcool pur et l'alcool camphré; et qu'enfin elle a paru tout à fait supprimée dans celui qui contenait l'acide phénique au vingtième.

II. Dans une *deuxième série*, nous avons pris de la sérosité de sang humain provenant d'une saignée; nous en avons versé 1gr,50 à 2 grammes dans sept tubes, et nous avons mis dans chacun d'eux six gouttes de nos agents antiseptiques; puis nous avons pris soin d'ajouter tous les matins une nouvelle goutte.

Ici la putréfaction a encore été retardée dans les premiers tubes; elle nous paraît même y avoir été amoindrie, puisque nous n'avons trouvé que des bactéries annelées peu nombreuses, et aucun des vibrions filamenteux mobiles qui sont les indices de la putréfaction complète. Ces bactéries ont apparu à l'époque où le nombre de gouttes ajoutées n'avait pas été assez considérable pour donner l'imputrescence. Elles n'ont plus augmenté, et la putréfaction s'est arrêtée lorsque, par l'addition quotidienne, la dose de l'antiseptique est devenue sensiblement plus forte.

III. Jusqu'ici il s'agissait du contact et de l'incorporation des liquides conservateurs avec le sang. Nous avons voulu savoir ce que feraient les mêmes agents à distance, c'est-à-dire par évaporation. Tel a été le but de notre *troisième série* de recherches. Nous avons versé dans huit cupules, hautes de 4 centimètres et ayant 10 à 12 centimètres de diamètre, une quantité suffisante de sang frais de chien pour donner une couche de 1 centimètre de hauteur, ayant au-dessus d'elle un espace libre et rempli d'air de 3 centimètres; nous avons placé sur l'ouverture de chacune de ces cupules un morceau de tarlatane à mailles larges, plié en quatre ou cinq. L'air passait facilement tant à travers les mailles que sur le contour de la préparation; la cupule était d'ailleurs

(1) Nos examens microscopiques ont été faits avec la lentille à immersion (oculaire n° 2 et objectif n° 7 de Nachet).

---

gauche, un flot de larmes coule des yeux d'un condisciple moins favorisé. L'ours se voit à l'horizon. Enfin la grande épreuve a eu lieu. Le candidat est reçu. Le nouveau docteur s'élance vers la maison paternelle. L'ours, démesurément engraissé, peut à peine le suivre, tandis que ses camarades lancés à ses trousses enfoncent sur sa tête, à grand coups de poing, le chapeau qui, suivant un vieil usage, ne doit pas survivre à cette dernière étape. Voici notre docteur rendu à sa famille fière de son succès. L'ours est à la porte, attendant son heure. Le père met déjà la main à la poche pour congédier cet éternel compagnon. Le bonhomme ne se fera pas trop tirer l'oreille, et monsieur le docteur pourra marcher tête levée. — Cette amusant esquisse date de plusieurs années. On n'est pas ennemi à Leyde d'un peu de gaîté. Les docteurs professeurs ont passé en souriant, et le concierge de l'établissement, homme de goût, s'est chargé d'entretenir l'*illustration* de son escalier. Il en rafraîchit dans ses moments perdus les contours un peu fatigués.

Il fallut enfin quitter et abandonner ce pays si hospitalier. Parmi les médecins français, il en est bien peu qui se dirigèrent droit sur Paris. La plupart firent l'école buissonnière en s'attardant dans les principales villes de la Belgique situées sur leur passage. Comment traverser Anvers sans y admirer la cathédrale et ses précieux Rubens, son musée de tableaux si riche en chefs-d'œuvre, le musée Plantin Moretus rempli des collections les plus curieuses relatives à l'imprimerie, aux manuscrits anciens? Anvers, grâce à son admirable position sur l'Escaut, au mouvement prodigieux de son port, est certainement la ville la plus gaie de la Belgique. Bruxelles défie toute concurrence par son aspect de grande ville, ses boulevards bordés de constructions luxueuses, ses monuments splendides, l'animation de ses rues, l'apparence de vie qui déborde de tous côtés. La ville paraît être en voie d'agrandissement continu. Nous y avons admiré le nouveau palais de justice, encore en voie de construction. Ses proportions grandioses, sa riche architecture, en font dès à présent un

largement ouverte tous les jours, soit pour l'examen du sang, soit pour le renouvellement des linges antiseptiques. L'une des cupules a été recouverte d'une tarlatane sèche, sans aucun mouillage; une autre, de la gaze phéniquée sèche de Lister; les cinq autres, d'une tarlatane mouillée de nos liquides antiseptiques (à part l'eau-de-vie camphrée, qui n'a pas été employée cette fois). Les linges imbibés et la gaze sèche ont été renouvelés tous les deux jours, en prenant soin, pour ceux qui étaient mouillés, de bien les exprimer, afin qu'il ne tombât pas de liquide dans la cupule. Les résultats de cette action à distance ont dépassé de beaucoup toutes nos prévisions.

1° Dans la cupule sans addition, la putréfaction était complète, avec vibrions filamenteux et mobiles le quatrième jour. 2° Dans la cupule recouverte de la gaze de Lister, elle s'est montrée du huitième au dixième jour. 3° Dans la cupule recouverte de gaze phéniquée au centième, putréfaction franche le huitième jour. 4° Dans la cupule recouverte de gaze phéniquée au cinquantième, quelques bactéries annelées le dix-septième jour, rien de plus jusqu'au trente-sixième. Aucune altération, ni mauvaise odeur, ni bactéries, ni vibrions, jusqu'au trente-sixième jour dans 5° la cupule recouverte de gaze alcoolisée (à 86 degrés); 6° dans la cupule recouverte de gaze avec alcool camphré; 7° dans la cupule recouverte de gaze phéniquée au vingtième. (L'expérience continue.)

IV. Notre *quatrième série* a eu pour objet la recherche des effets produits par la pulvérisation, moyen qu'emploie beaucoup M. Lister et sur la valeur duquel les opinions sont très-divergentes en France. Deux cupules contenant environ 20 grammes de sang humain tiré par des ventouses ont été soumises chaque matin, pendant un quart d'heure, à une pulvérisation avec l'alcool à 86 degrés, au moyen de l'appareil très-commode de MM. Lucas-Championnière et Colin. La putréfaction a bien été retardée jusqu'au neuvième jour; mais à partir de ce moment elle s'est accusée aussi nettement que possible par la fétidité et la présence de nombreux vibrions filamenteux et très-mobiles, et ils se sont accentués de plus en plus; si bien que nous avons cessé la pulvérisation le treizième jour. Trois autres cupules contenant la même quantité du même sang humain ont été soumises à la pulvérisation avec la solution phéniquée au vingtième; nous en sommes au trentième jour : nous n'avons aucune altération putride, et nous croyons qu'il n'en viendra pas, attendu que le sang de ces cupules présente à sa surface la coloration jaunâtre et, dans toute son épaisseur, l'absence des globules et les masses granuleuses qui, pour nous, sont les indices de l'imputrescence.

SUR LA PRÉSENCE DE L'ALCOOL DANS LES TISSUS ANIMAUX PENDANT LA VIE ET APRÈS LA MORT, DANS LES CAS DE PUTRÉFACTION, AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET TOXICOLOGIQUE. Note de M. *J. Béchamp*. — MM. Schrader et Dusch ont fait voir : que la viande bien cuite pouvait se conserver, en présence de l'air filtré, pendant quelques semaines sans altération; que de la viande chauffée au bain-marie, c'est-à-dire seulement coagulée à la surface, se putréfiait, quoiqu'elle fût placée dans les mêmes conditions; enfin que le lait lui-même, dans les mêmes expériences, se caillait. Quelle est la cause de ces altérations? Tel est le problème que l'auteur s'est proposé de résoudre. Il résulte de ses expériences que la putréfaction se rapproche complètement, dans son essence, de la fermentation proprement dite; il y a surtout analogie très-grande entre elle et la fermentation butyrique. L'alcool s'y trouve aussi, comme dans toutes les fermentations étudiées jusqu'à ce jour; on constate aussi que sa proportion augmente, jusqu'à un certain point, avec le degré d'altération.

Il résulte encore d'autres expériences de l'auteur que les tissus eux-mêmes contiennent de l'alcool, aussi bien que l'urine et le lait (voy. *Sur la fermentation alcoolique et acétique spontanée du foie, et sur l'alcool physiologique de l'urine humaine*, in *Comptes rendus*, t. LXXV, p. 1830. — *Sur l'alcool et l'acide acétique normaux du lait comme produits de la fonction des microzymas*, in *Comptes rendus*, t. LXXVI, p. 836). (Commissaires : MM. Dumas, Pasteur, Debray.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. *Loir*, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, qui sollicite le titre de membre correspondant. — 2° Une lettre de M. le docteur *de Pietra-Santa*, accompagnant l'envoi d'une brochure en italien, intitulée : *Rapport présenté au sixième congrès des medecins communaux d'Italie (septembre 1879) sur les vaccinations dans la ville de Naples en 1878.*

M. *Larrey* présente, de la part de M. *Longmore*, chirurgien général de l'armée anglaise, un ouvrage intitulé : *Blessures par armes à feu.*

M. *Bussy* présente, au nom de M. *Limousin*, pharmacien à Paris, un volume intitulé : *Contribution à la pharmacie et à la thérapeutique.*

NÉCROLOGIE. — Dans une courte allocution, M. *le Président* annonce à l'Académie la mort de M. Devergie, l'un de ses anciens présidents. Il propose de lever la séance en signe de deuil.

Après la lecture du discours prononcé par M. *Lagneau* sur la tombe de l'illustre défunt, discours accueilli par de nombreux applaudissements, la séance est levée.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Après la lecture du procès-verbal de la précédente séance et le dépouillement de la correspondance, M. *le Président* annonce officiellement la mort de M. *Chassaignac*, ancien président de la Société de chirurgie, et la séance est levée en signe de deuil.

---

des plus beaux monuments de l'Europe. Qui ne connaît Sainte-Gudule, le grand musée de peinture, les galeries Saint-Hubert, la Bourse, l'Hôtel de Ville (une merveille)? Il faut pourtant s'arracher à toutes ces aimables choses. Nous voici revenus à la gare du Midi, et bientôt le train file à toute vapeur vers Paris. Quelques heures après, une immense lueur d'un rouge sombre, tranchant à l'horizon sur l'obscurité de la nuit, nous annonce l'approche de la grande ville. Un bon souvenir à la Hollande, à la Belgique, où la vie nous a été si facile, et salut à notre vieux Paris !

B.

FACULTÉS DE MÉDECINE DES DÉPARTEMENTS. — Par suite du voyage que M. le ministre de l'instruction publique vient d'accomplir, les difficultés locales depuis longtemps pendantes relativement à la création de nouveaux établissements d'instruction supérieure dans les grandes villes du Midi et à la réorganisation des Facultés qui existent déjà ont été aplanies ou sont tout près de l'être. A Bordeaux, les bases d'un contrat ont été arrêtées et signées entre l'État et les délégués du conseil municipal. A Toulouse, la municipalité, qui se montrait hésitante, s'est engagée à tenir les promesses qu'elle avait faites. Il en a été de même à Marseille, à Montpellier et à Lyon.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — Un concours s'ouvrira, le 4 avril 1880, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, pour un emploi de suppléant pour les chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

REVUE DES JOURNAUX

Des lésions histologiques du glomérule dans les néphrites, par M. Langhans.

Le glomérule est la partie du rein qui a été le moins étudiée par les anatomo-pathologistes. D'après l'auteur, tout reste à faire ou à peu près. Cependant la transformation fibreuse de ces petits organes dans l'atrophie rénale et leur dégénérescence amyloïde nous sont suffisamment connues.

Le glomérule se compose, comme on sait, d'un tube capillaire plusieurs fois enroulé sur lui-même et entouré d'une capsule fibreuse. On y distingue trois éléments susceptibles d'altération (en dehors de la capsule), l'épithélium glomérulaire, l'épithélium capsulaire et le capillaire lui-même. Il n'y existe pas de tissu connectif, ou du moins Langhans n'a jamais pu le voir. Les trois éléments dont il s'agit sont étudiés séparément dans le mémoire, au point de vue purement anatomique, puis au point de vue des lésions.

En somme, les trois sont susceptibles de prolifération (pour le capillaire il s'agit de noyaux). Lorsque l'épithélium glomérulaire est enflammé, on observe entre la capsule et le glomérule une quantité de cellules généralement polyédriques, comme il arrive « dans une foule de catarrhes des muqueuses avec desquamation des couches superficielles de l'épitélium ». Cette lésion est très-fréquente.

Lorsque c'est l'épithélium capsulaire qui prolifère, le résultat est à peu près le même ; mais il semble que le glomérule soit plus facilement compromis dans sa fonction. Je rencontre aussi fréquemment les deux lésions dont il s'agit, néphrite desquamative glomérulaire et prolifération de l'épithélium capsulaire; agissent-elles sur le fonctionnement du rein? c'est ce que nous ne saurions dire. Dans un cas de néphrite interstitielle classique, existait un symptôme curieux: l'urine était en même temps très-abondante et très-albumineuse. A l'autopsie, le rein ne se distinguait que par l'existence de la première altération. Dans un second cas, la néphrite capsulaire étant très-avancée, la quantité d'urine était réduite à son maximum, 2 à 300 grammes. Comme on le voit, il serait imprudent d'émettre des conclusions : ce sont là cependant des données cliniques utiles à retenir. Traube avait déjà insisté sur le rôle prépondérant du glomérule dans la pathologie rénale, mais ses idées étaient tombées dans l'oubli parce qu'elles ne s'appuyaient pas sur des faits anatomiques.

Quant au capillaire lui-même, ses altérations sont très-obscures et très-difficiles à découvrir. Elles consistent essentiellement dans la prolifération des noyaux de la paroi et la situation. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVI, p. 85.)

Des infusoires de l'expectoration, par M. Kannenberg.

A la clinique de Leyden, où l'on examine avec grand soin les crachats, on découvre périodiquement des faits des plus intéressants. Ainsi Kannenberg a rencontré dans cinq cas de gangrène pulmonaire (sur six) des infusoires de la famille des monades, *cerco monas* et *monas leus*. Ce sont des petits corps arrondis, de la forme et de la grosseur d'une cellule lymphoïde, dont ils ne se distinguent que par leurs rapides mouvements et par un petit appendice en forme de queue. Ils se trouvent en grande abondance dans les petits grumeaux blanchâtres, d'apparence répugnante, qui tombent au fond du crachoir; cependant on en rencontre aussi quelques-uns dans la partie liquide du crachat. Ils ne sont jamais plus faciles à découvrir que dans l'expectoration récente, car c'est le moment où leurs mouvements sont les plus vifs. Au bout de vingt-quatre heures, il est impossible de les retrouver : ils ne se distinguent plus, étant immobiles, des formes cellulaires environnantes. Ce fait indique suffisamment que ces petits organismes n'ont pas pénétré accidentellement dans le crachoir. L'examen des sécrétions buccales a fourni des résultats négatifs.

Il faut donc croire que ces monades provenaient bien du poumon, et plus spécialement des portions en décomposition gangréneuse. Peut-être même sont-elles la cause première de cette décomposition. Cette hypothèse a du moins le mérite d'être logique, et Kannenberg, qui l'avance un peu timidement, peut l'appuyer d'excellentes raisons, parmi lesquelles la petite découverte dont il vient d'enrichir la science. (*Virchow's Archiv*, t. LXXV, p. 471.)

La méthode de Copeman contre les vomissements incoercibles de la grossesse, par M. Rosenthal.

Cette méthode, toute nouvelle, consiste simplement à dilater avec l'indicateur le col de l'utérus. D'après son inventeur, le résultat immédiat et constant serait la cessation des vomissements, et Rosenthal, qui l'a employé dans deux cas, s'en montre très-satisfait. Sa découverte est due au hasard, et la première observation de Copeman est assez intéressante pour mériter d'être rappelée sommairement. En juin 1874, il fut appelé chez une femme de trente-cinq ans, enceinte de six mois environ, en danger de mort parce qu'elle vomissait tout et qu'aucun moyen n'avait pu calmer ces vomissements. Les médecins étaient tous d'avis de provoquer l'avortement. L'orifice utérin étant légèrement entr'ouvert, Copeman le dilata complètement au moyen du doigt, jusqu'à ce qu'il sentit les membranes ainsi que la tête de l'enfant. Il n'avait sous la main d'autre instrument qu'une sonde de femme pour percer les membranes, et s'en servit inutilement. Les membranes étaient lâches et la tête fœtale fuyait sous la pression. Il revint au bout d'une heure pour terminer l'opération; mais les vomissements avaient cessé, la femme avait mangé et gardé sa nourriture. La grossesse se termina sans accident. (*Berl. Klin. Woch.*, 1879, n° 26.)

De la scillaïne, par M. V. Jarmersted.

L'auteur propose ce nom pour un alcaloïde nouveau, extrait de la scille maritime, dont il représenterait en grande partie la substance active. C'est une matière blanche ou jaunâtre, sans odeur, amère, peu soluble dans l'eau, l'éther et le chloroforme, très-soluble dans l'alcool. Elle réduit la liqueur de Barreswill, et se transforme par la chaleur en une masse résineuse qui se décompose avec la plus grande facilité. Elle se dissout dans l'acide chlorhydrique concentré, auquel elle donne une belle coloration rose, disparaissant par la chaleur. Elle donne à l'acide sulfurique concentré une couleur brune fluorescente, passant au rouge par l'addition de bromure de potassium.

Ce nouveau produit, qui serait le seul méritant le nom d'alcaloïde de la scille, n'a pas été jusqu'ici employé en clinique. D'après les expériences faites sur divers animaux, on peut voir qu'il provoque de la diarrhée et des vomissements à forte dose, et qu'il exerce une action toute spéciale sur le cœur. Dans une première période, on observe une élévation de la pression sanguine avec diminution de la fréquence du pouls; dans une seconde période, au contraire, diminution de la pression et augmentation de la fréquence. Ses effets physiologiques étant absolument ceux de la digitaline, il faudrait en conclure que l'action diurétique de la scille ne peut se produire que dans les cas où la difficulté de la diurèse est en rapport avec des troubles de la circulation. Ce qui nous paraît bien en opposition avec l'expérience clinique, et nous rend probable la découverte d'autres alcaloïdes dans la scille. (*Archiv. für exp. Pathol. und Pharmak.*, t. XI, p. 22.)

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie des centres nerveux, par M. le professeur Huguenin (de Zurich); traduit par M. le docteur Th. Keller et annoté par M. le docteur Mathias Duval. — Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils.

De la localisation des maladies cérébrales, par M. David Ferrier; traduit de l'anglais par M. C. de Varigny; suivi d'un mémoire sur les localisations motrices dans les hémisphères du cerveau, par MM. Charcot et Pitres. — Paris, Germer Baillière.

Traité des maladies du système nerveux, par M. W. Hammond; traduction française par M. le docteur Labadie-Lagrave. — Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils.

Traité clinique des maladies de la moelle épinière, par M. E. Leyden; traduit par MM. les docteurs Richard et C. Viry. — Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils.

Il n'est peut-être point de question plus intéressante aux points de vue physiologique et pathologique que l'étude des maladies du système nerveux. Il n'en est pas certainement qui ait fourni, dans ces dernières années, plus de travaux recommandables. Anatomie topographique du cerveau, structure histologique de la moelle, origine réelle des nerfs crâniens, rapports de continuité entre les cellules de l'écorce et les faisceaux blancs qui y aboutissent, fonctionnement des régions corticales ou des centres encéphaliques, tous ces sujets d'étude sont chaque jour l'objet de nombreuses et patientes recherches.

Nous sommes encore bien près du temps où l'on se contentait de décrire la surface extérieure de l'encéphale comme on décrit celles du poumon, du foie ou des reins. Et cependant, pour comprendre aujourd'hui le nouveau langage anatomique ou pathologique, toutes les fois qu'il est question d'une maladie quelconque du système nerveux central, il importe de connaître une anatomie plus précise et qui se perfectionne chaque jour. Cette anatomie spéciale des centres nerveux, les recherches de Burdach, Stilling, Henle, Bischoff, Reichert, en Allemagne; celles de Foville, Baillarger, Gratiolet, Charcot, Vulpian, Luys, Broca, etc., etc., en France, l'ont peu à peu perfectionnée, et chaque jour les élèves de ces maîtres éminents apportent un nouveau contingent de faits intéressants à signaler. Le livre de Huguenin (de Zurich) résume toutes les découvertes dues aux savants dont nous venons de citer les noms. Il fait plus encore; il développe les recherches entreprises par Meynert sur la structure histologique des diverses régions de l'encéphale et, tout en les rendant plus complètes, il les précise et les rend plus faciles à comprendre. Il suffit d'un coup d'œil jeté sur ce volume pour en comprendre l'utilité et l'intérêt. Lorsqu'il s'agit de questions aussi obscures, il faut qu'à la patience et à l'érudition allemande s'ajoutent l'art et la précision qui caractérisent l'esprit français. Nous aimons qu'on nous présente en termes d'une clarté lumineuse les sujets les plus difficiles à exposer nettement. Et lorsque nous observons des faits que les doctrines anatomiques ou physiologiques actuelles ne nous permettent pas d'expliquer, ou bien lorsque les notions anatomiques ou physiologiques que nous avons reçues nous semblent en contradiction avec ces faits, nous sommes tentés d'imaginer des *schémas* qui nous rendent leur interprétation plus facile. Ces *schémas* on ne les trouve plus dans l'ouvrage de Huguenin, mais les nombreuses figures qui en éclairent ou en expliquent le texte, montrent bien les progrès qu'a faits depuis quelques années l'étude de l'anatomie et de l'histologie du système nerveux.

Les recherches si intéressantes que les découvertes de Hitzig et Ferrier et surtout les études cliniques de M. Charcot ont rendues célèbres, exigent une précision plus minutieuse encore. Pour arriver, au moment d'une autopsie, à déterminer la localisation exacte d'une lésion, il faut, en effet, que chacune des régions du cerveau ou de la moelle, si petite qu'elle soit, si peu importante qu'elle paraisse, ait son nom, qu'elle soit aisément retrouvable. « Qui oserait affirmer, dit M. Charcot, que telle ou telle région qui n'a pas d'application dans la nomenclature usitée chez nous, n'a pas une importance physiologique de premier ordre? D'ailleurs, comment désigner cette région sur le protocole d'autopsie, si elle n'est pas dénommée? Est-ce qu'une bonne carte stratégique est jamais trop complète? » Il est donc indispensable d'apporter une rigoureuse précision dans la nomenclature des diverses régions du cerveau. Aussi ne saurait-on trop louer le soin pris par les traducteurs du livre de Huguenin, d'ajouter à la fin de l'ouvrage une nomenclature des termes employés par les auteurs allemands pour désigner les diverses régions de l'encéphale. En procédant ainsi, ils ont certainement rendu un signalé service, non-seulement aux médecins peu familiarisés avec le langage anatomique qu'exigent les nouvelles études sur la topographie pathologique du système nerveux, mais surtout à ceux qui, tout en lisant couramment la langue allemande, ne peuvent traduire aisément des mots qu'une description spéciale peut seule expliquer. Nous devons signaler aussi dans cet ouvrage un grand nombre de notes dues à M. M. Duval, et qui expliquent, avec une précision vraiment remarquable, quelques-unes des questions qui paraissent les plus difficiles à comprendre quand on lit les ouvrages classiques. Nous citerons en particulier à ce point de vue l'exposition détaillée de l'anatomie des masses blanches et grises du bulbe et de la protubérance, description qui a pour but de montrer comment tous les noyaux des divers nerfs crâniens peuven se rattacher aux systèmes des cornes antérieures ou des cornes postérieures de la moelle. Ces notes et celles qui sont consacrées à l'étude des localisations corticales ajoutent beaucoup à l'intérêt d'un livre que recommandent déjà cependant de bien solides qualités.

Cette question des localisations cérébrales, bien que les expériences de Fritsch et Hitzig, de Ferrier, de Bartholon, etc., etc., aient fait beaucoup de bruit, n'est entrée dans une voie vraiment scientifique que le jour où l'on s'est efforcé non plus de rechercher, par l'excitation directe du cerveau des chiens ou des singes, quels pouvaient être les mouvements observés, mais bien d'observer attentivement les symptômes paralytiques reconnus pendant la maladie, et de décrire ensuite rigoureusement les lésions anatomiques qui les avaient déterminés. C'est ce qu'expriment, en excellents termes, MM. Charcot et Pitres, dans un travail qu'ils publient comme complément à l'ouvrage de M. Ferrier.

« Nous pensions et nous pensons encore aujourd'hui, disent-ils, que l'étude de la physiologie du cerveau de l'homme puise ses renseignements les plus certains dans l'observation des faits directement recueillis chez l'homme, que les résultats d'expériences pratiquées sur les animaux, quel que soit l'intérêt qu'ils présentent dans l'espèce, ne sauraient être appliqués sans contrôle à la pathologie humaine, et qu'en un mot, pour entreprendre une analyse rigoureuse des réactions morbides du cerveau de l'homme, il est indispensable de prendre pour principal fondement la comparaison des symptômes observés pendant la vie des malades avec les lésions révélées à l'autopsie. » Si l'on ne peut qu'approuver ces paroles, il faut reconnaître cependant que, dans un très-grand nombre de cas, l'appréciation des lésions observées dans les maladies nerveuses et l'étude des rapports que l'on croit pouvoir établir entre ces lésions et les symptômes observés pendant la vie est souvent d'une difficulté extrême. Aussi comprendra-t-on pourquoi tous les médecins ne se sont pas encore ralliés à la doctrine des localisations cérébrales, telle que, dans le livre qu'il dédie à M. Charcot, M. Ferrier vient

aujourd'hui l'exposer. Cet ouvrage, écrit avec le soin qu'apporte à ses travaux l'auteur du traité sur les *Fonctions du cerveau*, ne peut être analysé en quelques lignes. Il faudrait, pour pouvoir en rendre compte d'une manière vraiment utile pour le lecteur, entreprendre la discussion de la plupart des chapitres qu'il contient, c'est-à-dire exposer une fois encore les objections qui ont été faites à la doctrine des localisations cérébrales. Sans essayer ici cette appréciation de l'une des questions les plus complexes de la pathologie du système nerveux, nous tenons cependant à faire remarquer que les études cliniques de M. Charcot et de ses élèves ont une valeur infiniment plus considérable que les expériences physiologiques de M. Ferrier, dont plusieurs savants français et étrangers contestent aujourd'hui l'exactitude. En prouvant que, dans l'immense majorité des cas, à des lésions localisées dans la zone motrice corticale, correspondent des monoplégies ou des hémiplégies déterminées ; et réciproquement, en montrant que, le plus souvent, à des paralysies de la face ou des membres correspondent des lésions plus ou moins étendues de la zone motrice, on donne une grande vraisemblance à la doctrine des localisations cérébrales. Dans le mémoire qu'ils ont publié à la suite de l'ouvrage de Ferrier, MM. Charcot et Pitres insistent encore pour bien prouver que les lésions corticales que l'on peut observer en dehors de la zone motrice ne donnent lieu à aucun phénomène paralytique. La démonstration semble dès lors complète.

Elle serait irréfutable si des faits négatifs ne pouvaient lui être opposés, et si ces faits négatifs n'avaient, dans certains cas, une valeur considérable. Alors, en effet, que l'on peut montrer des cas dans lesquels, aux lésions les plus diverses paraissent correspondre les mêmes symptômes paralytiques, lorsque, d'autre part, l'expérimentation et l'observation clinique sont d'accord pour faire voir qu'une lésion siégeant au niveau de la zone corticale peut, dans certains cas, ne pas provoquer la paralysie qu'elle devrait commander si la règle établie était rigoureuse, la doctrine des localisations reçoit de ces faits négatifs une bien sensible atteinte. On ne pourrait expliquer ces dissidences que par des anomalies de structure analogues à celles que l'on observe dans l'étude des divers autres systèmes de l'organisme. Dans l'appareil musculaire, et surtout dans le système vasculaire, les anomalies sont fréquentes et se reproduisent chez un assez grand nombre d'individus avec une certaine uniformité. Telle est, par exemple, la disposition de l'artère radiale quand elle contourne le poignet, celle de l'artère humérale quand elle se divise au-dessus du pli du bras. Bien des anomalies du même ordre pourraient être citées. Or, si l'on venait à démontrer que les faisceaux blancs intracéphaliques ou médullaires ne présentent pas toujours la même disposition, et que leur distribution anomale présente, chez certains sujets, une certaine uniformité, on comprendrait aisément qu'à des excitations corticales ou à des lésions encéphaliques de même ordre puissent exceptionnellement, chez certains individus, correspondre des symptômes anormaux offrant entre eux cependant une certaine analogie. Mais une hypothèse de cette espèce ne saurait avoir aucune valeur aussi longtemps qu'elle ne s'appuie pas sur des notions anatomiques précises. Et, d'un autre côté, la doctrine de la suppléance des centres nerveux est la négation même de la doctrine des localisations cérébrales. Il faudrait donc : ou bien, ce qui nous paraît antiscientifique, rejeter comme incomplètes ou inexactes toutes les observations qui contredisent les faits sur lesquels est fondée la doctrine des localisations cérébrales, ou bien reconnaître que le dernier mot n'a pas été dit sur cette question. Ce qui doit être admis sans conteste, c'est l'immense progrès accompli par M. Charcot et ses élèves, progrès qui consiste à affirmer l'existence d'une zone motrice corticale. Aussi ne saurions-nous soutenir, comme l'écrivait naguère (*Gaz. hebom.*, 1878, p. 321), dans une revue critique très-travaillée et très-consciencieuse cependant, un de nos distingués collaborateurs, le docteur Couty, « que les conclusions indiquées par Serres, Magendie, Bouillaud, Lallemand, etc., aujourd'hui encore, pourraient être acceptées comme suffisantes ». Mais nous ne croyons par non plus qu'il faille considérer comme parfaitement délimités et localisés tous les centres moteurs que l'on a décrits. Nous reconnaissons d'ailleurs volontiers que, dans une question aussi complexe, les observations cliniques bien prises peuvent seules être considérées comme valables, et c'est pourquoi, tout en faisant des réserves au sujet des expériences physiologiques de Ferrier et de ses généralisations pathologiques peut-être un peu hâtives, nous sommes empressé à reconnaître l'intérêt et le mérite de son livre.

L. Lereboullet.

(*A suivre.*)

Index bibliographique.

Complications cardiaques de la blennorrhagie, par M. E. Morel. Thèse inaugurale. — Paris, 1878.

Les auteurs sont encore loin d'être d'accord sur la nature du rhumatisme blennorrhagique; que sera-ce si nous parlons des complications cardiaques produites par cette affection? Déjà on a parlé de conjonctivites *rhumatismales blennorrhagiques* (*Annales de dermatologie*, 1869, n°s 1 et suiv., A. Fournier); mais les maladies du cœur dues à la même origine sont d'une rareté extrême, puisque M. Morel, qui a réuni *tous* les cas publiés, n'en a trouvé que 13. Faisons d'abord une première objection : est-ce bien la blennorrhagie qui est la cause de la complication cardiaque? 5 des malades n'avaient jamais eu de rhumatismes, 3 avaient eu antérieurement des accidents rhumatismaux; chez les 5 derniers on ne connaît pas les antécédents. C'est donc en somme seulement 5 cas bien nets que nous possédons. En général, on a affaire à des endocardites (11 cas sur 13 et 2 péricardites). Toutes les valvules du cœur gauche peuvent être touchées; cependant c'est le plus souvent les valvules aortiques qui sont atteintes. En général, les symptômes sont légers; cependant, dans deux cas (Desnos, Lorain) la marche de l'affection fut assez rapide pour amener la mort en quelques mois. Dans deux autres cas les affections furent graves. En général, les complications cardiaques se développent dans le cours d'un rhumatisme blennorrhagique; cependant, dans deux cas (Lacassagne) elles furent les seules manifestations rhumatismales de la blennorrhagie. Le seul enseignement qu'on puisse jusqu'ici tirer de ces cas, c'est que, en présence d'une affection cardiaque à laquelle on ne trouve pas une origine vulgaire, il est permis de penser à une blennorrhagie antérieure.

VARIÉTÉS

Nécrologie.

ALPHONSE DEVERGIE.

Au début de la dernière séance de l'Académie, M. le Président a annoncé le nouveau deuil qui frappait la Compagnie. L'un de ses membres les plus justement honorés, M. le docteur Devergie venait de mourir. La séance a été immédiatement levée en signe de deuil.

Né en 1798, Devergie fut reçu docteur en 1823, après avoir suivi pendant plusieurs années les leçons de Dupuytren. Il se destinait d'abord à la chirurgie, mais il abandonna définitivement cette branche de l'art deux années plus tard, pour prendre part à un brillant concours qui lui conféra en 1825 le titre d'agrégé pour les sciences physiques et chimiques. En 1828 il fut nommé médecin du bureau central des hôpitaux. On sait que c'est surtout son passage à l'hôpital Saint-Louis qui a été fructueux pour la science. En 1857, M. Devergie fut élu membre de l'Académie de médecine, où son fauteuil lui

était disputé par Tardieu, qui n'y entra que quelques années plus tard. Il eut l'honneur de présider cette compagnie en 1874. Pendant de longues années M. Devergie fut médecin expert près les tribunaux, et membre du Conseil d'hygiène et de salubrité; il a beaucoup contribué à l'organisation actuelle de la Morgue, dont il a conservé la direction jusqu'en 1876, époque à laquelle M. Brouardel fut chargé d'y faire des conférences médico-légales que M. Devergie avait inaugurées lui-même en 1840. En 1868, il avait puissamment contribué à fonder la Société de médecine légale dont il a été deux fois président.

Les travaux de Devergie sont nombreux, et il est impossible d'en donner ici même un simple aperçu. La partie la plus importante de son œuvre est certainement celle qui se rapporte à la médecine légale. Son *Traité de médecine légale théorique et pratique* a eu trois éditions, et est encore aujourd'hui classique. Parmi ses nombreux mémoires publiés dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, recueil qu'il avait fondé en 1829, il faut citer ceux qui sont relatifs à la docimasie, à la putréfaction dans l'eau, à la suspension, à la mort subite et à la responsabilité médicale. Comme expert il jouissait d'une grande autorité, et il eut souvent à soutenir des luttes brillantes, d'abord avec Orfila, puis avec Tardieu.

Devergie s'était acquis une grande réputation comme dermatologiste, et son *Traité des maladies de la peau* publié en 1854 est considéré comme un excellent ouvrage clinique.

Esprit calme, positif, exposant ses opinions d'une manière claire et lucide, plein de courtoisie dans la discussion, M. Devergie s'était acquis, comme savant et comme orateur, une autorité incontestable.

A. LUTAUD.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE. — En exécution du décret du 7 octobre, portant réorganisation du Comité consultatif d'hygiène publique, et par arrêté du ministre de l'agriculture et du commerce, en date du même jour, ce Comité a été constitué de la manière suivante :

Président : M. Wurtz, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

Membres de droit : MM. le directeur des consulats et affaires commerciales au ministère des affaires étrangères; le président du Conseil de santé militaire; l'inspecteur général, président du Conseil supérieur de santé de la marine; le conseiller d'Etat, directeur général des douanes; le directeur général de l'administration de l'Assistance publique; le directeur du commerce intérieur au ministère de l'agriculture et du commerce; l'inspecteur général des services sanitaires; l'inspecteur général des Écoles vétérinaires; l'architecte, inspecteur des services extérieurs du ministère de l'agriculture et du commerce.

Membres nommés : MM. Brouardel, médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Gavarret, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Peter, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Gallard, médecin des hôpitaux de Paris; Proust, médecin des hôpitaux de Paris; Liouville, membre de la Chambre des députés, médecin des hôpitaux; Dubrisay, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux; Tirman, conseiller d'Etat; Germer Baillière, membre du Conseil municipal de Paris; Chatin, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Secrétaire : M. le docteur Vallin, professeur à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce. M. Amédée Latour, ancien secrétaire, a été nommé *secrétaire honoraire.*

Tout en remarquant avec plaisir dans la liste du Comité plusieurs noms nouveaux, il nous est impossible de ne pas faire remarquer avec quelque surprise l'absence du nom de M. Bergeron (de l'Académie de médecine), l'un des membres les plus compétents et les plus actifs de l'ancien Conseil.

CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — Sont nommés juges du concours pour l'internat en médecine (commencé le 8 octobre) : MM. Gouguenheim, Gouraud, Henri Huchard, Landrieux, médecins des hôpitaux; Marchand, Peyrot, Polaillon, chirurgiens des hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ÉCOLE PRATIQUE. — La vieille Ecole pratique a vécu. Des bâtiments provisoires s'élèvent avec rapidité dans les cours de l'ancien collège Rollin. Les tables de dissection vont être transportées ces jours-ci dans les nouvelles salles. Le chef des travaux anatomiques se trouve donc dans l'impossibilité matérielle de faire reprendre les travaux pratiques à l'époque ordinaire. Mais il disposera probablement du nombre de places nécessaires dès la première quinzaine de novembre. Viennent des cadavres en nombre suffisant, et l'Ecole pratique n'aura momentanément plus rien à désirer.

On se le rappelle, le nouveau personnel enseignant officiel (huit prosecteurs et vingt-quatre aides), mieux rémunéré par l'Etat à partir de cette année, cessera d'avoir des élèves payants et consacrera tout son temps aux élèves de la Faculté. Nul ne sera plus abandonné à lui-même. Chacun recevra gratuitement de véritables leçons particulières d'ostéologie, de dissection, d'anatomie et de médecine opératoire.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 25 septembre au 2 août 1879, on a constaté 945 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 28. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 0. Variole, 20. — Croup, 22. — Angine couenneuse, 21. — Bronchite, 24. — Pneumonie, 44. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 59. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 10. — Erysipèle, 2. — Autres affections aiguës, 220. — Affections chroniques, 414 (dont 149 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 46. — Causes accidentelles, 28.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales, par les docteurs A. Laveran et J. Teissier. 2 vol. in-8 de chacun 650 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 15 fr.

En vente : Tome I : *Maladies générales, Maladies du système nerveux.* Tome II, 1re partie : *Maladies des appareils circulatoire et respiratoire.* — Sous presse : La seconde partie du tome II, comprenant la fin des Maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, du foie, des reins, du péritoine et de ses annexes, sera livrée gratis aux souscripteurs. (Le prix sera augmenté aussitôt l'achèvement de l'ouvrage.)

Traité clinique des maladies de la moelle épinière, par le professeur E. Leyden (de Berlin), traduit, avec le concours de l'auteur, par les docteurs E. Richard et Ch. Viry. 1 vol. grand in-8 de 850 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 16 octobre 1879.

Académie de médecine : ABLATION DE L'UTÉRUS ; CONTINUATION DE LA FONCTION MENSTRUELLE : M. TILLAUX. — DE L'EMPLOI DU « GURGUN BALSAM » DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE ET DE LA VAGINITE.

Ablation de l'utérus ; continuation de la fonction menstruelle.

En 1872, Demarquay communiquait à l'Académie de médecine un rapport dans lequel il condamnait l'extirpation de l'utérus considérée comme traitement des tumeurs fibreuses, et cette conclusion était approuvée par tous les membres de la commission académique, à l'exception de M. Richet qui faisait quelques réserves. C'est pour combattre cette prescription et pour montrer que le traitement des fibromes par l'ablation de l'organe doit entrer aujourd'hui dans la thérapeutique chirurgicale des affections utérines, que M. Tillaux a communiqué à l'Académie l'observation d'une des plus belles opérations d'hystérotomie qui aient été pratiquées jusqu'à ce jour.

Pour être juste, il faut dire que, bien avant l'injuste condamnation de Demarquay et la belle réhabilitation de M. Tillaux, l'hystérotomie avait été appliquée avec succès au traitement des fibromes utérins non-seulement à l'étranger, mais dans notre pays. En 1873, M. Péan avait déjà pratiqué neuf fois la gastrotomie pour des tumeurs fibreuses ou fibrokystiques, et il avait obtenu sept guérisons. Ce chirurgien s'exprimait ainsi après avoir publié ses observations : « L'amputation de la portion supra-vaginale de l'utérus n'est pas une opération plus dangereuse que l'ovariotomie compliquée d'adhérences. » Dans tous les ouvrages classiques publiés à l'étranger pendant ces dix dernières années, la gastrotomie figure comme une des dernières ressources offertes aux chirurgiens dans les cas nombreux où les fibromes menacent la vie des malades. Le *Traité des maladies des femmes* de Gaillard Thomas, récemment traduit par nous, contient à cet égard les indications les plus précises. Dans son mémoire publié en 1873, M. Péan a fait connaître les résultats obtenus à la suite de 44 extirpations de l'utérus pratiquées par divers auteurs : sur ce nombre il y a eu 13 guérisons et 31 décès, ce qui donne une moyenne de 31,82 guérisons sur 100 opérations. A cette statistique qui remonte déjà à six années, il faut ajouter les nombreuses observations publiées depuis 1873, notamment celles de MM. Tillaux et Duplay.

La communication si intéressante faite par M. Tillaux à l'Académie avait donc pour but non-seulement de préciser les indications et le manuel opératoire de l'hystérotomie, mais encore de donner une consécration officielle à une opération qui, comme l'ovariotamie, avait été pendant longtemps en France l'objet d'une injuste réprobation.

On trouvera (page 668) dans notre compte rendu, et dans les *Bulletins de l'Académie*, l'observation de M. Tillaux, qui a été suivie d'un succès rapide et complet. Nous voulons néanmoins appeler l'attention sur une particularité très intéressante que présente l'opérée et qui a trait à une question de physiologie.

La malade de M. Tillaux a été opérée le 5 avril. Après avoir ouvert la paroi abdominale par une longue incision contournant l'ombilic et détruit quelques adhérences, le chirurgien a rencontré les deux trompes qu'il a sectionnées après les avoir liées avec du catgut. Les deux ovaires, qui ne se trouvaient pas sur son passage, ont été respectés. Quant à l'utérus, il a été l'objet d'une extirpation presque totale, ainsi que le prouve la pièce placée sous les yeux de l'Académie. La malade, aujourd'hui guérie, se trouve donc posséder ses deux ovaires et une petite portion de col utérin. Quant aux trompes, elles ont été sectionnées pendant l'opération et n'établissent

FEUILLETON

L'assistance médicale chez les Romains et l'archiâtrie romaine, par le docteur BRIAU. Deux brochures in-8°. — Paris, G. Masson.

(Suite. — Voyez le n° 40.)

II. — ARCHIATRIE.

Nous passons au mémoire concernant l'archiâtrie romaine, et qui traite : 1° de l'archiâtrie en général ; 2° des archiâtres palatins ; 3° des archiâtres municipaux ; 4° des archiâtres populaires de Rome et de Constantinople ; 5° des archiâtres scolaires ; 6° des archiâtres du xyste et des vestales.

On a beaucoup discuté sur le sens du mot *archiâtre :* les uns voulant que ce mot s'entendît du médecin hiérarchiquement placé au-dessus de ses confrères ; d'autres, du médecin du prince (τοῦ ἄρχοντος ἰατρος) ; d'autres encore, du médecin encyclopédique, par opposition au médecin spécialiste. Suivant Haller, le nom d'archiâtre aurait désigné le premier des médecins jusqu'à Constantin, et, depuis lors, le médecin du prince. Il y a même un président au parlement de Provence qui a fait de l'archiâtre un chef des portiers (*princeps atrii*). Voilà beaucoup discuter sur un point assez clair. L'archiâtre, c'est le médecin *en chef* quand il est seul de son rang ; c'est un médecin *principal* quand il appartient à un corps formé de plusieurs médecins placés au-dessus des autres. On verra plus loin que Néron avait un archiâtre ; que plus tard les empereurs en eurent plusieurs ; que, plus tard encore, les médecins du palais eurent à leur tête un président, archiâtre des archiâtres. De même on verra que les villes eurent des médecins, également nommés archiâtres, en nombre variable, et qu'ils furent hiérarchisés.

L'ordre suivi dans son étude par M. Briau est parfaitement naturel. Néanmoins, la question de l'archiâtrie municipale se

plus aucune communication entre les ovaires et l'utérus. On pouvait donc supposer que, chez cette malade, la fonction menstruelle serait à jamais abolie, puisqu'elle ne possède plus ni trompes, ni utérus. Or il n'en est rien; trois mois après l'opération, les règles sont apparues et se sont montrées régulièrement et avec une abondance suffisante pendant les quatre époques menstruelles qui ont suivi leur première apparition. Ce fait nous paraît digne d'attirer l'attention, car il démontre que, sous l'influence d'une simple excitation ovarienne et sans l'intermédiaire des canaux tubaires, les règles peuvent avoir lieu. On peut, il est vrai, se demander quelle est la muqueuse qui fournit le sang chez la malade de M. Tillaux, puisqu'elle n'a plus d'utérus. Mais il est probable que la petite portion du col qui a subsisté est le siège d'une hyperhémie suffisante pour fournir le sang menstruel. C'est là, du reste, un point qui nous paraît encore obscur, mais qui pourrait être éclairci par une étude attentive des phénomènes physiologiques que présente cette opérée.

Que deviennent chez cette femme les vésicules de Graaf après leur rupture? C'est là un point auquel il nous paraît difficile de répondre; il est extrêmement probable que les vésicules restent stationnaires ou sont résorbées par le tissu ambiant.

Dans tous les cas, ce fait vient à l'appui de la théorie qui considère l'écoulement sanguin menstruel comme un phénomène ultime, accidentel en réalité, indiquant la dernière période de la maturité de l'œuf avec laquelle il n'a que des rapports indirects. Les nombreux faits rapportés pendant ces dernières années permettent même de supposer que dans l'espèce humaine, qui jouit d'une aptitude permanente au rapprochement des sexes, les phénomènes de la maturation et de la chute de l'œuf, ne sont pas invariablement fixés par la période menstruelle.

A. Lutaud.

Emploi du « Gurgun balsam » dans la blennorrhagie et la vaginite.

Il n'est pas de médecin qui n'ait eu l'occasion de constater combien est rebelle la vaginite blennorrhagique, et de rencontrer des cas de contagion produite par quelques granulations du col utérin ou des culs-de-sac vaginaux. Tous les moyens thérapeutiques capables de faire disparaître ces phlegmasies persistantes méritent donc la plus légitime attention. C'est à ce point spécial que nous voulons aujourd'hui dire un mot du *Gurgun balsam*, en nous basant sur des expériences suivies depuis plus de deux ans à l'hôpital Saint-Louis.

Le *baume de Gurgun* (*Gurgun balsam, Wood oil*) est connu depuis longues années dans l'Inde, où il est employé contre la blennorrhagie par les indigènes du Bengale. Plusieurs médecins de l'armée anglaise l'ont administré dans la lèpre, et parmi eux nous citerons : MM. Joseph Dougal (*Rapport*, octobre 1873), William O'Shaughnessy (*Bengal dispensatory*, 1842), E.-J. Waring (*Elements of therapeutic*, London, 1854, p. 201), Montgommery (1862), Henderson (*Medic. Times and Gaz.*, 1865, t. I, p. 571). D'autres l'ont employé avec succès pour combattre la blennorrhagie et la blennorrhée, entre autres Henderson (*loc. cit.*), Strauss (*Ueber einige Bestandtheile der copaïba balsams*, thèse de Tubingen, 1865), Erasmus Wilson (*Lectures on Dermatology*, 1874-75, p. 26), Vidal (*Journal de thérapeutique*, 1877), Luc Deval (thèse inaug., Paris, 1877; *Gazette hebdomadaire*, 1878, p. 61), Mallez, Mauriac, Gubler, Quinquaud, etc.

Cette substance est produite par divers arbres de la famille des Diptérocarpées, dont la description a été donnée par Cauvet (*Histoire natur. méd.*, t. II, p. 263); et qui croissent dans l'archipel Indien, dans la Malaisie et sur la côte du Bengale. Le baume, importé en Angleterre en 1855, a été étudié surtout par Roxburgh (*Corom. Plants*, 213), Charles Lowe (1854), Hanbury (1856), Rean-Kanny-Loll-Dey, Coulson, Ranal, Bouchardat (1873), Gubler (*Commentaires de thérapeutique du Codex*), Planchon, Guibourt, Verner, etc.

C'est un liquide de consistance sirupeuse, trouble et de couleur foncée; filtré, il devient rouge brun et transparent; il est amer, moins âcre que le baume de copahu; son odeur rappelle celle de ce dernier, mais elle est moins forte. Chauffé en vase clos à 130 degrés, il prend une consistance gélatineuse et se solidifie par le refroidissement; puis il redevient liquide sous l'influence d'une douce chaleur.

Si nous ajoutons aux détails précédents que le *Gurgun balsam* coûte moins cher que le baume de copahu, qu'il est plus facilement toléré que celui-ci et qu'il ne paraît produire aucune éruption, on comprendra qu'un véritable intérêt s'attache à son étude.

Nous nous proposons surtout, avons-nous dit, de voir quels résultats cette substance donne dans le traitement de la vaginite; mais voyons d'abord quels avantages on en a tiré dans la blennorrhagie, chez l'homme comme chez la femme,

---

liant étroitement à celle de l'assistance médicale des indigents, examinée plus haut, nous commençons par elle. C'était d'ailleurs par des considérations sur les médecins des villes que se terminait presque la brochure précédente. Amené par sa bonne foi à reconnaître que l'épigraphie même constate des exemples assez authentiques de charité, tels que des legs destinés au soulagement des pauvres malades, M. Briau rencontrait ces médecins municipaux et les mentionnait en quelques lignes. « Il me paraît tout à fait *probable*, ajoutait-il, que parmi ces services (rendus aux municipes), les soins donnés aux indigents devaient être pour quelque chose (p. 96). » On voit avec plaisir que cette restriction disparaît absolument dans le mémoire sur l'archiâtrie. C'est qu'en effet la mission confiée aux médecins des villes de donner leurs soins aux pauvres date d'une époque bien antérieure au christianisme. Très-vraisemblablement, le plus ancien témoignage qu'on en puisse citer est celui qu'a fait connaître M. Michel Bréal, dans le *Journal des savants* (cahiers d'août et septembre 1877). M. Briau paraît l'avoir ignoré. Une tablette trouvée sur l'emplacement de l'ancienne ville d'Idalion, en Chypre, représente un contrat en caractères chypriotes passé entre la ville d'Idalion et une famille de médecins. Onasilos, fils d'Onasikypros, et ses frères sont invités par le roi Stasikypros et la ville à venir soigner gratuitement ceux qui ont souffert dans la guerre contre les Mèdes (Perses). Le roi et la ville s'engagent à donner aux médecins, soit la somme d'un talent (le talent valait en Grèce 60 mines et la mine 100 drachmes), garantie sur la maison du roi et le trésor de la ville, soit des biens pris sur la terre du roi et qui leur appartiendront en toute propriété et sans redevance. La tablette contient un second contrat, dont les conditions sont les mêmes que dans le précédent, et qui concerne Onasilos seul. Chose assez curieuse, l'acte, comme nous dirions, a été déposé par le roi et la ville auprès de la déesse Athéné (Minerve), d'Idalion, avec serment d'en garder les clauses à perpétuité. Enfin, par une addition probablement postérieure,

et sous quelle forme elle est le mieux tolérée. MM. Vidal, Mauriac, Mallez, Deval, Quinquaud (communication orale), ont obtenu des résultats au moins aussi heureux qu'avec le baume de copahu; M. Mauriac, qui a suivi les tranformations histologiques du pus, a constaté la disparition progressive des leucocytes, qui devenaient de plus en plus granuleux, tandis que les éléments épithéliaux augmentaient de nombre par suite de la desquamation rapide de la muqueuse. Le *Gurgun balsam* a été employé sous forme de capsules, d'opiat; mais surtout en émulsion avec la gomme. M. Vidal dépasse rarement 4 grammes par jour, en deux fois, au commencement des repas; dans ces conditions, pas de troubles gastriques. M. Mauriac, qui a porté la dose à 16 grammes, a observé des vomissements et de la diarrhée, et, nous devons le dire, des résultats moins bons; cette observation paraît d'accord avec la pratique des médecins anglais, qui prétendent avoir réussi avec 15 à 20 gouttes par jour. Du reste, le *Gurgun balsam* ne paraît pas présenter d'indications spéciales quant à la période de la blennorrhagie à laquelle il faut l'employer; c'est après la disparition des premiers accidents inflammatoires, quand la miction se fait à peu près sans douleur, qu'il doit être administré. Cependant, M. Vidal a, dans quatre cas, commencé le traitement dans la période d'acuité, et il a obtenu un résultat heureux après quinze à vingt jours. Dans les écoulements chroniques qui ont résisté au copahu et au cubèbe, l'emploi du *Gurgun balsam* a donné des guérisons qui doivent engager à de nouvelles tentatives.

Chez la femme, la blennorrhagie uréthrale sera facilement vaincue par le baume de Gurgun, mais qu'adviendra-t-il alors de l'inflammation spécifique de la muqueuse vaginale? Celle-ci deviendra par place le siège de granulations qui passeront d'autant plus facilement inaperçues, que l'écoulement provoqué par elles sera pris de très bonne foi par la malade pour de simples flueurs blanches. Il y a là, nous le répétons, une source journalière de contagion. Il importe en conséquence de faire disparaître au plus vite cette inflammation : pour arriver à ce but, on a mis en usage les traitements les plus variés, et l'on n'a pas craint de cautériser largement toute la muqueuse vaginale et cervicale avec un crayon de nitrate d'argent, moyen fort douloureux et non toujours radical.

M. Vidal, et après lui plusieurs de ses collègues, ont pensé à appliquer le baume de Gurgun au traitement topique de la vaginite blennorrhagique : c'est là surtout la partie intéressante des recherches poursuivies depuis deux ans.

Pour obtenir autant que possible un contact sérieux avec toutes les parties lésées, M. Vidal a eu recours à des précautions minutieuses que nous ne saurions trop recommander à ceux qui voudraient employer ce moyen. On commence par laver toute la cavité vaginale par des injections répétées d'eau tiède, puis on introduit le spéculum, qu'on ouvre de manière à déplisser complètement la muqueuse vaginale dans sa partie inférieure; on introduit alors un assez fort tampon d'ouate fortement imbibé d'un liniment composé de parties égales de baume de Gurgun et d'eau de chaux. Ce tampon est maintenu en place au moyen d'un second tampon d'ouate sèche. Le pansement est renouvelé une fois tous les jours. Le premier jour les malades éprouvent une légère cuisson qui diminue rapidement les jours suivants.

« Dès le premier pansement, dit M. Vidal, le pus est modifié, et la guérison a lieu le troisième ou quatrième jour. » D'autre part, M. Quinquaud, qui a soigné plusieurs malades par le même procédé, dit que la vaginite a été *modifiée* (*sic*) plus rapidement qu'avec les médications ordinaires. M. Deval affirme également, et cite plusieurs observations à l'appui, que c'est le meilleur mode de traitement de la vaginite. En admettant même que M. Vidal soit tombé sur une série heureuse, il paraît bien établi que, comme topique, le baume de Gurgun est un agent précieux et qu'on doit poursuivre les expériences commencées. C'est en effet seulement en se basant sur des cas très nombreux qu'on pourra asseoir des indications précises et reconnaître les cas qui doivent être traité par le *Gurgun balsam*.

Que les médecins anglais continuent donc dans l'Inde leurs recherches sur le traitement de la lèpre, et que nos confrères fassent des essais dans la blennorrhagie et la vaginite. Déjà les doses employées par M. Mauriac ayant produit des accidents, on voit qu'il faut agir à doses modérées, et deux cas de blennorhagies traités sans succès par M. Quinquaud démontrent qu'une expérimentation plus étendue ne serait pas inutile.

H. Chouppe.

---

il est dit que les fils et petit-fils d'Onasikypros conserveront les propriétés ci-dessus aussi longtemps qu'ils resteront à Idalion. Il paraît que nos antiques confrères avaient préféré les immeubles à l'argent. Voilà bien une médecine gratuite instituée non, il est vrai, par les médecins eux-mêmes, — ce qui n'est pas la question, — mais par les autorités, — ce qui a une signification beaucoup plus importante. Inutile de faire remarquer que ce contrat, quoique intervenu dans des circonstances exceptionnelles, visait les indigents : la gratuité même des secours en est la preuve. Il ne faut pourtant rien exagérer, et ici c'est nous qui voulons modérer l'esprit de justice de M. Briau. L'intérêt des pauvres n'était probablement pas le seul qui portât les villes à se pourvoir de médecins et à les payer sur le trésor public, comme cela eut lieu en Egypte (Diodore de Sicile), aussi bien qu'en Grèce ou en Italie. Quand on voit des médecins célèbres mis, pour ainsi dire, aux enchères, comme ce Democède de Crotone (M. Briau le cite), qui, après s'être établi à Egine, où il recevait un talent, passa d'abord à Athènes avec des honoraires de cent mines, puis se rendit auprès de Polycrate, tyran de Samos, pour deux talents (Hérodote), on ne peut se défendre de conjecturer que les villes ou les souverains songeaient à être utiles à l'universalité des habitants (peut-être à eux-mêmes, quand il s'agissait des souverains), en opposant à la tourbe des ignorants et des empiriques des médecins ayant fait leurs preuves de capacité.

Quoi qu'il en soit, ces médecins des villes avaient pour devoir exprès, moyennant un salaire annuel et certaines immunités, de donner leurs soins aux indigents et en outre d'enseigner leur art; cette dernière obligation existait déjà certainement pour les médecins de Marseille, dont parle Strabon; elle se lie d'ailleurs à ce fait que l'institution, venue de la Grèce, où la médecine était relativement avancée, honorée et interdite aux esclaves, avait, en se répandant au loin, passé d'abord par les cités d'origine hellénique. Après l'émancipation des médecins, des grammairiens et des rhé-

TRAVAUX ORIGINAUX

Hygiène oculaire.

L'hygiène de la vue dans les écoles rurales, par le docteur Javal, directeur du laboratoire d'ophthalmologie de la Sorbonne. — Travail lu à la Société de biologie, dans la séance du 25 juillet 1879.

On peut évaluer à environ 500 millions les sommes que l'Etat, les départements et les communes vont dépenser en quelques années pour construire des écoles. En présence des inconvénients irréparables qui résulteraient de l'édification de salles de classe mal éclairées, je vous demande la permission de vous exposer les principes qu'il faudrait imposer en pareille matière aux communes.

Je me propose de vous présenter d'abord quelques notions générales sur la production de la myopie; ces considérations me permettront de tirer des conclusions relatives à l'éclairage des salles de classe. Je réserverai pour une communication ultérieure l'étude des règles qu'il conviendrait d'imposer aux éditeurs de livres classiques, dans l'intérêt de l'hygiène oculaire de l'enfance.

I. — Des statistiques spéciales faites depuis une douzaine d'années dans un grand nombre de pays, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° La myopie, très-rare dans la première enfance, se produit pendant la fréquentation scolaire.

2° Le nombre des myopes, toutes choses égales d'ailleurs, est plus grand en Allemagne que dans les autres pays.

3° Dans les écoles rurales, la myopie est moins fréquente que dans les écoles urbaines.

4° Dans une même ville, le nombre des myopes est le plus considérable dans les écoles les plus mal partagées sous le rapport de l'éclairage.

Tous ces faits sont admis sans contestation. Il me paraît cependant nécessaire de formuler ici quelques réserves sur certaines conséquences que l'on a voulu déduire des statistiques.

De ce que la myopie est plus fréquente en Allemagne que partout ailleurs et, de ce qu'elle se présente plus souvent chez les enfants des villes que parmi les enfants des campagnes, certains auteurs, égarés par un chauvinisme qui ne saurait faire impression sur nous, ont soutenu que la myopie est très-souvent héréditaire, et que le degré de civilisation d'un peuple peut presque se mesurer au nombre des myopes qu'il renferme.

Les recherches statistiques que j'ai faites à Paris, tout à fait concordantes avec celles de nos confrères R. H. Derby et Edward G. Loring à New-York, conduisent à reléguer tout à fait au second plan l'influence de l'hérédité sur la production de la myopie, influence incontestable, mais assez faible pour que des soins convenables puissent presque toujours suffire à empêcher la myopie de se manifester chez les enfants dont les parents sont atteints de cette affection au degré le plus élevé; tandis que l'on voit, au contraire, la myopie se produire avec une désastreuse facilité chez les enfants issus de parents indemnes, toutes les fois que les jeunes générations sont soumises aux influences qui favorisent la naissance de cette amétropie.

Le principal argument que l'on donne en faveur de l'hérédité de la myopie consiste à faire remarquer sa fréquence chez les Allemands, fréquence réelle et même assez caractérisée pour que, dans les écoles de New-York, on trouve plus de myopes, dans une même classe, parmi les Allemands que parmi leurs petits voisins, Américains et surtout Irlandais.

Je répondrai que la légère influence de l'hérédité se trouve renforcée par l'habitude qu'ont les Allemands de faire beaucoup lire leurs enfants en dehors des heures d'école, et que des heures passées, à la lueur d'une mauvaise lampe, à déchiffrer des caractères gothiques usés, imprimés sur un papier gris, à moitié transparent, suffisent largement pour rendre compte de la fréquence relative de la myopie chez les Allemands, alors même qu'en apparence, comme à New-York, les conditions de milieu sont les mêmes que pour le reste de la population.

Cette influence pernicieuse de la lecture du soir sur la vue des jeunes enfants s'est d'ailleurs visiblement manifestée en Alsace, où, depuis l'annexion, le nombre des myopes paraît avoir notablement augmenté, sans que je puisse trouver d'autres différences de régime que l'introduction des livres allemands dans les classes et l'obligation où sont les enfants d'emporter du travail à faire chez eux, à la veillée, ce qui ne se fait qu'exceptionnellement dans les villages français.

Après avoir établi que la myopie résulte généralement de lectures prolongées, faites dans des conditions défavorables, il serait intéressant de décrire le mécanisme par lequel se produit l'allongement de l'œil, qui est inséparable d'un degré de myopie tant soit peu accentué.

Sur ce point important nos lumières sont encore fort incomplètes. Voici, ce me semble, comment les choses se passent.

Quand une personne, douée d'une vue tout à fait normale, regarde un objet rapproché, il faut, pour le voir nettement, qu'elle fasse subir à sa vue une modification dont le but est de ramener sur la rétine l'image formée par l'appareil dioptrique de l'œil, et cette modification doit être d'autant plus grande que la vue se porte sur un objet plus voisin. Cette modification passagère s'obtient généralement au moyen d'une augmentation de convexité du cristallin, ainsi que Th. Young

---

teurs par Jules César, cette institution prit du développement, et fut enfin consacrée et réglée par un décret d'Antonin le Pieux. On va voir que ce fut sans parcimonie, et ceci confirme ce que nous disions tout à l'heure au sujet de la destination multiple de cette catégorie de médecins. Aux termes du décret, les petites villes pouvaient avoir *cinq* médecins jouissant de l'immunité, trois sophistes et autant de grammairiens; les villes plus importantes pouvaient avoir *sept* médecins et quatre professeurs de l'une et l'autre science; les plus grandes villes enfin, *dix* médecins, cinq rhéteurs et cinq grammairiens. Ces médecins étaient nommés directement par les conseils des cités (conseils municipaux), assistés des propriétaires. Ils pouvaient être révoqués pour cause de négligence ou de mauvaise conduite. « La première qualité de ceux qui professent les sciences, a dit plus tard l'empereur Julien, consiste dans les bonnes mœurs (*moribus primum, deinde facundia*). »

Les immunités accordées par le statut d'Antonin consistaient dans l'exemption des charges personnelles et civiles. Elles ont été maintenues par ses successeurs. Seulement, il faut bien remarquer, M. Briau n'en disant rien, qu'elles sont devenues communes, sous Constantin, à la profession médicale et à une trentaine d'autres professions, dont quelques-unes n'étaient pas des plus relevées : celles de fabricants de lits, de couvreurs, de puisatiers, de vitriers, de doreurs, etc., « afin, dit la lettre, qu'ils emploient leurs soins à se perfectionner et à instruire leurs enfants ». (Lettre de Constantin au préfet Maxime.) D'où il suit que, pour ce qui concerne l'archiâtrie municipale (nous ne parlons pas encore de l'archiâtrie palatine), il ne faudrait pas trop se hâter de mettre entièrement sur le compte de la considération croissante des médecins les faveurs dont ils finirent par jouir dans l'empire romain, en dédommagement de leur ancienne abjection.

Une particularité intéressante relevée par M. Briau est que le code de Justinien rappelait aux médecins des villes qu'ils étaient rétribués sur les profits du peuple (*annonaria sibi*

l'a démontré dès 1797. Tout le monde admet aujourd'hui que l'accommodation produite par la déformation du cristallin reconnaît pour cause motrice la contraction des fibres circulaires, découvertes par Rouget dans le muscle ciliaire, suivant un mécanisme décrit par Helmholtz. Généralement, quand la vue se reporte sur les objets éloignés, le muscle ciliaire se relâche aussitôt et toute trace d'accommodation disparaît.

Mais il arrive aussi, suivant une remarque qui a été faite pour la première fois il y a une quinzaine d'années par M. Ulysse Trélat, qu'après une lecture prolongée la vision des objets éloignés reste moins nette pendant quelques heures. Que s'est-il passé? S'est-il produit un spasme du muscle ciliaire, ne permettant pas un relâchement complet de l'accommodation? ou la myopie dont je parle reconnaît-elle pour cause une augmentation de longueur dans le globe oculaire? Dans mon opinion, ces deux cas peuvent se présenter.

Sans nous prononcer sur le mécanisme de cette transformation, disons que certains yeux s'adaptent à la vision des objets rapprochés par le moyen d'un allongement de leur axe, lorsqu'on leur demande un effort d'accommodation prolongé ; ce sont ces yeux-là qui deviennent myopes et qui voient leur myopie augmenter toutes les fois qu'ils sont soumis à des efforts prolongés d'accommodation.

Il est aisé de concevoir tous les degrés intermédiaires entre les yeux qui n'augmentent pas de longueur, quelque prolongé que soit l'effort accommodatif auquel on les expose, et ceux, au contraire, chez lesquels il suffit d'un effort léger et peu prolongé pour produire une distension à peu près irrémédiable, et c'est ici que nous pouvons faire intervenir l'hérédité, en disant qu'il existe des différences individuelles congéniales dans la facilité avec laquelle l'organe s'allonge pour s'adapter à la vision des objets rapprochés.

Considérons un œil qui s'allonge pour le moindre effort; il est clair qu'un pareil organe ne saurait échapper à la myopie et que le chiffre de cette myopie sera donné par la distance de l'objet le plus rapproché qui aura été vu distinctement pendant un instant. Une pareille tendance à la myopie dépasse de beaucoup ce que nous rencontrons en réalité, mais il n'est pas rare de trouver des enfants dont la myopie atteint sûrement et rapidement un degré suffisant pour que la lecture se fasse sans accommodation; chez ces myopes, j'ai pu arrêter immédiatement le progrès du mal en prescrivant l'usage de verres *convexes* pour le travail ; et l'heureux résultat de cette pratique, absolument contraire à la routine, qui interdit l'usage des verres, ou à la demi-science plus funeste encore, qui fait porter des verres concaves à ces enfants, est une démonstration suffisante de l'exactitude des vues que je viens d'exposer.

Arrivés à ce point, nous pouvons admettre comme évident qu'il y a tout intérêt à obliger les enfants à se tenir le plus loin possible de leurs livres et de leurs cahiers, et c'est dans ce but, *et seulement dans ce but*, qu'il importe de leur donner des livres bien imprimés et de les inonder de lumière, car le vrai moyen d'empêcher les élèves de se pencher sur leurs pupitres est de leur en ôter le besoin et l'envie; l'enfant ne se couche sur son livre ou son cahier que s'il ne distingue pas parfaitement bien en se tenant droit. S'il n'y voit pas, il n'y a pas d'admonestation qui puisse l'empêcher de se rapprocher.

D'après ce qui précède, il est possible que, dans la classe la mieux éclairée, il se produise quelques cas de myopie légère parmi les enfants absolument prédisposés à cette affection. Il serait facile d'en enrayer aussitôt les progrès si l'on avait soin d'intervenir dès le premier symptôme de myopie. Et qu'on ne dise pas que c'est là une utopie, puisque cela se fait à Königsberg, où les maîtres ont été mis en éveil il y a douze ans par les statistiques de Hermann Cohn. Les résultats seraient sans doute bien meilleurs encore si l'on pouvait prendre le temps de corriger, le cas échéant, l'astigmatisme, qui, en diminuant l'acuité visuelle, oblige les enfants à se rapprocher du livre, et qui, après l'insuffisance d'éclairage, est la plus fréquente des causes de myopie.

Mais il se passera encore bien des années avant que l'on puisse songer à organiser l'inspection médicale des yeux des écoliers; c'est à peine si l'on y pense dans quelques institutions de premier ordre. Il faut donc faire la part des possibilités, et l'absence de toutes les autres précautions rend plus indispensables encore les mesures à prendre pour inonder les classes de lumière. Et il ne suffit pas qu'il fasse clair en été dans la classe : c'est à neuf heures du matin et à quatre heures du soir, pendant les jours les plus courts de l'année, qu'il faut assurer un éclairage suffisant dans les écoles rurales.

II. — Les hygiénistes d'un pays voisin ont posé des règles établissant un rapport entre le nombre des élèves que doit recevoir la classe et la surface qu'il convient de donner au vitrage, comme si la lumière qui pénètre dans la salle se partageait entre les enfants; le même carreau de vitre laisse arriver, suivant plusieurs directions, la lumière à un grand nombre d'élèves; il n'y a aucune proportionnalité à établir entre la dimension des baies et le nombre des écoliers.

Le problème est plus simple : il faut que le point le plus sombre de la classe soit suffisamment clair; et cette condition sera remplie si chaque pupitre reçoit suffisamment la lumière directe du ciel. Toutes les personnes qui ont fait de la photographie savent combien, par tous les temps, le ciel agit plus vivement sur la surface sensible qu'aucun corps terrestre : il

commoda a populi commodis ministrari), et leur recommandait de donner honnêtement leurs soins aux petites gens (*tenuioribus*) plutôt que de les réserver honteusement pour les riches (*quam turpiter servire divitibus*). Pour la suite du texte, nous ne pouvons nous dispenser de faire à l'auteur une petite querelle, portant sur la manière dont il a traduit un passage sur lequel il serait à souhaiter qu'on fût bien fixé. « Le texte ajoute, dit-il, que, s'il leur est permis (aux médecins) d'accepter le salaire qu'offrent les gens *bien portants* pour les *services rendus*, ils doivent refuser les promesses que leur font ceux qui sont en danger. Cette dernière prescription (c'est toujours M. Briau qui parle) se retrouve dans beaucoup de législations modernes. qui ne permettent pas aux malades de tester en faveur de leurs clients (p. 64). » Voici le texte latin, qui est tiré d'une lettre du premier Valentinien à Probus : « Quos (medicos) etiam expatimur accipere quæ *sani* offerunt pro *obsequiis*, non ea quæ periclitantes pro salute promittunt. » M. Briau, traduisant par *bien portants* l'expression *sani*, et par *services rendus* le mot *obsequiis*, semblerait comprendre que le médecin est autorisé, comme tout citoyen, à accepter des dons d'un homme en bonne santé, auquel il a rendu un service quelconque, tandis qu'il lui est interdit d'accepter les promesses de legs faites par une personne qu'il soignerait et qui serait en danger de mort. Et cette interprétation est d'accord avec le rapprochement dont il la fait suivre : la prescription du code de Justinien aurait passé dans les lois modernes, qui frappent de nullité un legs fait à un médecin par un malade auquel il a donné ses soins.

Or, si c'est là ce qu'a voulu la loi romaine, on est frappé de la forme entortillée dans laquelle elle l'a dit. Rien n'était si simple à formuler qu'une interdiction de legs, sans qu'il fût nécessaire d'y ajouter cette singulière disposition, par laquelle le médecin est autorisé à se faire payer les services rendus aux gens, et, qui plus est, aux gens bien portants. Que si *obsequiis* veut dire ici soins médicaux, et c'est en effet le sens

importe que les rayons partis de cette voûte lumineuse arrivent abondamment à la place la moins favorisée de toute la classe.

Mais s'il est bon que la lumière du ciel pénètre largement dans la salle, nous n'en dirons pas autant de la lumière directe du soleil, qui est trop vive et qu'il convient d'éviter. Si cette disposition ne présentait pas d'autres inconvénients, il serait facile d'obtenir un éclairage par la lumière diffuse, en n'ouvrant de fenêtres que du côté Nord; avec un pareil éclairage latéral, on mettrait les bancs perpendiculairement au mur occupé par les baies; les élèves recevraient le jour de haut en bas et de gauche à droite, ce qui est très-convenable pour écrire, et le résultat serait assez satisfaisant si la largeur de la classe ne dépassait pas notablement la hauteur des linteaux des fenêtres au-dessus du sol, car alors la place la moins favorisée verrait encore environ un vingtième de la surface totale du ciel. Avec les hauteurs de plafond généralement adoptées, on voit que l'éclairage unilatéral est sans grand inconvénient pour une classe dont la largeur ne dépasserait pas 4 mètres. Pour les salles plus larges, il faut ouvrir de nouvelles baies, qui seront situées de préférence dans la paroi opposée, et à la rigueur derrière les élèves. Dans tous les cas, il faut éviter de mettre des jours en face des élèves, règle dont les architectes se soucient médiocrement, mais dont l'utilité est incontestable.

Les statistiques, d'accord avec la théorie, démontrent que l'éclairage bilatéral ne présente aucun inconvénient pour la conservation de la vue; il n'y a nulle part moins de myopes que dans une belle école libre dont j'ai examiné tous les élèves et où les classes reçoivent largement le jour des deux côtés, et aucune école ne fournit de plus tristes résultats que les constructions neuves de Zittau, où les classes ne reçoivent de jour que d'un côté, pour obéir à certaines idées théoriques.

Du moment où l'éclairage devient bilatéral, il faut renoncer à l'orientation que nous avons supposée jusqu'ici, qui amènerait à pratiquer des jours vers le Sud, ce qui est intolérable à cause de l'éclat trop grand du soleil au milieu de la journée. On est donc conduit à demander que l'axe de la classe soit dirigé du Nord au Sud, sauf à tempérer par des rideaux transparents l'éclat du soleil du matin et du soir. Ce système présente, de plus, l'avantage d'éclairer au mieux, matin et soir, pendant les courtes journées d'hiver.

Dans cette orientation de la classe, nous admettrons une certaine latitude; en l'accordant de 40 degrés de part et d'autre, c'est-à-dire en acceptant pour l'axe toutes les positions comprises entre le Nord-Ouest et le Nord-Est, ce qui suffit pour se prêter à toutes les dispositions possibles du terrain, on recommanderait d'incliner l'axe plutôt vers le Nord-Est que vers le Nord-Ouest, pour des raisons d'hygiène générales, de manière à recevoir le soleil plus longtemps le matin que le soir. Autant que possible, le maître fera face au Midi, pour que, pendant les jours courts, les élèves reçoivent la lumière plutôt par derrière que par devant.

Dans le nord de la France, nous admettrons l'ouverture, au haut de la paroi Sud, d'un jour que l'on pourra tempérer par un rideau quand le soleil donnera, et qui rendra des services pendant les temps sombres.

Lorsque nous avons posé les règles auxquelles doit satisfaire la construction de l'école pour que l'éclairage y soit suffisant, nous sommes loin d'avoir rempli notre tâche; car il faut encore tenir le plus grand compte des obstacles extérieurs qui peuvent rendre obscure l'école la mieux construite: je veux parler des constructions voisines. Il est indispensable d'assurer, non-seulement pour le présent, mais encore pour l'avenir, le libre accès de la lumière dans les classes; et pour atteindre ce but il suffit de le vouloir, car la dépense se réduit à l'acquisition d'un terrain assez grand pour isoler convenablement l'école; dépense tout à fait insignifiante, car le terrain est de peu de valeur dans les communes rurales.

Et d'ailleurs ne faut-il pas ménager un préau pour les élèves, un jardin pour l'instituteur? La question se réduit donc à placer la construction dans une partie convenable du terrain destiné à recevoir l'école et ses dépendances.

Si l'on admet que la largeur de la partie de classe éclairée par des baies situées d'un côté est égale à la distance du haut des fenêtres au sol, un tracé géométrique fort simple montre qu'il suffit, pour que l'élève le plus mal placé ne reçoive de jour que par la moitié supérieure des fenêtres, d'une construction voisine dont la hauteur soit précisément égale à la moitié de la distance qui sépare l'axe de la classe du pied de la construction voisine. En posant donc simplement la règle que l'on devra toujours réserver de part et d'autre de l'axe de l'école un espace libre d'une largeur au moins égale au double de la hauteur des plus grandes constructions en usage dans la contrée, on aura amplement satisfait aux nécessités, étant bien entendu qu'on a adopté l'éclairage bilatéral pour les classes dont la largeur dépasse 4 mètres.

Quant à l'ombre que peuvent apporter les arbres plantés par les voisins, il me paraît difficile de poser des règles fixes pour en éviter les inconvénients, qui sont bien atténués par l'absence des feuilles pendant les courtes journées de l'hiver, et par l'intensité de la lumière dont on jouit généralement en été; il faudrait cependant attirer sur ce point l'attention des autorités locales.

Je ne me dissimule pas les résistances que les municipalités et les architectes opposeront à la mise en pratique des règles que je viens de formuler. Les amour-propres locaux ne céderont pas aisément quand on leur demandera de construire l'école obliquement par rapport à l'alignement de la rue. Pour les amener à ne laisser en façade qu'un pignon

---

dans lequel il est employé immédiatement au-dessus du passage cité, la disposition édictée reste encore assez bizarre, puisqu'elle devient celle-ci: « Le médecin peut recevoir *pour ses soins* ce que lui offrent les gens *bien portants.* » Tout s'éclaircit dès qu'on traduit à la fois *obsequiis* comme je viens de le dire, et *sani* par *guéris*. Le texte alors signifie mot à mot: « Nous permettons aux médecins d'accepter ce que leur offrent pour leurs soins les malades guéris, mais non ce que leur promettent, pour prix de leur salut, les malades en danger. » Le code de Justinien n'édicte ainsi qu'une obligation d'honnêteté, de moralité, une de celles qui avaient pour sanction la clause de la destitution. Il dit aux médecins: Rien de plus licite que de recevoir des honoraires d'un malade que vous avez sauvé; mais il ne l'est pas d'accepter les promesses que peut vous faire un malade effrayé par le sentiment du danger. Il n'y a là qu'une analogie bien éloignée avec l'article 909 de notre Code civil. Mais nous ne pouvons admettre une telle erreur de la part d'un humaniste comme M. Briau. Sa traduction certainement ne pèche que par trop d'abandon; nous le croyons d'autant plus volontiers que, retrouvant plus loin le texte de Valentinien dans le code de Théodose, comme il l'avait trouvé dans le code de Justinien, il le traduit un peu différemment en donnant au mot *obsequiis* la signification de soins (sans doute médicaux), tout en traduisant encore *sani* par *bien portants*. Malheureusement il obtient ainsi la singulière opposition de mots que nous signalions tout à l'heure (1).

Les médecins des villes sont souvent désignés dans les livres, dans des textes de lois, dans les monuments épigraphiques sous le nom d'*archiâtres*. A quelle époque remonte ce titre? Des textes d'Erotien (*Onomasticon*) et de Galien

(1) Au moment où ce travail allait être imprimé, nous avons voulu savoir comment le texte latin avait été compris par les jurisconsultes. Or voici la traduction de Tissot (*Les douze livres du code de l'empereur Justinien*): « Nous leur permettons (aux médecins des villes) de recevoir seulement ce que les malades qu'ils auront guéris leur offriront après leur guérison, et non ce qu'ils leur promettront pour obtenir la santé. »

sans fenêtre, ce qui est nécessaire quand le terrain est au sud d'une rue dirigée de l'Est à l'Ouest, il ne faudra rien moins qu'un refus de subvention du département et de l'Etat.

L'énergie des vanités auxquelles les principes que je viens d'exposer se sont heurtés et se heurteront encore, servira d'excuse à la vivacité de mon langage. Qu'on y prenne garde, la France n'est pas assez riche pour se permettre, dans chacune de ses communes, une fantaisie architecturale analogue à l'Hôtel-Dieu de Paris. Il appartient au ministre qui dispose des 120 millions de la Caisse des écoles d'imposer aux architectes les préceptes adoptés par les hommes de science, et c'est pour renseigner l'Administration que je viens vous proposer les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS.

1° Il est démontré que la myopie reconnaît habituellement pour cause une application prolongée de la vue pendant l'enfance avec un éclairage insuffisant.

2° Dans nos climats, l'éclairage par la lumière diffuse n'atteint jamais, même en plein air, une intensité nuisible.

3° L'opinion qui considère l'éclairage bilatéral comme nuisible à la conservation de la vue ne repose sur aucune base théorique (1).

4° D'après les statistiques les plus récentes, il existe des écoles où, l'éclairage étant bilatéral, la myopie est relativement peu fréquente, et il en existe d'autres où l'éclairage unilatéral étant établi dans les conditions les plus parfaites, la myopie est aussi fréquente que dans les écoles les plus mal aménagées. L'expérience ne se prononce donc certainement pas en faveur de l'éclairage unilatéral.

5° On ne pourra obtenir un éclairage suffisant au moyen de jours pratiqués d'un seul côté que si la largeur de la salle n'excède pas la hauteur des linteaux des fenêtres au-dessus du sol.

6° L'éclairage par derrière, s'il vient de haut, peut être associé utilement à l'éclairage latéral ; l'éclairage par un toit vitré est excellent.

7° L'éclairage bilatéral doit être préféré à tous égards. Dans ce système, la largeur de la classe étant, pour la même hauteur de fenêtres, deux fois plus grande que dans le cas de l'éclairage unilatéral, l'intensité lumineuse au milieu de la salle, qui est la partie la moins favorisée, est double de celle obtenue à la même distance des fenêtres par l'éclairage unilatéral. Il ne faudrait cependant pas que la largeur de la classe dépassât le double de la hauteur des fenêtres.

8° Il faut attribuer une grande importance à l'orientation de l'école, dont l'axe doit être dirigé du Nord-Nord-Est au Sud-Sud-Ouest ; on ne devrait jamais accorder une tolérance de plus de 40 degrés de part et d'autre de la direction Nord-Sud, à moins de conditions climatériques exceptionnelles.

9° Le maître fera face au Midi.

10° Enfin il est absolument indispensable de ménager, de part et d'autre de l'axe de la classe, une bande de terrain inaliénable, dont la largeur soit double de la hauteur des constructions les plus élevées qu'on puisse prévoir, en tenant compte des progrès de l'aisance, qui font multiplier les constructions à étages, jadis inconnues dans les campagnes. *Cette dernière condition est la plus importante de toutes.*

(1) Les partisans de l'éclairage unilatéral se fondent sur un passage mal traduit d'une brochure de M. Liebreich ; l'auteur allemand, dans cette brochure écrite en anglais, protestait avec juste raison contre l'éclairage *antéro-postérieur* souvent usité en Angleterre et obtenu par des fenêtres situées en face du maître, d'une part, et d'autre part en face des élèves. M. Trélat a cru trouver, dans cette brochure, la condamnation de l'éclairage bilatéral : toute son argumentation repose sur une faute de traduction.

Pathologie interne.

Note sur une épidémie de petite vérole qui a régné a l'hopital civil et militaire de Moulins (Allier) dans le deuxième trimestre de l'année 1878, par le docteur Henri de Brinon, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Les faits qui se rattachent à la contagion de la variole méritent d'être recueillis avec soin, parce qu'ils servent à éclairer une question dont les conséquences pratiques sont de la plus haute importance. L'idée de recueillir ceux qui suivent m'est venue en lisant le mémoire si consciencieux de mon ami le docteur Joanny Rendu (*De l'isolement des varioleux à l'étranger et en France, à propos de l'épidémie de Lyon pendant les années* 1875-76-77. Paris, G. Masson, 1878), mémoire qui a obtenu de l'Académie des sciences une de ses plus hautes récompenses.

Depuis l'épidémie qui avait eu lieu en 1871, au moment de la guerre, aucun cas de petite vérole n'avait été traité à l'hôpital civil et militaire de Moulins. Dans la ville, il n'y avait eu, à la fin de l'année 1877 (novembre et décembre) et au mois de janvier 1878, aucun cas de petite vérole.

C'est dans ces conditions qu'au mois de janvier 1878, une épidémie de petite vérole a pris naissance à l'hôpital de Moulins, et y est restée localisée jusqu'à la fin d'avril de la même année.

Cette épidémie est remarquable par la date précise de son début, par la filiation qu'il est possible de suivre entre ses différents cas, enfin par sa localisation à l'hôpital, aucun cas de petite vérole n'ayant été signalé en ville.

Obs. I. — Le 13 janvier 1878, entrait à l'hôpital civil et militaire de Moulins, le nommé Constant Clément, âgé de vingt-deux ans,

---

(*De antidotis*) désignent Andromaque comme *archiâtre* de Néron : c'est la première mention *publique* du mot. Quant à la première mention *officielle*, M. Briau la rencontre dans un décret de l'empereur Constantin, relatif aux immunités des médecins, grammairiens et professeurs de belles-lettres. Suivant sa juste remarque, les termes mêmes du décret montrent que ce titre existait avant l'élévation de Constantin à l'empire ; mais il ne figure pas dans le statut d'Antonin. Ce qui rendra toujours incertain l'éclaircissement de ce point par l'épigraphie, c'est que la date des inscriptions est souvent inconnue, et que les inscriptions en langue grecque peuvent correspondre à une époque déjà avancée de l'Empire romain. Cinq de ces dernières sont rapportées dans la brochure ; elles viennent de Sparte, d'Æculanum (dans le Samnium), d'Anaphe (dans les Sporades), etc. On en pourrait citer d'autres, celle par exemple d'un certain Ménécrate (différent de celui que cite ailleurs M. Briau), et qui était ἀρχίατρος de la ville de Labranda, en Carie ; cette inscription se trouve, si je ne me trompe, dans le *Corpus inscriptionum græcarum*. Mais, pour toutes, les dates sont incertaines. En tout cas, j'incline à penser que la dénomination publique d'archiâtre n'est pas née tout juste au temps de Néron, qu'elle existait antérieurement dans les villes grecques, et que c'est de là qu'elle a été importée à Rome.

A. Dechambre.

(*A suivre.*)

École de médecine de Clermont. — M. Rocher, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de chimie et des sciences accessoires pour une période de neuf années.

École de médecine d'Alger. — M. Spillmann, docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire en remplacement de M. Alcantara, démissionnaire.

cavalier de 2e classe au 13e escadron du train des équipages militaires, en garnison à Moulins.

Je ferai remarquer ici que la caserne de cavalerie de Moulins est séparée de la ville par la rivière de l'Allier, et que l'hôpital civil et militaire de Saint-Joseph est situé à l'une des extrémités de la ville, isolé de la plupart des maisons qui l'environnent, soit par de très-vastes jardins, soit par une place spacieuse.

Constant fut dès son entrée à l'hôpital couché au n° 14 de la salle Saint-Martin, qui était en ce moment occupée par des militaires atteints de rougeole. Voici en quelques mots les rapports, importants à connaître, qui existent entre les salles dont nous aurons à parler. Au premier étage, se trouve la grande salle Saint-Louis, occupée par des militaires fiévreux, service de M. le docteur Reignier, médecin en chef de l'hôpital. Cette salle communique directement par une porte avec deux salles adjacentes plus petites; d'une part, la salle Saint-Martin, où se trouvaient les rougeoles au moment de l'arrivée de Constant, et d'autre part la chambre réservée aux officiers malades. Si au lieu d'entrer dans la salle Saint-Louis, on continue à monter quelques marches d'escalier, on arrive à la salle Saint-Henri, où sont en ce moment isolés les varioleux.

Constant était entré à l'hôpital avec une éruption très-confluente de variole : la maladie prit immédiatement un caractère hémorrhagique. Il resta deux jours et demi dans la salle Saint-Martin, et environ douze heures avant sa mort on le transféra dans la chambre, alors vide, des officiers, où il est mort le 16 janvier.

Cet homme venait de l'hôpital militaire de Saint-Etienne (Loire), où régnait à cette époque la petite vérole : il n'est resté que quelques heures au quartier. On l'a fait transporter d'urgence à l'hôpital.

Tel a été le point de départ de l'épidémie de Moulins.

Les trois militaires dont les observations suivent se trouvaient à l'hôpital (dans la salle Saint-Louis) au moment où Constant est venu y mourir.

OBS. II. — D., du 16e chasseurs, vacciné dans son enfance, non revacciné au régiment, était entré le 26 décembre 1877, dans la salle Saint-Louis, pour un épanchement pleurétique. Ce malade gardait le lit. Le 2 février, éruption discrète, variole bénigne. Envoyé en convalescence le 23 mars.

OBS. III. — M., du 16e chasseurs, vingt et un ans, vacciné, non revacciné, est entré le 27 décembre pour une rougeole, salle Saint-Martin; mais il se trouvait dans la salle Saint-Louis au moment où Constant est arrivé. Il sort de l'hôpital le 22 janvier; mais bientôt il se présente à la visite du médecin à la caserne, reste deux jours et demi à l'infirmerie, et rentre à l'hôpital le 31 janvier, c'est-à-dire sept jours après sa sortie et quatorze jours après la mort de Constant. Il avait en rentrant à l'hôpital une éruption variolique confluente. Sort guéri le 23 mars, ayant perdu tous ses cheveux.

OBS. IV. — C., du 16e chasseurs, vingt-quatre ans, non vacciné au régiment, est entré le 13 janvier 1878 pour un état fébrile, dans la salle Saint-Louis, et n'est pas sorti de l'hôpital jusqu'au 2 février, époque du début de l'éruption variolique. Variole bénigne; sorti le 23 mars.

Les militaires dont les observations suivent ont été contagionnés indirectement. Ce sont :

OBS. V. — V., du 13e escadron du train des équipages, vingt et un ans, vacciné dans son enfance, non revacciné. Entré à l'hôpital le 6 février 1878, pour une angine, salle Saint-Louis. (Notons qu'à partir du 1er février, c'est-à-dire dès que la maladie a été reconnue, tous les varioleux ont été isolés dans la salle Saint-Henri). V. sort le 16 février, guéri de son angine, et rentre le 27 avec une éruption très-discrète. Varioloïde. Il est encore à l'hôpital le 22 avril.

OBS. VI. — G. de X., maréchal des logis au 16e chasseurs; vacciné, non revacciné au régiment; entré le 2 février 1878 pour une bronchite, salle Saint-Louis. Eruption le 17 février; passe dans la salle Saint-Henri. Sort guéri le 23 mars.

OBS. VII. — B. Louis-François, du 16e chasseurs, 1er escadron, non vacciné au régiment, est entré le 12 décembre 1877 pour une arthrite chronique, salle Saint-Joseph, blessés, service du docteur Petit; évacué à l'hôpital militaire de Lyon le 20 janvier 1878, il reste pendant un mois et demi dans un service de blessés, sous la conduite de M. Atry, médecin principal, et rentre le 1er mars avec une éruption confluente. Il meurt à l'hôpital le 22 avril.

Je présume que ce malade a subi l'influence contagieuse pendant son séjour à Lyon.

OBS. VIII. — Anastasie H..., âgée de trente-sept ans, malade couchée dans une salle appartenant à un bâtiment séparé par une vaste cour de celui où se trouvaient les varioleux. Elle était à l'hôpital depuis le 27 décembre 1877. Eruption le 2 mars : variole hémorrhagique; mort le 5 mars. Cette malade paraît n'avoir eu aucun rapport avec les varioleux. La contagion aura probablement été transmise par les personnes du service.

OBS. IX. — Marie D..., âgée de vingt et un ans, domestique au service de l'hôpital, chargée du service de la lingerie, pliait et raccommodait les linges lavés. Elle avait une grande frayeur de la variole, et ne paraît avoir eu aucun rapport direct avec les varioleux. Eruption vers le 20 mars. Variole bénigne, guérie actuellement.

OBS. X. — Marie T..., âgée de quatorze ans, née à Neuilly (Allier), vaccinée, est entrée à l'hôpital le 3 janvier. Cette jeune fille, traitée pour un eczéma du cuir chevelu, service du docteur Petit, se trouvait dans le même bâtiment (seulement au rez-de-chaussée) que la salle dans laquelle est morte Anastasie H... et où a été soignée Marie D... Cette dernière salle est au premier étage. Cette jeune fille allait voir presque tous les jours Marie D..., malgré les défenses qui lui en étaient faites. Eruption le 4 ou le 5 avril. Variole bénigne; guérison.

OBS. XI. — G..., du 16e chasseurs, 4e escadron, 3e peloton. Variole hémorrhagique : début le 13 mars; mort le 19 mars 1878. Cet homme est probablement venu à l'hôpital dans le courant du mois de février; cependant je n'ai pu m'en assurer.

OBS. XII. — P..., du 16e chasseurs, 4e escadron, 1er peloton; vacciné, non revacciné; n'a jamais été à l'hôpital comme malade, mais il y a apporté un homme atteint de rougeole (?) dans le courant du mois de février. Eruption le 14 mars; variole bénigne; est encore à l'hôpital.

OBS. XIII. — D..., brigadier au 16e chasseurs, 4e escadron, 1er peloton; est probablement venu comme planton à l'hôpital. Eruption discrète le 14 mars : variole bénigne; sorti le 13 avril.

OBS. XIV. — S... (Jean), du 13e escadron du train des équipages militaires, 3e compagnie; vacciné, non revacciné; n'avait jamais mis les pieds à l'hôpital. Eruption le 8 avril; il est encore à l'hôpital, en voie de guérison.

OBS. XV. — C..., du 3e escadron du train des équipages, 3e compagnie; vacciné, non revacciné; avait porté V... (obs. V), varioleux, le 27 février. Eruption le 9 avril; il est encore à l'hôpital, en voie de guérison.

OBS. XVI. — C..., du 3e escadron du train des équipages militaires, 3e compagnie; est venu à l'hôpital une seule fois, à la fin du mois de février, pour chercher un enfant de troupe qu'il était chargé de conduire à la gare; n'est pas monté dans les salles. Eruption le 10 avril; il est encore à l'hôpital. Variole bénigne.

OBS. XVII. — J... (Louis), du 3e zouaves; en congé de convalescence à Moulins; vacciné et revacciné au régiment; est entré à l'hôpital Saint-Joseph le 20 février, salle Saint-Louis, pour une sciatique; il n'est jamais entré dans la salle des varioleux. Eruption discrète le 2 avril; guérison.

OBS. XVIII. — N..., du 16e chasseurs, 1er escadron; vacciné jeune et revacciné au régiment; est venu à l'hôpital deux fois, depuis le 1er janvier, pour porter des malades; la dernière fois dans le mois de février; est monté dans la salle Saint-Louis. Eruption le 25 mars; guérison.

En résumé, 17 personnes ont été atteintes de la petite vérole depuis l'arrivée à Moulins de Constant Clément, dans l'espace d'environ trois mois. Ces 17 personnes habitaient sans exception, soit l'hôpital, soit la caserne de cavalerie, c'est-à-dire les deux seuls endroits où ait séjourné Constant.

Dans la plupart des cas, il est possible de constater des

relations directes entre les individus atteints et les personnes ou les salles manifestement infectées.

Sur les 18 malades atteints de variole, 3 ont eu une variole à forme hémorrhagique et ont succombé.

Depuis le 10 avril 1878 jusqu'à ce jour (30 juillet 1879), les registres de l'hôpital ne font mention d'aucun cas de petite vérole, ni parmi les militaires, ni parmi les civils soignés à l'hôpital; en dehors de l'hôpital, s'il y a eu quelques cas de petite vérole, ils ont été isolés, et ne se rattachaient pas à l'épidémie précédente.

L'épidémie s'est donc éteinte là où elle était née, contrairement à ce qui est arrivé pour l'épidémie de Lyon, qui fait l'objet du mémoire de mon ami le docteur Joanny Rendu. L'épidémie qui a régné à l'hôpital militaire des Colinettes de Lyon, au mois de mai 1875, n'est pas restée limitée aux murs de l'hôpital : elle a rayonné, et, gagnant de proche en proche, de maison en maison, elle s'est étendue sur toute la ville. D'où vient cette différence? Pour moi, elle se rattache à deux causes principales qui viennent à l'appui de la thèse soutenue si brillamment par le docteur J. Rendu : *De la nécessité d'isoler les varioleux*. Ces deux causes sont, d'une part, la situation des bâtiments; de l'autre, le personnel de l'hôpital.

Aux Colinettes, l'hôpital est entouré par une ceinture de maisons qui, sur quelques points, n'en sont séparées que par l'espace d'une rue très-étroite.

A Moulins, l'hôpital est de tous les côtés très-éloigné des maisons, dont le séparent de vastes jardins ou des rues très-larges.

Aux Colinettes, le service est fait par un nombreux personnel militaire, qui chaque soir se disperse dans la ville et va y semer des germes de contagion.

A Moulins, le personnel est beaucoup moins nombreux, et, sauf les médecins, il habite l'hôpital.

Donc, au point de vue de la transmission des maladies contagieuses, l'hôpital de Moulins se trouve dans des conditions très-favorables qui réalisent presque l'isolement, et ce sont aussi ces conditions qui doivent être recherchées pour l s hôpitaux, partout où elles sont praticables.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Sur les effets et le mode d'action des substances employées dans les pansements antiseptiques. Note de MM. *Gosselin* et *Alb. Bergeron*. — La quantité d'alcool ajoutée aux préparations phéniquées n'est pas fixe; elle est approximative et varie suivant les pharmaciens. Les uns en mettent une proportion égale à celle de l'acide phénique, d'autres en mettent le double, d'autres trois ou quatre fois plus. Les auteurs ont fait l'expérience des tubes avec l'eau distillée alcoolisée à 5 pour 100 et à 10 pour 100, et ils ont eu la putréfaction complète le cinquième et le sixième jour, c'est-à-dire deux ou trois jours plus tard que si nous nous étions servis d'eau distillée seule. Quant au mélange d'eau et d'alcool par moitié, ils ne l'ont pas essayé.

Voici le résumé de leurs expériences avec l'acide phénique pur :

Dans un premier tube, disent-il, nous avons ajouté à 10 grammes de sang humain quatre gouttes d'acide phénique pur, soit, d'après notre calcul, environ 20 milligrammes par gramme; jusqu'au vingt-cinquième jour, nous avons eu l'absence de sérosité, la couleur briquetée, la disparition des globules et leur remplacement par des masses granuleuses, caractères qui nous paraissent indiquer l'imputrescence. Dans un second tube, nous avons ajouté à une quantité semblable de sang trois gouttes, soit 15 milligrammes par gramme : mêmes résultats. Dans un troisième, deux gouttes, soit 10 milligrammes par gramme de sang. Aucun caractère de putréfaction jusqu'au quinzième jour; à ce moment les globules sanguins existaient encore, mais ratatinés, déformés, et surtout granuleux à leur surface; à partir du quinzième jour, nous avons trouvé des bactéries annelées, indices d'une putréfaction commençante et incomplète. Rien de plus jusqu'à présent (vingt-et-unième jour). Dans un quatrième tube, une seule goutte d'acide phénique pur pour les 10 grammes de sang, soit 5 milligrammes par gramme. Cette fois, les globules ont persisté en se ratatinant et prenant l'aspect crénelé, mais sans devenir granuleux et sans perdre leur transparence, et nous avons eu le onzième jour la putréfaction, caractérisée non seulement par des bactéries annelées, mais aussi par des vibrions filamenteux nombreux et très-mobiles. La putréfaction n'avait donc été que retardée, et ce retard avait été de six à sept jours par rapport à ce qui arrive pour le sang que nous laissons à l'air libre.

En rapprochant ces résultats de ceux que les auteurs ont donnés dans les tubes et les verres de montre, la solution phéniquée au vingtième, avec laquelle ils mettaient en présence du sang environ 12 milligrammes d'acide phénique par gramme, ils arrivent à cette conclusion que l'imputrescence de 1 gramme de sang est donnée par une dose de 10 à 15 milligrammes d'acide phénique pur, et qu'à des doses plus faibles la putréfaction est retardée, mais n'est pas empêchée, à moins que la dose ne soit augmentée peu à peu, soit au moyen de l'évaporation, soit par l'addition quotidienne d'une certaine quantité de la solution phéniquée.

Reste à examiner comment agissent l'alcool et l'acide phénique. Les auteurs acceptent d'abord l'opinion qui émane des travaux de M. Pasteur et qu'enseigne exclusivement M. Lister, celle de la destruction possible par l'antiseptique des germes atmosphériques dont le développement produit la décomposition putride et les vibrions. Mais il fait intervenir une deuxième explication, savoir une modification favorable imprimée au sang par le contact même de l'agent antiseptique, modification qui leur paraît n'être autre chose que la coagulation de l'albumine.

Nous n'avons pas, ajoutent-ils, la prétention de réaliser sur les plaies de l'homme tous les résultats que nous venons de signaler. Il serait dangereux de viser à l'imputrescence extemporanée ou très-rapide, parce que, pour la produire, il faudrait des doses nuisibles par leurs effets locaux et généraux. La seule chose que nous puissions obtenir, c'est le retard ou l'amoindrissement de la putridité, que donnent les doses modérées.

Blessures par armes a feu. — M. *Larrey* présente à l'Académie, de la part de M. *T. Longmore*, chirurgien général de l'armée anglaise, un ouvrage intitulé : *Blessures par armes à feu; leur histoire, traits caractéristiques, complications et traitement, avec la statistique de ces blessures en temps de guerre*. 1 volume en anglais de près de 700 pages, illustré de 58 planches.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1879.— PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. *Larrey* offre à l'Académie les médaillons en bronze de Lordat, de Béclard et de Magendie, et un portrait de Gall.

M. le docteur *Lardier*, chirurgien de l'hôpital de Rambervillers, adresse un mémoire intitulé : *De l'arrêt mécanique et instantané des palpitations du cœur*. (Comm. : MM. Marey et Germain Sée.)

Déclaration de vacances. — M. *le Président* annonce qu'il y a lieu de déclarer trois vacances de places de membre titulaire dans les sections de pathologie médicale, de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, d'anatomie et de pathologie, par suite des décès de MM. Chauffard, Gubler et Piorry.

Spina-bifida. — M. *Jules Guérin* présente à l'Académie un enfant nouveau-né, du sexe féminin, atteint de spina-bifida

accompagné d'une tumeur hydrorachitique, d'imperforation de l'anus, avec ouverture anormale, et de deux pieds-bots varus équins considérables.

Cet enfant est né à huit mois environ. Il a aujourd'hui neuf jours. Les parents sont bien conformés. La mère n'a éprouvé aucun trouble durant sa grossesse. Le père est âgé de vingt-sept ans. Le spina-bifida, situé à la partie inférieure de la colonne vertébrale, comprend les dernières vertèbres lombaires, au-dessous desquelles existe un sillon cicatriciel correspondant à l'extrémité du coccyx. La tumeur, du volume d'un demi-œuf de poulette, correspond exactement à l'écartement des apophyses épineuses. Ses enveloppes, résistantes, d'une couleur rouge violacée, sont amincies à leur centre et le siège d'une sécrétion séro-purulente.

Rapports. Eaux minérales. — M. *Bouchardat*, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

Tumeur fibreuse de l'utérus. Hystérotomie. — En présentant à l'Académie une malade sur laquelle il a pratiqué la gastrotomie et l'ablation de l'utérus pour une tumeur fibreuse, M. *Tillaux* rappelle qu'il y a quelques années Demarquay avait dit à cette même tribune académique, que l'hystérotomie appliquée aux fibromes était une opération non justifiée, et devait être condamnée.

L'Académie ne doit pas rester sous l'impression des paroles de Demarquay. Le fait rapporté par M. Tillaux prouve qu'un grand nombre de malades peuvent échapper à une mort certaine par l'hystérotomie, ou, comme le propose M. Tillaux, par l'*hystérectomie*.

Voici dans quelles conditions cette opération peut être appiquée :

1° Lorsque la vie de la femme est menacée par des hémorrhagies incoercibles : ce sont les cas les plus fréquents ;

2° Lorsque la tumeur détermine des douleurs intolérables et que les malades elles-mêmes demandent l'opération ;

3° Enfin lorsque la compression d'un corps fibreux comprime une portion de l'intestin au point de produire l'occlusion intestinale : ces cas sont les plus rares.

La malade de M. Tillaux est âgé de trente-cinq ans. Après avoir passé deux mois à Lariboisière, et traîné d'hôpital en hôpital, elle revint à Beaujon le 5 mars dernier pour y demander l'opération. Elle était atteinte d'un fibrome volumineux qui occasionnait des pertes continuelles, et l'avait amenée au dernier degré de la cachexie.

La tumeur était arrondie, demi-mobile, et ne laissait aucun doute sur le diagnostic. L'opération fut pratiquée le 19 avril, dans un pavillon isolé de l'hôpital Beaujon, en présence de MM. Marchand, Terrier et Lucas-Championnière.

L'incision fut pratiquée sur la ligne médiane et eut environ 18 centimètres en contournant l'ombilic. La tumeur présentait quelques adhérences dues a des pelvi-péritonites antérieures. Elles purent être détachées assez facilement avec la main. Les deux trompes furent ensuite sectionnées après avoir été liées avec du catgutt. La tumeur put alors être basculée en avant et placée hors de la cavité abdominale sur le mont de Vénus. Il s'agissait alors d'en pratiquer la section. M. Tillaux plaça une broche qui traversa la tumeur de part en part à sa partie inférieure. Un fil de fer fut placé au-dessous de la broche et serré avec le ligateur Cintrat, afin de bien pédiculiser la tumeur. La masse utérine et fibreuse étant alors bien isolée, la section en fut pratiquée avec le bistouri au-dessus de la ligature. Le pédicule, qui était très-large, fut laissé à l'angle inférieur de la plaie. Le pansement antiseptique de Lister fut appliqué.

Il n'y eut aucun accident. La broche fut retirée le vingtième jour, et la guérison eut lieu lentement, mais sans interruption.

M. Tillaux fait remarquer que dans ce cas il n'a pas jugé utile d'enlever les ovaires, qu'il n'a pas rencontrés sur son passage.

La tumeur enlevée est sous-muqueuse et pèse environ 2 kilogrammes. Elle s'est développée dans la paroi utérine latérale gauche.

M. Tillaux fait remarquer que le mot d'hystérotomie appliqué à cette opération n'est pas juste ; il faudrait dire *hystérectomie* lorsqu'on pratique l'ablation totale de l'utérus, de même que l'on dit *iridectomie* quand on enlève l'iris. Hystérotomie voudrait simplement dire incision, et non ablation de l'utérus ; cette opération peut être appliquée aux tumeurs fibreuses, lorsqu'on enlève simplement le fibrome en laissant l'organe.

L'orateur termine en disant que l'Académie ne doit pas rester sous l'impression du rapport de Demarquay, qui avait dit, il y a quelques années, que les chirurgiens ne devraient pas reculer devant une opération qui peut sauver la vie à un grand nombre de femmes.

M. *Dechambre* pense que le mot *hystérectomie* n'est pas régulier, τομὴ voulant dire simplement *dissection*.

M. *Tillaux* dit qu'il a consulté Littré avant de faire sa communication, et que le mot nouveau qu'il propose est conforme aux règles grammaticales. D'après Littré, εκτομὴ veut dire ablation.

M. *Duplay* partage complètement l'opinion de M. Tillaux ; l'hystérotomie lui paraît devoir entrer dans la pratique chirurgicale. Il présentera à l'Académie une malade sur laquelle il a pratiqué cette opération avec succès.

M. *J. Guérin* demande si la fonction menstruelle a continué chez cette femme, et si elle a eu des rapports sexuels.

M. *Tillaux* répond que la menstruation a eu lieu régulièrement pendant les trois derniers mois, mais qu'il ne sait rien quant aux rapports sexuels.

Étiologie du charbon. — A l'occasion du procès-verbal de la séance du 12 août dernier, M. *Colin* fait une réclamation relative à une lettre de M. Toussaint. « En somme, dit M. Colin, bien qu'on ait pris ma méthode et mon programme, on a laissé la question de l'étiologie du charbon absolument pendante ; c'est ce que je tiens à établir pour engager les observateurs indépendants et sans idées préconçues à poursuivre leurs études. Il va sans dire que je mettrai moi-même ce conseil en pratique et que je continuerai à chercher, si découragé que je sois par les dénis de justice. »

De l'altération du sang dans les maladies de la parturition, par M. Colin. — Lorsqu'une femelle meurt après le part, dit M. *Colin*, elle succombe à des accidents virulents qui laissent indemnes l'utérus et le péritoine, et qui ont leur origine non dans le sang, mais dans la sérosité de l'épanchement pleurétique, qui jouit de la contagiosité et la communique au sang par l'inoculation. Ce n'est pas ainsi que se caractérise la septicémie ou la virulence, qui a son principe dans le sang et qui tue très-rapidement après plusieurs transmissions successives, contrairement au liquide de l'épanchement pleurétique. La virulence peut donc procéder d'un produit de sécrétion, revenir au sang, en laissant à ce liquide les autres particularités de son altération, par conséquent s'atténuer, s'éteindre, indépendamment de l'état auquel elle paraît liée.

M. *J. Guérin* dit que pour éviter toute cause externe de septicémie, les inoculations devraient toujours être faites sur les animaux par la méthode sous-cutanée.

M. *Colin* répond que ce mode de procéder a été employé par MM. Coze et Feltz, et que les injections ont donné lieu à des accidents de septicémie malgré l'absence de l'air.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Réflexions sur l'ovariotomie. — Opérations chez les diabétiques. — Présentation d'instruments.

La correspondance comprend : 1° Une observation de M. *Lizé* (du Mans) : Rétrécissement du bassin ; présentation de l'épaule ; version pelvienne impossible ; éviscération ; section du rachis ; extraction du fœtus. — 2° *Les trois dernières épidémies de peste dans le Caucase*, par M. *Tholozan*. — 3° *Les tumeurs pulsatiles des os*, par M. *Guérini*.

— M. *Tillaux* désire faire quelques observations sur l'ovariotomie, à propos d'une femme de trente-six ans, opérée en mai 1879 aux environs de Paris. Le kyste de l'ovaire gauche contenait 12 litres de liquide. Il avait été ponctionné plusieurs fois et avait disparu spontanément deux fois. D'après les renseignements fournis par la malade, la poche s'était rompue et le liquide était entré dans la vessie ; c'était donc un kyste déhiscent de l'ovaire.

Etant à l'hôpital de Lariboisière, M. Tillaux a observé une femme qui avait une péritonite. Dans la nuit précédente, cette femme avait ressenti une vive douleur, et une bosse qu'elle avait dans le ventre avait disparu subitement. C'était encore un cas de rupture spontanée de kyste de l'ovaire.

La première malade fut opérée le 30 mai. En renversant le kyste sur les cuisses de la malade, on entraînait un autre corps ; c'était la vessie. Il y avait fusion de la face antérieure du kyste avec la face postérieure de la vessie. M. Tillaux découpa un lambeau de la poche, large comme la paume de la main, et laissa ainsi un peu de la paroi du kyste soudée à la vessie ; sur toute la circonférence de la pièce les vaisseaux étaient très-nombreux, et l'on dut faire 20 ligatures avec le catgutt et la soie.

Ordinairement le chirurgien réduit le pédicule dans le ventre et fait la réunion immédiate ; c'est ce que fit M. Tillaux. Il obtint la réunion par première intention, et la malade guérit. Doit-on toujours réduire le pédicule et faire la réunion par première intention ? Si le pédicule est long et étroit, il faut le réduire ; si le pédicule est large, c'est moins prudent, à cause de la possibilité des hémorrhagies. Si le pédicule est large et très-court, il y a avantage à le diviser au moyen de plusieurs ligatures et à le réduire ensuite.

M. *Boinet* connaît plusieurs faits de rupture de kystes ovariques suivie de guérison. Ainsi, une femme reçoit un coup de pied dans le ventre : péritonite ; émission d'une quantité énorme de liquide par la vessie ; guérison durable. Selon M. Boinet, le liquide du kyste n'a pas passé directement dans la vessie ; il a été résorbé peu à peu dans le péritoine.

La réduction du pédicule a été mise en pratique par beaucoup d'opérateurs ; mais cette réduction a amené des hémorrhagies suivies de mort. Quand les adhérences de la poche kystique sont très-intimes avec l'intestin ou la vessie, il faut laisser une portion de la paroi du kyste en empêchant les hémorrhagies.

M. *Terrier* admet l'ouverture des kystes de l'ovaire dans la vessie. M. L. Gallez montre, dans son mémoire, que la déhiscence des kystes par la vessie, le vagin ou l'intestin, ne constitue pas un fait rare. A la suite d'un traumatisme, le liquide se répand dans le péritoine et souvent la mort s'ensuit. Mais, le plus ordinairement, il s'établit un travail inflammatoire entre la paroi du kyste et un organe voisin, d'où l'ouverture spontanée dans l'organe, et le liquide s'échappe. Tous les opérateurs conseillent de découper la partie de la poche trop adhérente ; M. Terrier serait tenté d'en abraser la surface épithéliale, souvent irritante pour le péritoine.

Il y a longtemps qu'on laisse le pédicule dans le ventre ; S. Wells opère ainsi. Quand le pédicule est mince, assez long, il semble naturel de le laisser dans la cavité abdominale. Dans une opération faite par M. Terrier, il y avait deux kystes : l'un à pédicule assez long ; dans le ligament large du côté opposé était un kyste sans pédicule. De ce côté, on fit des ligatures, afin de laisser dans le ventre la partie sectionnée. Quand le pédicule est large, on le sépare en deux et l'on applique plusieurs ligatures sur chaque moitié.

M. *Lucas-Championnière*. Ordinairement, on laisse le pédicule dans le ventre. Hiss (d'Edimbourg) a comparé les deux manières de faire, et il a trouvé qu'après la réduction on observait parfois des accidents de suppuration ; depuis la méthode antiseptique on n'a plus à craindre ces inflammations.

M. *Duplay*. Spencer Wells a fait 600 ovariotomies sans rentrer le pédicule (excepté quand il ne pouvait pas l'amener à l'extérieur). Dans ses 300 derniers cas, il semble avoir modifié sa pratique. M. Duplay a toujours eu des succès en laissant le pédicule à l'extérieur ; jusqu'à nouvel ordre il ne modifiera point sa pratique.

M. *Boinet*, quand le pédicule est assez long, le comprend dans la suture abdominale ; quand le pédicule est très-court, il le laisse dans le ventre.

M. *Terrier* est d'avis de lier tous les vaisseaux du pédicule, de manière à laisser ce pédicule dans le ventre. Au dehors, un pédicule met de 20 à 35 jours avant de tomber, tandis qu'en laissant le pédicule dans le ventre, la malade peut se lever au bout de quinze jours.

M. *Tillaux*. La question est de savoir si, de parti pris, on doit laisser le pédicule dans le ventre ; ou bien faut-il que ce soit l'exception ? C'est à l'avenir de décider.

— M. *Polaillon* fait un rapport sur des observations adressées par M. *G. Maunoury* : 1° Résection du maxillaire supérieur ; gangrène de la joue ; mort. 80 grammes de sucre par litre d'urine. — 2° Ecrasement du pied ; désarticulation tibio tarsienne ; mort. Sucre dans les urines. — 3° Femme de quarante-cinq ans, diabétique ; grossesse ; hémorrhagies ; accouchement à sept mois et demi. Mort sans péritonite.

Ces intéressantes observations seront publiées dans le *Bulletin* de la Société.

— M. *Panas* présente, de la part de M. *Carré*, un couteau destiné à inciser le canal lacrymo-nasal.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

Stroma des globules rouges : M. Hayem. — Troubles trophiques consécutifs aux sections partielles du trijumeau : M. Laborde. — Influence des nerfs sur la sécrétion lactée : M. Laffont. — Procédé de dissociation des glandes de l'estomac : M. Coudereau. — Réclamation sur une question de priorité au sujet de l'étude des strychnées d'Amérique et du curare : M. Jobert. — 1° Effets cardiaques de la ligature du pneumo gastrique ; — 2° Nécrotome électrique ; — 3° Restitution des fonctions d'un nerf comprimé : M. François-Franck.

M. *Hayem*. Lorsqu'on examine au microscope une goutte de sang étalée et desséchée sur une lame de verre, on aperçoit les globules rouges rangés en piles et formant des traînées sinueuses bien connues des histologistes. Si on examine la même préparation après l'avoir soumise au lavage, en y laissant tomber un mince filet d'eau qui a entraîné toute l'hémoglobine, on n'aperçoit plus d'éléments figurés, sauf quelques globules blancs. Mais certains réactifs, tels que l'eau iodée, l'éosine, la fuchsine, font apparaître le *stroma* des hématies. Ce stroma, qui subsiste nettement après l'élimination de l'hémoglobine, présente les mêmes diamètres que les globules encore intacts, mesurés avant le lavage. Il paraît donc constituer simplement une mince enveloppe étalée à la

surface de ces globules. Puisqu'il reste seul après le lavage, on pourrait, en opérant sur une quantité notable de sang, étudier sa composition chimique; on vérifierait ainsi s'il s'agit, comme on le croit généralement, d'une pellicule albuminoïde.

— M. *Laborde* présente trois lapins sur lesquels il a pratiqué des sections partielles du trijumeau par le procédé qu'il a antérieurement indiqué à la Société. Ce procédé consiste à arracher le nerf au moyen d'un crochet glissé à travers la base du crâne en dedans du condyle interne de la mâchoire. On évite ainsi la lésion des lobes antérieurs du cerveau, inévitable lorsque suivant les anciennes méthodes on fait pénétrer les instruments par la voûte. Les animaux opérés ont été conservés dans des cages, sur du foin, sans aucune précaution spéciale, sans suture des paupières, sans suture de l'oreille au-devant de l'œil. Au bout de trois semaines seulement, des lésions ont commencé à apparaître; chez le premier lapin, opéré il y a plus de deux mois, une grande partie de la cornée s'est mortifiée, et les points nécrosés ont été remplacés par un tissu absolument opaque; chez le second, des lésions analogues sont actuellement en voie de réparation; chez le troisième, un tout petit point est seulement devenu opaque. Dans les trois cas, les lésions trophiques se sont limitées aux zones anesthésiées, et les points dont la sensibilité avait été épargnée n'ont présenté aucune altération.

M. *Frank* rapproche ces expériences de celles que M. Ranvier a communiquées à la Société sur les sections des nerfs cornéens: il demande à M. Laborde s'il entrevoit l'explication de l'absence de lésions cornéennes chez les animaux opérés par M. Ranvier, la cornée de ces animaux ayant tout aussi bien été rendue insensible que celle des animaux sur lesquels M. Laborde a lésé le trijumeau.

M. Franck ajoute qu'il doit y avoir un rapport entre l'abaissement de la température locale que Cl. Bernard a signalé à la suite des sections du trijumeau et les troubles nutritifs qui se produisent du même côté de la face; seulement, il faudrait pour étudier ce rapport que la lésion du trijumeau fût assez étendue pour que l'abaissement de température pût être constaté; or, dans les expériences de M. Laborde les lésions du nerf paraissent être superficielles.

— M. *Regnard*, au nom de M. *Laffont*, lit une note sur l'action des nerfs sur la sécrétion lactée. Sur une chienne curarisée, l'excitation du bout périphérique du nerf mammaire détermine l'abaissement de la pression dans l'artère qui se distribue à la mamelle correspondante, la congestion de cette glande et l'exagération de la sécrétion du lait. Cette exagération persiste après la section du nerf et la cessation des excitations.

— M. *Coudereau* propose un nouveau procédé pour isoler les glandes de l'estomac et en faciliter ainsi l'examen microscopique. Il suffit de faire bouillir un lambeau de paroi stomacale dans un liquide contenant: liqueur de Müller 1/3, eau 2/3, et nitrate de potasse environ 3/100. La proportion de liquide de Müller devra être plus forte, si l'estomac n'est pas très-frais. Quand cet organe a été ainsi traité, on en prend un fragment, on l'écrase avec la pointe du scalpel, on le porte sur une lame de verre au milieu d'une goutte de glycérine, et on voit alors au microscope les glandes entières ou coupées par le scalpel se dissocier spontanément.

— M. *Jobert* fait une réclamation au sujet d'une question de priorité. Des études qu'il a faites au Brésil sur différentes strychnées (*Strychnos triplinervia, rubiginosa, hirsuta, Gartnerii*) lui ont démontré que les strychnées d'Amérique n'ont jamais de propriétés convulsivantes, contrairement aux strychnées d'Asie, et qu'elles constituent la base au curare. Il a communiqué ces faits à la Société de biologie, au congrès de Montpellier (août 1879); enfin, il y a plus d'un an, il les avait exposés dans une conférence publique faite à Rio, en présence de l'empereur du Brésil et de six cents autres personnes. Parmi les auditeurs se trouvait M. de Lacerda. M. Jobert a donc été vivement surpris de voir, dans les derniers *comptes rendus de l'Académie des sciences*, MM. Couty et de Lacerda s'approprier toutes ces découvertes et les communiquer comme résultant de leurs propres recherches. Il proteste contre cette usurpation.

— M. *François-Franck*: 1° *Effets cardiaques produits par la ligature du pneumogastrique.* — La ligature ou la section du pneumogastrique d'un côté produit sur le chien, le chat et quelquefois le lapin, un court arrêt du cœur ou un ralentissement marqué des deux ou trois battements qui la suivent. Cet effet cardiaque modérateur résulte d'un acte réflexe dont le point de départ est dans l'irritation des filets sensibles du nerf lié, et la voie de transmission centrifuge dans le nerf opposé resté intact. Mais *le nerf lié lui-même* sert aussi d'agent de transmission centrifuge à l'incitation modératrice: en effet, la ligature d'un pneumogastrique, *après que le pneumogastrique opposé à été sectionné*, produit encore le ralentissement du cœur. Ce ralentissement ne résulte pas d'une irritation transmise directement aux appareils modérateurs intracardiaques; car une seconde ligature au-dessous de la première, sur le bout périphérique du nerf, n'est suivie d'aucun effet cardiaque chez les mammifères (fait déjà noté par MM. Dastre et Morat) L'effet cardiaque ne peut donc provenir que d'un acte réflexe ayant *sa transmission centripète et centrifuge dans le nerf lié lui-même.*

2° *Névrotome électrique.* — J'ai cherché à mesurer ce temps, et j'ai, dans ce but fait construire par M. Galante un petit appareil (névrotome électrique) que je présente à la Société. Il a la forme d'un petit lithotriteur entre les branches duquel le nerf peut être comprimé circulairement comme par une ligature ou sectionné, suivant que la branche mâle est constituée par une lame mousse ou une lame tranchante. Il est traversé par un courant de pile qui s'interrompt au moment où cette lame rencontre la branche opposée après avoir détruit la continuité du nerf. Un signal électrique (M. Desprez) marque sur un cylindre enregistreur les instants précis de ces deux contacts, et permet ainsi de mesurer la durée de la section ou de la compression du nerf. Cette durée peut varier au gré de l'opérateur. Si elle dépasse 1/10 de seconde, le réflexe modérateur a encore le temps de passer dans le nerf comprimé. On sait d'autre part que le réflexe fait défaut si on fait brusquement la section à l'aide de ciseaux fins très-tranchants. La durée précise du temps nécessaire à la production de ce réflexe est à déterminer.

3° *Restitution rapide des fonctions du nerf comprimé.* — Au cours de ces recherches, j'ai observé un fait qui peut présenter un certain intérêt physiologique et chirurgical. Quand j'ai produit avec la lame mousse de mon appareil une contusion circulaire du pneumogastrique, en pressant sur la tige avec une certaine force, ce nerf a complètement perdu la propriété de transmettre les excitations dans un sens et dans l'autre: on s'en assure facilement en irritant le nerf (avec des excitations traumatiques, pour éviter la recomposition des courants électriques) au-dessus et au-dessous du point comprimé. Il a cessé d'agir sur l'œsophage par exemple, quand on l'irrite au-dessus de la zone contusionnée; il ne provoque plus d'effets respiratoires quand on l'irrite au-dessous. Mais cette suspension dans les propriétés conductrices n'est que temporaire. Au bout d'un temps variable, souvent très-court, vingt minutes à une heure, la transmission dans les deux sens est de nouveau possible. En répétant les mêmes expériences que plus haut au-dessus et au-dessous du point où a été exercée la constriction, on constate la réapparition des effets centrifuges et centripètes. Si on examine alors le nerf, on voit que le sillon tracé par la lame est à peu près effacé; le cordon nerveux présente seulement à ce niveau une coloration un peu plus foncée. Sans entrer dans des dé-

tails plus circonstanciés relatifs au mode d'altération produite et au mécanisme de la restitution fonctionnelle, je me contente de noter ce fait, qu'*un nerf qui a été interrompu physiologiquement par une constriction linéaire, assez forte pour empêcher la conduction, insuffisante cependant pour détruire la continuité anatomique, reprend très-rapidement ses fonctions.*

X. Arnozan.

Société de thérapeutique.

Séance du 8 octobre 1879. — Présidence de M. Féréol.

Cas de paralysie pseudo-hypertrophique chez un enfant de douze ans : M. Dally. — Du traitement de l'hydarthrose : M. Brame (de Tours). — De la pepsine et de l'incompatibilité des ferments et des alcooliques : M. Catillon. — Du traitement de la diphthérie par les applications locales de bromure de potassium : M. Peyrot (de Libourne). — Du traitement des affections ulcéreuses chroniques par le chlorate de potasse : MM. Dujardin-Beaumetz et Blondeau.

M. *Dally* présente un enfant de douze ans, atteint de l'affection décrite par Duchenne (de Boulogne) sous le nom de *paralysie pseudo-hypertrophique*. Sous cette dénomination, Duchenne (de Boulogne) décrivait une affection caractérisée principalement : « 1° par un affaiblissement des mouvements siégeant, au début, dans les muscles moteurs des membres inférieurs et dans les spinaux lombaires, s'étendant progressivement, dans une période ultime, aux membres supérieurs, et s'aggravant jusqu'à l'abolition des mouvements; 2° par l'augmentation progressive du volume de la plupart des muscles, atteints en même temps de parésie; 3° par l'hyperplasie du tissu connectif interstitiel des muscles lésés dans leur motilité, et par une production abondante ou de tissu fibreux ou de vésicules adipeuses, dans une période plus avancée ». L'enfant présenté par M. Dally répond exactement aux symptômes décrits par Duchenne : les muscles moteurs des membres inférieurs et des spinaux lombaires sont extrêmement hypertrophiés ; ils forment des bosselures tout à fait en désaccord avec l'âge du malade d'une part, et d'autre part, avec le développement normal des autres muscles non lésés. M. Dally présente ce malade à cause même de la rareté de cette affection, dont il n'a été publié que treize observations jusqu'à ce jour.

M. *Constantin Paul* insiste sur cette présentation importante, non-seulement par la rareté de l'affection, mais parce qu'elle montre nettement la répartition de la lésion, qui n'existe pas sur tous les muscles, mais simplement sur des groupes de muscles, tandis que des muscles voisins paraissent atrophiés. On trouve de plus, chez ce malade, ce que Duchenne a constaté de son côté, c'est-à-dire une ensellure considérable par atrophie des pectoraux et des transversaires. Depuis un certain temps, M. Constantin Paul cherche à reconnaître la marche de la succession des lésions musculaires dans les affections nerveuses : les lésions musculaires marchent dans un ordre qui est propre à la nature de la paralysie ; on pourrait ainsi, d'après le siège et l'intensité des lésions musculaires, reconnaître la période de la maladie à laquelle on est arrivé. Par exemple, dans la paralysie du radial, le premier muscle atteint est le long supinateur, puis les muscles radiaux. Dans la paralysie pseudo-hypertrophique, n'y a-t-il pas un processus constant qui permette de dire que l'affection est en progrès ou en décroissance?

— M. *Brame* fait une lecture sur le traitement de l'hydarthrose.

— M. *Catillon* donne lecture d'un mémoire sur la pepsine et sur l'incompatibilité des ferments et des alcooliques.

Dans la séance du 12 août, M. le professeur Vulpian a fait à l'Académie une communication importante sur les ferments digestifs, en démontrant, d'une part, l'incompatibilité qui existe entre ces ferments et l'alcool, et d'autre part, l'incompatibilité de ceux de ces ferments qui agissent dans un milieu alcalin (diastase et pancréatine), avec celui qui agit dans un milieu acide (pepsine) ; d'où il conclut : 1° qu'il faut éviter d'associer à ces produits l'alcool et les alcooliques, même le vin ; 2° qu'il est inutile d'associer la diastase et surtout la pancréatine à la pepsine ; car l'acidité du suc gastrique détruit les propriétés de ces premiers ferments, ou mieux, ce qui est plus exact, retarde l'action de la diastase et anéantit d'une façon irrémédiable l'action de la pancréatine. Il importe, en effet, de faire une réserve en ce qui concerne la diastase, car M. Catillon a constaté expérimentalement que le suc gastrique extrait par la glycérine digère les féculents.

Si on le met à l'étuve avec de l'empois d'amidon, celui-ci se fluidifie, la liqueur filtre avec facilité et réduit fortement la liqueur cupro-potassique. Si on le fait agir à la fois sur la fibrine et sur de l'empois d'amidon, les deux transformations s'effectuent simultanément et la fibrine se dissout aussi rapidement et en même proportion que dans l'eau simple.

1 gramme de pepsine à la glycérine, qui digère 6 grammes de fibrine, peut dissoudre en même temps 3gr,50 d'amidon. La pepsine proprement dite, la pepsine du Codex obtenue par précipitation par l'acétate de plomb, de même que celle qui a été précipitée par l'alcool, n'a pas d'action sur l'amidon.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente, au nom de M. le docteur Peyrot (de Libourne), un mémoire sur le traitement de la diphthérie par les applications locales directes du bromure de potassium. Ce mémoire repose sur 42 observations. Les résultats ont été des plus satisfaisants. M. Peyrot emploie tantôt une solution de 15 à 20 grammes de bromure de potassium dissous dans 100 grammes d'eau et dans de la glycérine, tantôt de la poudre porphyrisée de bromure de potassium, poudre qu'il emploie par insufflation sur les parties malades : il a employé aussi la solution en pulvérisation. Le but qu'il se propose est d'abord de détruire les fausses membranes, et ensuite de faciliter la reconstitution de la muqueuse. M. Dujardin-Beaumetz ajoute que le bromure de potassium possède des propriétés caustiques, moins énergiques cependant que celles du chlorate de potasse.

M. *Féréol* a traité un cancroïde des lèvres par les applications du chlorate de potasse ; il a obtenu de bons résultats. Dans trois cas où ce traitement a été employé, deux fois on a observé une cicatrisation presque complète ; la troisième fois la récidive ne s'est produite que cinq ans après. Mais il est une chose importante à signaler, c'est que le chlorate de potasse agit sur le système cutané, mais non sur les muqueuses : il serait donc inutile de l'employer dans un cas de cancroïde de la langue.

M. *Bucquoy* répond que l'opinion n'est pas encore fixée sur la valeur thérapeutique des applications locales du chlorate de potasse, malgré les expériences de M. Cadet de Gassicourt, dans la diphthérie et les angines.

M. *Dujardin-Beaumetz* a traité avec succès les affections vaginales par des applications de chlorate de potasse : sous l'influence de cette substance, on voit apparaître rapidement une rougeur assez vive de toute la région qui a été en contact avec le chlorate de potasse, mais cette rougeur est superficielle. Il recommande vivement ce topique dans les cas d'affections utérines chroniques.

M. *Blondeau* a employé le chlorate de potasse dans des cas de petites tumeurs épidermiques qu'on observe si souvent chez les vieillards, et cela presque toujours avec succès : cette médication est d'autant meilleure qu'elle n'expose à aucun accident, comme il arrive si fréquemment à la suite de substances irritantes.

Dr Joseph Michel.

REVUE DES JOURNAUX

La stomatite pustuleuse contagieuse des chevaux, par MM. Eggeling et Ellenberger.

Cette affection, décrite pour la première fois, et qui présente une certaine ressemblance avec la morve, dont elle se différencie par sa bénignité, fut observée sous forme épidémique à l'école vétérinaire de Berlin en 1878. Les animaux présentaient sur la muqueuse de la bouche et du nez, ou sur la peau environnante, des nodosités inflammatoires de la grosseur d'un pois ou d'un haricot, qui finissaient par s'ulcérer et formaient en confluant des plaies plus ou moins étendues. La mastication et la déglutition étaient très-pénibles, mais l'état général n'était aucunement altéré.

Cette stomatite était très-contagieuse pour les hommes et pour les animaux, ce qui fut démontré par l'inoculation accidentelle des palefreniers, et des expériences faites sur divers animaux. Deux garçons d'écurie eurent les mêmes accidents du côté des gencives, avec fièvre et embarras de la déglutition; d'autres eurent des ulcérations aux doigts. Tous ces symptômes disparaissaient en huit ou quinze jours. (*Arch. für Wiss. Thierheilk.*, t. IV, et *Cent. für med. Wiss.*, 1879, n° 30.)

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie des centres nerveux, par M. le professeur Huguenin (de Zurich); traduit par M. le docteur Th. Keller et annoté par M. le docteur Mathias Duval. — Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils.

De la localisation des maladies cérébrales, par M. David Ferrier; traduit de l'anglais par M. C. de Varigny; suivi d'un mémoire sur les localisations motrices dans les hémisphères du cerveau, par MM. Charcot et Pitres. — Paris, Germer Baillière.

Traité des maladies du système nerveux, par M. W. Hammond; traduction française par M. le docteur Labadie-Lagrave. — Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils.

Traité clinique des maladies de la moelle épinière, par M. E. Leyden; traduit par MM. les docteurs Richard et C. Viry. — Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils.

(Fin. — Voyez le numéro 41.)

Les traductions d'ouvrages consacrés à l'étude des maladies du système nerveux sont toujours, nous l'avons vu en parlant de la nomenclature médicale, très-laborieuses et très-méritoires. Mais, s'il est difficile de rendre avec précision la pensée d'un auteur et de rester clair tout en suivant avec fidélité le texte primitif, combien n'est-il pas plus malaisé encore de compléter par des notes ou d'éclairer par des commentaires un livre que l'on veut mettre au courant de la science française? Et cependant c'est ce qu'il convient d'essayer le plus souvent quand on a le souci d'offrir à ses compatriotes une œuvre complète et qui rende justice aux travaux de nos compatriotes. Le livre de Hammond et celui de Leyden ne méritent pas, nous tenons à le dire de suite, le reproche que l'on pourrait, à cet égard, adresser à certains ouvrages étrangers. Les travaux de nos maîtres les plus éminents, et en particulier ceux de MM. Charcot, Vulpian, Duchenne (de Boulogne), sont analysés avec soin et signalés avec honneur presque à chaque page du traité de Hammond. M. Labadie-Lagrave n'en a pas moins rendu un signalé service à tous ceux qui étudieront les maladies du système nerveux dans cet ouvrage, en l'enrichissant de notes aussi nombreuses que savantes. Dans un appendice spécial, il décrit de plus la syphilis cérébrale, si bien étudiée par MM. Charcot et Gombault, Gros et Lancereaux, Fournier, etc.; les troubles variés de la parole, et en particulier l'aphasie, qui est aussi bien connue, grâce surtout aux travaux français; il expose la doctrine des localisations cérébrales et la séméiologie des maladies du cerveau, du cervelet, du bulbe et de la moelle épinière; enfin la pathologie du grand sympathique.

Cet appendice, écrit par un médecin consciencieux autant qu'érudit, résume très-exactement nos connaissances actuelles sur une série de sujets que Hammond n'avait pas appréciés du même point de vue. Ce n'est point à dire, toutefois, que toutes ces questions n'aient pas été traitées dans l'ouvrage du savant professeur de New-York. Le chapitre de l'aphasie, en particulier, est l'un des meilleurs de son livre, et nous y avons admiré le soin et l'exactitude avec lesquels l'historique de cette question a été écrit. Pleine et entière justice est rendue aux travaux de Dax, de Bouillaud, de Broca. Les discussions soulevées au sujet de la localisation du centre de l'aphasie sont exposées avec un soin et une précision qui ne laissent rien à désirer. Cependant, et à ce point de vue les notes complémentaires de M. Labadie-Lagrave seront d'un grand secours, Hammond n'a traité en détails ni les maladies du cervelet, ni, ce qui est plus grave, celles du bulbe rachidien. La paralysie labio-glosso-laryngée est décrite avec les maladies de la moelle épinière et la classe des maladies dites cérébro-spinales comprend surtout les névroses. Nous ferons remarquer aussi que quelques-uns des chapitres de son livre sont singulièrement écourtés. Deux lignes nous paraissent insuffisantes au sujet de la méningite cérébro-spinale. Au moins fallait-il développer les motifs qui engagent à la rayer du cadre des maladies du système nerveux. Le chapitre consacré aux hémorrhagies spinales est aussi peu concluant et paraît rédigé bien à la hâte.

Mais ces critiques de détail ne sont pas faites pour modifier notre jugement sur l'ouvrage tout entier. Il se divise en plusieurs parties. Hammond commence par décrire les instruments nécessaires au diagnostic et au traitement des maladies du système nerveux. Il rappelle, à ce propos, que les recherches ophthalmoscopiques peuvent, dans quelques cas, ainsi que M. Bouchut l'a depuis longtemps établi, éclairer le diagnostic de certaines maladies du cerveau ou de la moelle. Il étudie aussi les céphalohémomètres, les esthésiomètres, etc. Puis vient, dans une première partie, l'étude des maladies du cerveau, où nous trouvons, après les chapitres qui nous décrivent les principales lésions encéphaliques et les symptômes qu'elles déterminent, une étude assez complète de l'aliénation mentale. C'est là une innovation qui mérite une mention spéciale. Les considérations préliminaires qui tendent à prouver le rapport qui paraît exister entre les modifications que peut présenter la structure du cerveau et l'ensemble des phénomènes intellectuels soulèveront bien quelques critiques; mais l'ensemble du chapitre reste très-remarquable, et il est surtout intéressant de faire observer que les relations qui unissent la pathologie mentale à la pathologie nerveuse rendent très-profitables les études d'aliénation mentale faites par des névrologistes aussi compétents que le docteur Hammond. Une deuxième partie comprend l'étude des maladies de la moelle et de ses enveloppes. Vient ensuite, sous la dénomination d'affections cérébro-spinales, l'étude de l'hydrophobie, de l'épilepsie, de la chorée, de l'athétose, de l'hystérie et des affections hystéroïdes, de la paralysie agitante, etc., etc. L'auteur classe parmi ces affections cérébro-spinales le goître exophthalmique. On lira, avec intérêt, les considérations développées pour appuyer cette opinion. Les maladies du système nerveux périphérique sont décrites dans la quatrième partie de l'ouvrage, et la cinquième comprend l'étude des maladies toxiques du système nerveux. Nous trouvons, dans cette dernière partie, un chapitre consacré à l'étude du bromisme. Que de médecins auraient profit à méditer ces quelques pages, afin d'éviter les singuliers abus que l'on

commet si souvent, en prescrivant pendant des mois et même des années, parce qu'on en ignore les effets, un médicament qui n'est utile que lorsqu'il répond à une indication précise!

Le livre de Hammond, commenté, annoté et complété par M. Labadie-Lagrave, est une de ces œuvres magistrales qui, à certaines époques de l'histoire de la médecine, établissent avec autorité l'état de nos connaissances en névrologie. Il résume sous une forme didactique, avec une grande précision, et surtout avec une loyale impartialité, tous les travaux accomplis dans l'une des branches de la médecine les plus étudiées, bien que les moins connues. L'école française, dont M. Charcot est le représentant le plus éminent, accueillera avec sympathie cet ouvrage, qui, malgré quelques critiques de détails dont quelques-unes, il est vrai, pourraient encore être contestées, rend justice aux découvertes qui lui sont dues.

Le *Traité clinique des maladies de la moelle épinière* répond bien à son titre. C'est dire qu'il diffère beaucoup du livre de Hammond. Le professeur de New-York a tenu à présenter un tableau fidèle et précis de l'état actuel de la science névrologique. Il devait s'efforcer de résumer toutes les observations sur lesquelles s'appuient les doctrines qu'il expose, et d'arriver ainsi à être court tout en étant à peu près complet. Leyden, au contraire, tient à fournir toujours, avec détails, la preuve des opinions qu'il défend. Les observations cliniques qu'il a recueillies ou qui lui sont personnelles, il les reproduit *in extenso;* rarement il les abrège. Aussi n'est-ce point sans un certain effroi que l'on ouvre ce livre de 800 pages à justification très-compacte et rempli d'observations et de documents historiques imprimés en petit texte. On comprend aisément, en le parcourant, que les zélés traducteurs de cette œuvre si complète, MM. Richard et Viry, n'aient point eu le courage d'y ajouter, comme l'a fait M. Labadie-Lagrave, des notes détaillées ou des appendices; mais leur collaboration n'en a pas moins été effective et efficace. Le texte allemand citait un assez grand nombre d'observations dues aux cliniciens français. Ces observations, plus ou moins complètes, souvent prises dans des recueils où elles avaient été résumées, parfois même analysées, ont été recherchées par les traducteurs à leurs sources originales. Elles ont été, pour la plupart, reproduites textuellement, et toujours collationnées attentivement avec l'œuvre première. Les observations allemandes ou anglaises ont été de même l'objet d'une révision attentive. Leyden tenait à conserver à son livre le caractère qu'il lui avait donné dès le début. Il exigeait que toutes ses observations fussent reproduites. Ses traducteurs ont dû ne point reculer devant la tâche ingrate qui leur était ainsi imposée, et ils l'ont remplie avec une conscience qui mérite tous nos éloges. Ce n'est pas qu'un livre de cette nature ne perde un peu, sinon en clarté, du moins en précision, ce qu'il gagne en érudition. Les débutants auront quelque peine à choisir ce volumineux traité pour y apprendre la pathologie des maladies de la moelle; mais, d'autre part, tous ceux qui auront à publier une observation clinique sur les maladies de la moelle, tous ceux qui auront à élucider un point spécial de pathologie névrologique, devront lire quelques-uns des chapitres de l'ouvrage de Leyden, non seulement pour y voir ce qui a été fait avant eux, mais encore pour apprécier la méthode de l'auteur. A ce point de vue, le *Traité des maladies de la moelle épinière*, si riche d'observations bien prises et si complet aux points de vue historique, anatomo-pathologique et clinique, est un ouvrage d'une grande valeur et qui rappelle, comme le fait remarquer Leyden, ces livres si consciencieusement écrits qui, au commencement de ce siècle, ont fait la gloire de l'école française. Mais il y a dans ce nouveau traité plus encore qu'un grand nombre de faits et d'interprétations, plus et mieux que le résumé des innombrables monographies consacrées à l'étude des maladies de la moelle.

Toute la première partie, où se trouve l'étude de la pathologie générale des maladies de la moelle, est excellente. Après une série de considérations anatomiques et physiologiques qui exposent l'état de nos connaissances sur la structure et la fonction du cordon rachidien, l'auteur étudie l'anatomie pathologique générale, puis la symptomatologie générale, enfin le diagnostic, l'étiologie, la marche et le traitement des maladies médullaires considérées dans leur ensemble. Ce chapitre préliminaire est l'un des plus intéressants et l'un des plus utiles du livre. Les auteurs de certains manuels ou traités élémentaires qui ont la prétention de résumer en quelques pages la pathologie, voire même la clinique des maladies du système nerveux, auraient un grand profit à lire ces considérations générales d'anatomie et de physiologie pathologiques qui sont nécessaires pour établir un lien entre la physiologie expérimentale et la clinique. Elles nous ont rappelé l'un des articles les mieux faits et les plus utiles du *Dictionnaire encyclopédique*, celui dans lequel M. Potain a exposé si magistralement l'anatomie pathologique, la séméiologie, le diagnostic et la physiologie pathologique des maladies du cerveau considérées en général. On remarquera, dans la partie consacrée à l'étude de la pathologie spéciale, le soin avec lequel l'auteur étudie la séméiologie des maladies dont il s'occupe. Sans doute, Leyden lui-même en fait la remarque, c'est grâce à l'anatomie pathologique et par l'anatomie pathologique que l'école française a fait faire à la pathologie spéciale des maladies médullaires des progrès si rapides; mais la symptomatologie de ces maladies n'a point été négligée. Ceux qui ont lu les remarquables leçons cliniques de M. Charcot y ont vu le profit que l'on peut tirer d'une étude attentive des manifestations cliniques ou extérieures dans les maladies nerveuses. Le chapitre que Leyden a consacré à l'étude de l'irritation spinale est très-intéressant à ce point de vue, bien que nous ne partagions point toutes les idées exposées par l'auteur, non plus que sa définition et ses divisions de l'irritation spinale. Nous signalerons encore de bons chapitres sur les paralysies toxiques, sur les amyotrophies spinales, etc. Dans une œuvre aussi complète, aussi consciencieuse, il n'est pas une question d'ailleurs qui n'y puisse être étudiée avec fruit. Aussi demeurons-nous persuadé que MM. Richard et Viry seront récompensés de leurs laborieux efforts par le succès du livre qu'ils viennent de traduire avec tant d'intelligence et d'exactitude.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

AMÉDÉE DEVILLE

Nous apprenons la mort du docteur Amédée Deville, ancien prosecteur des hôpitaux de Paris. Sa vie forme un chapitre d'histoire contemporaine assez particulier pour que nous croyions devoir nous y arrêter. Deville s'est éteint le 20 août dernier, à la maison de santé d'Ivry, où il était soigné depuis plus de dix-sept ans. Il fut l'une des plus déplorables victimes du coup d'Etat. Il avait débuté de la manière la plus brillante dans la carrière des concours. Nommé interne des hôpitaux en 1841, aide d'anatomie de la Faculté en 1843, prosecteur des hôpitaux en 1846, il avait concouru d'une manière remarquable en 1847 pour l'agrégation en chirurgie, et en 1850 pour le bureau central, en chirurgie; le résultat de ces deux concours ne lui avait pas été favorable, mais nul ne doutait du succès qui l'attendait dans les concours prochains, et le plus bel avenir lui semblait assuré, lorsque le coup d'Etat vint interrompre sa carrière.

Anatomiste expert, chirurgien savant, opérateur habile, il faisait à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, comme professeur particulier, des cours de pathologie externe et de médecine opératoire où son talent oratoire attirait une foule d'élèves enthousiastes. Ce fut là qu'un commissaire de police accompagné de deux agents vint l'arrêter le 13 décembre 1851, au moment où il allait commencer sa leçon. Il n'avait pris aucune part au mou-

vement insurrectionnel qui avait suivi le 2 décembre. Loin de là; car appartenant au parti de la « démocratie pacifique », il avait usé de son influence sur ses élèves pour calmer leur agitation, sous le prétexte bien naïf que le suffrage universel venait de leur être rendu. Mais il était fils du représentant Deville qui était alors détenu à Belle-Ile pour sa participation à l'affaire du 13 juin 1849; il n'en fallut pas davantage pour motiver son arrestation.

Conduit d'abord au fort de Bicêtre, puis à la prison militaire de la rue du Cherche-Midi, il fut bientôt compris, sans aucun jugement, sur la liste des déportés à Cayenne. Ses maîtres, Serres, Bérard, Ricord, Cruveilhier et ses nombreux amis, avaient fait des démarches réitérées pour obtenir la commutation de sa peine en exil. On n'y prit garde, et le malheureux fut embarqué au Havre pour Cayenne, sur la frégate le *Canada*. Mais le navire, battu par le gros temps, dut faire relâche à Brest. Profitant de ce répit, les amis de Deville firent de nouvelles démarches, et obtinrent enfin pour lui la faveur d'un décret d'exil.

Il se rendit à Londres où il vécut pendant plusieurs années dans une gêne navrante qui pourtant n'abattit pas son courage, et qui ne refroidit pas son ardeur pour l'étude. Au lieu de chercher fortune dans la clientèle, il se consacra entièrement à des travaux scientifiques. Il fréquenta assidûment les hôpitaux, les musées, et particulièrement le grand musée anatomo-pathologique de Guy's Hospital, et y recueillit des matériaux qui firent le sujet de plusieurs mémoires très-intéressants intitulés [: *Coup d'œil sur la chirurgie anglaise* et *Revue clinique des hôpitaux anglais*. L'un de ces mémoires relatif aux *hernies du testicule* jeta le plus grand jour sur la question alors très-controversée du fongus du testicule. Ces publications importantes qui parurent en 1853, à Paris, dans le *Moniteur des hôpitaux*, augmentaient les regrets de ceux qui considéraient l'exil d'un savant aussi distingué comme un malheur pour la chirurgie française. Mais un beau matin, en août 1853, Deville se vit refuser la porte du musée de Guys' Hospital où il travaillait depuis un an. L'administrateur donnait pour prétexte de cette exclusion qu'il avait dessiné quelques pièces du musée! Ce fut en vain que, dans une lettre adressée au *Medical Times* (n° du 27 août), il démontra son innocence, en déclarant qu'il ne savait pas dessiner. L'administration ne répondit rien, mais elle maintint sa décision, et ceux qui savent lire entre les lignes comprendront que le vrai motif de cette persécution était ailleurs.

Nous renvoyons le lecteur, pour plus de détails sur cette triste affaire, à un article sur *le droit international en matière de science* que nous avons publié le 13 janvier 1854 dans la *Gazette hebdomadaire*.

Deville vit ainsi se fermer devant lui la carrière scientifique. Ce fut l'une des plus grandes douleurs de sa vie. Il se résigna alors, pour vivre, à faire de la clientèle, et il y obtint rapidement un tel succès qu'il gagna 25 000 francs la première année, et qu'il put bientôt, tout en secourant ses compagnons d'exil, capitaliser ses économies. Au bout de quelques années il possédait déjà 125 000 francs placés à la Banque de Londres. Mais ce succès ne put rasséréner son esprit. Le souvenir des persécutions qu'il avait subies, et qui n'étaient que trop réelles, ne le quittait pas; se sentant surveillé par la police française de Londres, il croyait la voir partout, et les faits les plus insignifiants devenaient pour lui les indices de nouvelles persécutions. Il était devenu méfiant à tel point, qu'il n'osait plus confier ses lettres à la poste. Enfin en 1861 il fut pris d'un accès de manie aiguë à la suite duquel il resta définitivement tout à fait fou. Au bout de quelques mois, ses parents le ramenèrent en France, et le placèrent dans la maison de santé d'Ivry où il est resté jusqu'à sa mort.

P. Broca.

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Donation Gintrac*. — M. Denucé, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est délégué pour recevoir, aux lieu et place du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, le titre de 400 francs de rente 3 pour 100 sur l'Etat francais, donné à ladite Faculté par madame Ve Gintrac, et dont l'acceptation a été autorisée par décret du 25 juin 1879. Tous pouvoirs sont conférés à M. Denucé pour faire et signer tous actes à cet effet.

Donation Martin. — M. Denucé, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est délégué pour recevoir, aux lieu et place du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, le titre de 50 francs de rente 3 pour 100 sur l'Etat français, donné à ladite Faculté par M. Louis Martin. Tous pouvoirs lui sont conférés pour faire et signer tous actes à cet effet.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Garel (Jean-Baptiste-Marie), docteur en médecine, est nommé chef de clinique médicale du 1er juin au 1er novembre 1879, en remplacement de M. Bouveret, démissionnaire.

École de médecine de Poitiers. — Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers : MM. Guitteau, professeur de chimie et toxicologie; Poirault, professeur d'histoire naturelle; Orillard, professeur d'anatomie; Robert, professeur d'hygiène et thérapeutique; Mauduyt, professeur-adjoint de pharmacie et matière médicale; Delaunay, professeur de physiologie; Jallet, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire; Chedevergne, professeur adjoint hors cadre.

Sociétés contre l'alcoolisme et l'abus du tabac. — A la suite de son dernier concours, la *Société française de tempérance* (association contre l'abus des boissons alcooliques) a décerné deux prix de 1500 et de 300 francs, 47 livrets de caisse d'épargne de 25 francs et 388 médailles de vermeil, d'argent ou de bronze. Au mois de mars 1880, elle décernera le même nombre environ de médailles et de livrets, et de plus des prix s'élevant ensemble à 4000 francs. Le programme du concours est envoyé gratuitement aux personnes qui en font la demande au siége de l'Association, 6, rue de l'Université, à Paris.

La *Société contre l'abus du tabac* met au concours trois prix de 100 francs, deux prix de 200 francs, un prix de 300 francs. Ces prix seront accordés aux auteurs des meilleurs mémoires envoyés en réponse aux questions spéciales qui ont été proposées. De plus, des médailles, livres ou mentions honorables seront décernés à la séance solennelle d'avril 1880. Le programme détaillé du concours sera adressé aux personnes qui en feront la demande au président, 5, rue Saint-Benoît, à Paris.

Rebouteur : accidents produits. — Un rebouteur qui avait donné des soins à un jeune homme pour une entorse de laquelle est résulté une ankylose, vient d'être condamné, à la suite d'un rapport de M. le docteur Delens, à 30 francs d'amende pour deux contraventions (*deux visites au même malade*), et à un mois de prison pour délit de blessures par imprudence.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 2 au 9 octobre 1879, on a constaté 889 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 27. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 1. Variole, 9. — Croup, 11. — Angine couenneuse, 11. — Bronchite, 25. — Pneumonie, 39. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 36. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 3. — Affections puerpérales, 8. — Erysipèle, 4. — Autres affections aiguës, 231. — Affections chroniques, 386 (dont 154 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 52. — Causes accidentelles, 38.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La vérité sur les tours, par X. Delore. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

Derniers perfectionnements apportés à l'uréthrotomie interne pour la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urèthre, par le docteur J. Maisonneuve. In-8, avec figures. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 25

Impressions et aventures d'un diabétique à travers la médecine et les médecins, ouvrage traduit de l'anglais par le docteur ***. 1 vol. in-18. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 23 octobre 1879.

Académie de médecine : INOCCLUSION DU SEPTUM VENTRICULAIRE.

M. H. Roger, pour le moment tuteur de l'Académie, a grand soin de sa pupille. Quand elle manque d'aliments, il lui en fournit de son propre fonds; et c'était la seconde fois, mardi dernier, qu'il gratifiait la Compagnie d'une communication personnelle. Il s'agissait, dans son dernier mémoire, de la non-occlusion du septum ventriculaire du cœur, sans concomitance de rétrécissement ou d'oblitération de l'artère pulmonaire. M. Henri Roger n'a pas eu, comme il l'a dit en réponse à quelques observations de M. Marc Sée, « la chance » d'observer un sujet présumé atteint de cette malformation et qui soit mort entre ses mains; il n'a donc à sa disposition que des symptômes sans autopsie ou des autopsies sans symptômes. Mais une circonstance lui permet d'éliminer la supposition d'une sténose de l'artère pulmonaire; c'est l'absence de cyanose. Il est, en effet, certain que la coloration bleue des téguments est la conséquence forcée, quoique variable dans son expression, d'un obstacle au dégorgement des cavités droites. La physiologie le dit, et les recherches de Louis l'établissent en fait. Si donc il s'agit bien, dans les observations de M. H. Roger, de malformation du cœur, ces malformations ne comprenaient pas la sténose de l'artère pulmonaire. Or, précisément, le but principal de son mémoire, dont les vues d'ailleurs n'étaient pas nouvelles pour ceux qui connaissent ses publications antérieures, est d'établir que les constatations faites sur le vivant peuvent suffire à distinguer la perforation du septum ventriculaire de toute autre maladie du cœur, notamment des rétrécissements et des insuffisances. Ce qui, dans sa dissertation sur ce point spécial, nous a semblé mériter le plus de confiance, c'est ce qui concerne les signes tirés du siège du bruit de souffle, de son intensité, de son mode de circonscription, et surtout de son invariabilité pendant une longue suite d'années.

Mais une question se présente, relative à la physiologie pathologique de cette anomalie. Deux faits coexistent : 1° l'absence de cyanose, impliquant apparemment le non-mélange des deux sangs; 2° un bruit de souffle énergique, avec frémissement cataire, impliquant plus formellement encore le passage d'un courant sanguin à travers l'orifice anormal. Si les deux sangs ne se mêlaient point, pourquoi un souffle? S'ils se mêlaient, pourquoi pas de cyanose? Le regretté Henri Gintrac faisait remarquer que le sang artériel et le sang veineux diffèrent peu en couleur chez le nouveau-né, et cela résulte, du reste, des recherches de M. Hayem; on conçoit, dès lors, que le mélange des deux sangs ait peu d'influence sur la coloration de la peau; mais ce qui est vrai à la naissance cesse de l'être après un certain nombre d'années, de mois, de jours même, et les sujets observés par M. Roger étaient des enfants faits. L'explication n'est donc bonne que relativement, et dans une étroite mesure. On pourrait soutenir et on a soutenu, non sans raison, que, l'aorte restant ouverte en même temps que l'artère pulmonaire, les deux courants sanguins peuvent suivre leur voie naturelle, l'un se rendant aux extrémités, l'autre au poumon, sans contre-courants dans les cavités cardiaques. Mais le souffle? En présence de ce symptôme, auquel il attache justement une grande importance, M. Roger n'hésite pas à admettre le mélange sanguin. S'il n'y a pas de bruit de souffle bien caractérisé dans le cas de persistance du trou de Botal, a-t-il répondu à M. Colin, c'est que la contraction des oreillettes est beaucoup plus faible que celle des ventricules et n'exerce pas sur les colonnes sanguines la pression nécessaire à la déviation des courants. Et il a rappelé, à ce sujet, la supériorité de l'énergie des

FEUILLETON

L'assistance médicale chez les Romains et l'archiâtrie romaine, par le docteur BRIAU. Deux brochures in-8°. — Paris, G. Masson.

(Fin. — Voyez les nos 40 et 42.)

Cela nous conduit à la question de l'archiâtrie palatine. Et d'abord, n'y eut-il dans les premiers temps qu'un seul médecin attaché au palais ou plutôt à la personne de l'empereur? Sans doute l'empereur avait son médecin, comme tout particulier; mais il est probable qu'une maison médicale a été constituée, même avant Néron, et dès l'établissement de l'empire; car plusieurs personnages contemporains sont désignés comme médecins d'Auguste. Les termes dont se sert Lampride pour faire connaître l'organisation donnée à ce service par Septime-Sévère, attestent que la maison médicale du palais était instituée avant le règne de cet empereur. Sous lui (*sub eo*), dit-il, un seul médecin du palais était salarié (recevait un traitement fixe); les autres, qui furent jusqu'au nombre de six, recevaient deux ou trois *annones.* On aurait souhaité de M. Briau quelques mots d'explication sur ce dernier mode de rétribution, noté déjà tout à l'heure au sujet des archiâtres municipaux, et qui reviendra plus loin. Il ne peut s'agir de ces distributions ordinaires de vivres (*annones civiles*) qui, ayant été d'abord mensuelles et plus tard quotidiennes, n'auraient pas, au nombre de deux ou trois, constitué aux praticiens du palais une riche rémunération. Était-ce donc un payement en nature réglé pour la circonstance, ou quelque profit prélevé sur la perception des denrées? Le plus simple est de penser que les *annonaria* (de *annus*) étaient des *annuités* en argent; mais de quelle façon réglées pour qu'on pût en attribuer *deux* ou *trois* à chaque médecin? D'ailleurs les annones consti-

ventricules sur celle des oreillettes; d'où il faut tirer la conséquence que, dans la systole, il passe plus de sang du cœur artériel dans le cœur veineux que du cœur veineux dans le cœur artériel; en d'autres termes, que le sang veineux ventriculaire se trouve *artérialisé* par le fait de la perforation du septum. Il est bien vrai que, d'après les observations de Louis et de Bouillaud, l'hypertrophie des cavités *droites*, du ventricule surtout, est une altération ordinairement concomitante de la communication des deux moitiés du cœur; mais les observations portent sur des cas d'oblitération de l'artère pulmonaire. On comprend donc cette opinion communément admise : que le sang passe alors des cavités droites dans les cavités gauches et non en sens inverse. Mais, dans les cas semblables à ceux qu'a rencontrés M. H. Roger et où, nous le répétons, l'absence de cyanose attestait celle de la sténose de l'artère pulmonaire, les choses se passent-elles comme il le dit, ou du moins comme l'implique sa réponse à M. Colin; c'est-à-dire une portion de sang va-t-elle du ventricule gauche au ventricule droit pour retourner directement au poumon, d'où elle arrivait? Voilà, en effet, ce qui semble le plus probable et ce qui rendrait naturellement compte de l'absence cyanose.

Au reste, ne pourrait-on vérifier expérimentalement si le sang dévié passe ou non dans le système veineux ou dans le système artériel? Un moyen s'offre de lui-même; mais il n'est pas sûr qu'il donne des résultats bien significatifs. Ce serait l'examen histologique et chimique du sang veineux et, sinon du sang artériel proprement dit, qu'on n'a pas toujours à sa disposition, au moins du sang des capillaires. Par le nombre proportionnel des globules, par la quantité proportionnelle d'eau, de fibrine, de sels, de gaz, peut-être parviendrait-on à reconnaître dans la composition des deux sangs chez les sujets atteints de la malformation cardiaque dont il s'agit, des caractères autres que ceux qui appartiennent à leur composition normale respective et qui permettraient de reconnaître la direction prise par les courants sanguins que met en contact l'absence de septum ventriculaire. Quoi qu'il advienne, notre éminent confrère comprendra mieux que personne que la question à laquelle il a apporté le tribut de son expérience et de sa sagacité n'offre pas encore sur tous les points une clarté parfaite.

A. Dechambre.

HISTOIRE ET CRITIQUE

DES LAVEMENTS ALIMENTAIRES

Depuis le jour où M. le docteur Dujardin-Beaumetz soulevait à la Société de thérapeutique (séance du 25 février 1879, n° 11, *Gazette hebdomadaire*) une discussion intéressante sur les lavements alimentaires en niant toute action nutritive de la part de ces derniers, de nouveaux faits ont été apportés à l'appui de cette opinion. La question devant être reprise prochainement à la Société de thérapeutique, il nous a paru intéressant de contrôler les observations publiées, soit qu'elles contiennent une négation ou une affirmation de l'opinion de M. Dujardin-Beaumetz; de chercher les causes des divergences fournies par l'expérimentation, et enfin de savoir si les lavements alimentaires doivent être proscrits de la thérapeutique comme l'affirme Max Marckwald dans les conclusions de son mémoire (*Ueber Verdauung und Resorption in Dickdarm*, in *Archiv für path. Anat. Phys.*, t. LXIV, p. 505, 1875), en déclarant que sauf les lavements peptonisés qui ne peuvent pas suffire à la nutrition, les lavements alimentaires sont une erreur thérapeutique. Si, en effet, les lavements alimentaires ne peuvent jouer un rôle dans la nutrition, ils peuvent, par contre, occasionner des accidents sérieux du côté du rectum, ulcérations douloureuses, abcès, etc.; il n'y aurait donc que des inconvénients à employer une méthode dont l'origine, il est vrai, remonte à la plus haute antiquité, mais qui devrait cependant être abandonnée d'une manière générale, si, comme le fait paraît démontré aujourd'hui, elle ne répond pas au but qu'on se propose. Nous ne nions certes pas que, sous l'influence de lavements de bouillon, de vin, d'œuf ou de sang défibriné, le malade n'éprouve une sensation de soulagement, et que par cela même ils ne doivent pas être proscrits de la thérapeutique; mais cette sensation n'est que passagère, elle est produite par l'absorption de l'eau du lavement et des sels qui y sont contenus; avec un simple lavement d'eau, le soulagement est à peu près le même; nous ne ferons qu'une exception, c'est pour les lavements de vin, à la suite desquels le soulagement est plus complet et plus prolongé, grâce aux propriétés physiologiques que possède l'alcool d'être un excitant en même temps qu'un antidéperditeur, et d'entraver par cela même la désassimilation des tissus.

Les lavements alimentaires rentrent jusqu'à présent dans la thérapeutique quotidienne toutes les fois qu'il y a obstruc-

---

tuaient un profit spécial et privilégié : dans une lettre à Procule, l'empereur Théodose décide que, les annones devant être accordées seulement au mérite, elles seront conservées à une catégorie de personnes qu'il désigne, ainsi que les profits des annones perçues (annonarum perceptarum emolumenta); et ce sont encore les *profits des annones* (annonarum compendia) que nous verrons tout à l'heure attribués à une autre classe de médecins officiels. Questions d'ignorant sans doute; mais c'est pour les ignorants qu'écrivent les savants, et nous n'aurions pas été fâché que M. Briau vînt à leur aide, en passant par nous.

Plus tard, quand Dioclétien eut élevé les médecins du palais aux plus hauts honneurs pour les rendre moins indignes de sa personne sacrée, leurs avantages matériels s'accrurent en proportion; et, en même temps, il paraît résulter de textes des Codes Théodosien et Justinien, qu'ils furent décorés tous ensemble du titre d'archiâtre. On n'en peut douter, du reste, en considérant la maison médicale instituée plus tard par Constantin à Byzance, puisque cette maison, formée en collége, avait un président et comte des archiâtres : *Præsul et comes archiatrorum.* C'est ce qui résulte des détails très-intéressants dans lesquels entre à ce sujet M. Briau et que nous avons lieu de croire très-exacts.

N'ayant rencontré aucune inscription en mémoire des médecins des empereurs qui contienne la dénomination d'archiâtre, l'auteur en reproduit sept ou huit autres qui n'en ont pas moins d'importance pour cela, puisqu'elles sont toujours relatives à des médecins d'empereurs et qu'elles servent à identifier certains personnages médicaux auxquels ont été donnés des noms différents. Nous ne pouvons nous arrêter à ce côté du sujet; mais nous engageons ceux qu'intéresse la biographie médicale de l'antiquité à lire dans le mémoire une quinzaine de pages consacrées à une interprétation judicieuse et instructive de monuments épigraphiques peu connus des médecins.

Ce compte rendu étant déjà bien long, on trouvera bon —

tion du canal digestif, soit au niveau de l'œsophage, comme dans les cas d'oblitération cicatricielle, soit au niveau de l'estomac, comme dans les cas de cancer ou même de simple ulcération, c'est-à-dire toutes les fois qu'un obstacle apporté au passage des aliments ingérés ne permet plus leur digestion et par cela même leur assimilation. Si nous prenons ces deux exemples, c'est pour écarter tout de suite une affection dans laquelle les lavements nutritifs ont joué un grand rôle : l'hystérie. C'est à tort, et nous dirons tout à l'heure pourquoi, qu'on s'est appuyé sur les cas de prolongation de la vie chez des hystériques qui, vomissant absolument tous les aliments solides ou liquides, étaient soumises au régime des lavements nutritifs. Les observations de ce genre sont nombreuses; on peut même dire que ce sont les seules qui puissent être apportées à l'actif de la nutrition par les lavements; mais selon nous elles ne prouvent rien : les malades ont véeu pendant un laps de temps qui paraît invraisemblable, mais sans lavement nutritif les phénomènes eussent été les mêmes, jusqu'au jour où la malade, reprenant son alimentation ordinaire, serait rentrée dans les conditions physiologiques habituelles. C'est ce que démontre la clinique d'une part, et d'autre part les analyses chimiques des matières excrémentitielles. Ces malades ne désassimilent pas; elles vomissent parce que l'assimilation ne se fait pas comme l'a déclaré C. Bouchard dans ses *Cliniques de la Charité*, et Lempereur dans son excellente thèse sur les *Vomissements dans l'hystérie* (1876). Les substances alimentaires ingérées sont de véritables substances étrangères que l'estomac rejette aussitôt : elles n'ont donc pas besoin des lavements alimentaires, ainsi que nous en donnerons plus loin des exemples.

Étant admise cette idée que les lavements nutritifs pouvaient entretenir la vie des malades, ou tout au moins qu'ils pouvaient servir dans les cas où l'estomac rejetait la presque totalité des aliments ingérés, on doit considérer le rectum comme capable d'absorber les aliments nutritifs; or, à partir de la valvule iléo-cæcale, la muqueuse est épaissie et ne présente plus ni valvules, ni villosités; comme glandes, on ne trouve plus que les glandes de Lieberkuhn, c'est-à-dire des glandes en tubes et des follicules clos (Cruveilhier, Sappey) : la différence de structure entre le rectum et l'intestin grêle explique donc que le liquide sécrété par les parois de ces organes possède des propriétés différentes; le liquide sécrété par les parois du gros intestin est un liquide muqueux, d'une coloration blanchâtre, restant franchement alcalin pendant quarante-huit heures et plus.

Au point de vue physiologique, les nouvelles expérimentations faites par Albertoni à Pavie (*in lo Spermentale*, 1874), par Garland à Boston (*Intestinal digestion*, in *Boston med. Journal*, 1874), par Marckwald à Heidelberg (*loc. cit.*, p. 507, 1875), par Czerny et Latschenberger à Fribourg (*Physiologische untersuchungen über die Verdauung und resorption in Dickdarm des elbenschen*, in *Archiv. für path. Anat. Phys.*, t. LIX, liv. II, 1878), démontrent que les fonctions digestives du gros intestin n'ont qu'une importance des plus secondaires, et qu'elles seraient absolument incapables d'entretenir la vie, contrairement à l'opinion de certains auteurs, Leube, Flint, R. Fiechter de Bâle (*Résultats avantageux de l'administration de lavements mixtes de viande et de pancréas*, in *Correspond. Bl. f. Schweiz. Aerste*, n°s 15 et 16, 1875), et particulièrement Andrew H. Smith (*Supplementary rectal Alimentation, and especially by defibrinated Blood*, février 1879), qui, dans un mémoire récent lu à la Société de thérapeutique de New-York, soutient que le sang défibriné injecté dans le rectum est plus nutritif que celui qu'on ingère par l'estomac, parce qu'il est plus facilement assimilé (p. 123). Or, des expériences faites par Albertoni sur une femme affectée d'anus contre nature situé à la partie supérieure du côlon ascendant, il résulte que les œufs, l'albumine cuite, la viande, introduits par l'ouverture de l'anus contre nature, ne sont pas modifiés, même après un séjour prolongé; que les substances albuminoïdes, solides ou liquides ne subissent aucune modification digestive; que les peptones seuls sont absorbés en petite quantité, et qu'enfin le sucre cristallisable est transformé en glycose, peut-être ensuite en acide lactique et butyrique. Les expériences faites en 1875 par Max Marckwald, et par Czerny et Latschenberger en 1878, dans des conditions semblables à celles d'Albertoni, c'est-à-dire dans des cas d'anus contre nature, viennent confirmer les résultats obtenus par ce dernier : ils concluent, en effet, de leurs nombreuses expériences, que le gros intestin de l'homme et les liquides qu'il sécrète n'ont aucune action digestive, ni sur l'albumine coagulée, ni sur l'albumine soluble, ni sur la graisse. Il ne faut donc pas, comme l'a dit avec raison M. Dujardin-Beaumetz dans sa communication à la Société de thérapeutique, faire jouer au gros intestin un rôle dans l'alimentation artificielle : c'est là une erreur thérapeutique que les expériences de Carville et Bochefontaine, sur des chiens, ont démontrée avec évidence.

Dans une communication faite à la Société de biologie (17 octobre 1874, *Gaz. hebd.*, p. 691), MM. Carville et Bo-

---

et peut-être agréable — que nous passions rapidement sur les dernières parties du livre, concernant les archiâtres du peuple, des écoles, du xyste et des vestales.

L'institution de médecins officiels à Rome est postérieure de beaucoup à celle des médecins officiels des villes. Cette singularité apparente s'explique par des circonstances politiques et sociales que l'auteur expose avec clarté. De plus, l'archiâtrie populaire dans les deux grandes métropoles de l'empire reçut une organisation autre que celle de l'archiâtrie municipale. C'est pour ces motifs que l'étude en a été réservée pour un chapitre spécial.

L'archiâtrie populaire n'apparaît à Rome qu'en l'an 368, peu d'années avant l'établissement des hôpitaux, plus de cent ans après que le pape Fabien eut déjà commis sept diacres pour servir les indigents, et une quarantaine d'années après que le pape saint Sylvestre eut affecté un quart des revenus de l'Église au soulagement des pauvres et des malades. Ici je penche autant que l'auteur à voir dans la nouvelle institution d'un empereur devenu chrétien une inspiration directe du christianisme, dont la charité était alors le caractère dominant. Il y avait un médecin par région (quatorze), jouissant d'un traitement annuel, qui était fourni par ces *annonarum compendia* dont nous avons parlé plus haut, et réglé suivant le *mérite*, la *dignité* et les *dispositions établies*. Ces quatorze médecins étaient nommés par des membres de leur collège, à une majorité d'au moins sept voix; et ici intervient une disposition importante, en ce qu'elle semble démontrer l'existence d'une hiérarchie dans le collège. « Celui qui aura été nommé n'aura pas place tout de suite au nombre des premiers, mais prendra le dernier rang qui pourra se trouver, après que les autres auront passé aux places plus avancées. »— « Quicumque fuerit admissus, non ad priorum numerum sta- » tim veniat, sed eum ordinem consequatur qui, cæteris ad » priora subvectis, ultimus poterit inveniri. » Si nous traduisons mot à mot, au lieu de copier la version de M. Briau; si nous disons que le nouveau venu prendra derrière les autres

chefontaine concluaient de l'expérience suivante que les lavements de bouillon sont insuffisants pour prolonger la vie, et que, d'autre part, le gros intestin n'absorbe pas. Prenant deux chiens qu'ils privaient absolument de nourriture, ils administraient chaque jour à l'un d'eux un lavement de 200 grammes de bouillon qu'on faisait avec 1 livre de viande dans 1 litre d'eau, en laissant réduire à 200 grammes; or, le chien qui était absolument privé de nourriture mourait le vingt-huitième jour de l'expérience; le chien auquel on administrait les lavements mourait le vingt-neuvième : le résultat était donc nul comme valeur nutritive des lavements. De plus, à l'autopsie, on constatait des lésions identiques, « parmi lesquelles sont à signaler les ecchymoses pointillées avec ulcérations miliaires de la muqueuse stomacale, telles que M. Parrot les a signalées chez les nourrissons morts par insuffisance de nourriture ». Cette expérience, répétée souvent depuis cette époque, a toujours conduit au même résultat, alors même qu'on variait la nature des lavements alimentaires.

Il serait trop long d'énumérer tous les lavements proposés, depuis l'infusion du pancréas de cochon (Leube, *Deutsches Arch. für klin. Med.*, 1872) jusqu'au sang défibriné (Schmit) et même les vomissements des malades, vomissements composés de viande et d'albumine, déjà peptonisés par leur séjour dans l'estomac, c'est-à-dire plus facilement absorbable (Dujardin-Beaumetz) : aussi peut-on admettre l'opinion de notre distingué confrère lorsqu'il écrit : « Malgré les nombreuses affirmations contenues dans les différents recueils sur la valeur nutritive de ces lavements, quelque perfectionnés que vous les supposiez, je doute beaucoup de leur valeur réelle. Si le gros intestin est apte à absorber quelques substances, et en particulier certains médicaments, je ne le crois nullement fait pour absorber les peptones, dont l'absorption est limitée au petit intestin et cesse au gros intestin. » (*Leçons de clinique thérapeutique*, 1879, p. 528.) En supposant même que le gros intestin puisse absorber une minime quantité de peptone et de féculents, comment espérer qu'en injectant 200 ou même 500 grammes de substances alimentaires liquides, il puisse en être absorbé une quantité suffisante pour l'entretien de la vie? Bien plus, pendant longtemps, et c'était surtout alors qu'on croyait à la nutrition par la voie rectale, on ne se servait presque exclusivement que de lavements de bouillon et de vin; or, n'est-il pas démontré et n'est-il pas admis aujourd'hui, depuis les expériences de Schiff, que le rôle du bouillon n'est pas de nourrir, mais simplement de provoquer le travail physiologique de l'estomac, d'augmenter la sécrétion du suc gastrique, de faciliter ainsi le travail digestif des aliments solides qu'on ingère ensuite, d'agir, en un mot, comme simple substance peptogène? Dès lors, chez un individu inanitié, quel avantage peut-on retirer en provoquant ainsi un travail de sécrétion dans l'estomac, qui procure, il est vrai, un soulagement passager, mais qui épuise peu à peu les fonctions de cet organe, de telle sorte qu'on a pu dire que ceux auxquels on donnait des lavements de bouillon vivaient moins longtemps que ceux auxquels on ne donnait rien? Si cette dernière opinion paraît exagérée, l'expérience de Carville et Bochefontaine démontre qu'en tout cas cette action est presque insignifiante.

Dr Joseph Michel.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

De la périostite externe chronique, par M. le docteur Charvot, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

(Suite. — Voyez les numéros 40 et 41.)

Symptômes généraux. — En même temps que se produisent ces altérations locales, l'état général éprouve des modifications qu'il est intéressant d'étudier. A la première période la constitution du malade n'est pas altérée. Le teint est coloré, les forces sont conservées et il n'y a même pas de faiblesse. Mais, dès que la suppuration apparaît, l'aspect de l'homme change et il prend une sorte d'état général constitutionnel caractéristique de cette affection. Nous ne ferons que mentionner les quelques phénomènes du début de la suppuration : mouvement fébrile, etc., qui ne sont pas constants et n'ont rien à faire avec cette modification générale de l'économie. L'état général que nous signalons ici tient à une altération profonde de la constitution et présente les caractères suivants. La teinte de la peau est pâle, les muqueuses décolorées. L'économie est affectée d'une sorte d'anémie qui ne ressemble ni à celle qui suit les grandes pertes sanguines, ni à la chlorose, car la peau prend en même temps une coloration jaune paille différente de la teinte feuille morte des cancéreux. L'homme paraît amaigri et la peau flasque et ridée semble trop grande pour recouvrir les parties sous-jacentes, mais cette maigreur apparente ne tient ni à la diminution du tissu cellulaire qui est au contraire empâté, ni à la disparition de la graisse sous-cutanée qui semble plus molle. Parfois il y a une légère infiltration du tissu cellulaire et

---

le rang qu'il pourra trouver, au lieu de dire, avec l'auteur, que « les autres avançant vers les premiers rangs, il se trouvera être le dernier », c'est que, devant ce texte : *ultimus poterit inveniri* (ordo), on pourrait douter s'il s'agit d'une hiérarchie de dignité ou d'un simple droit de préséance par rang d'ancienneté; et cette version ne serait pas contredite par l'exemple de cet archiâtre nouvellement élu dont parle M. Briau, qui fut autorisé par l'empereur à occuper le même rang que son prédécesseur. Non pas que nous tenions notre hypothèse comme démontrée; mais, cette disposition légale étant la seule que l'on connaisse sur ce sujet, il importe de la présenter dans toute sa nudité.

Une seule inscription relative à cette classe de médecins a été trouvée par M. Briau; encore est-elle peu explicite. En voici le texte : Locus Timothei archiatri et Paulinæ. Thimothée appartenait à la secte des méthodistes.

Venons aux archiâtres scolaires.

Ces archiâtres sont nés du rapide développement de la pratique de la médecine à Rome, dit l'auteur, après le décret déjà cité de J. César. Une *école de médecins* (schola medicorum) fut construite sur le mont Esquilin, vraisemblablement, ajoute-t-il, s'appuyant surtout sur un document publié pour la première fois par Mercuriali et qu'il regarde comme authentique contre l'avis de plusieurs archéologues, vers la fin du principat d'Auguste ou le commencement de celui de Tibère. Faisons remarquer d'abord que *schola* n'entraîne aucune idée d'*école* au sens où on l'entend aujourd'hui. *Schola* signifie simplement lieu de réunion; une *schola ollarum*, par exemple, était un lieu où l'on plaçait les urnes. Sous le bénéfice de cette réserve (ou de cette correction), si l'inscription est authentique, elle fait de Julius Eutychus un *archiâtre*. Ce serait une exception, comme le remarque l'auteur lui-même (car c'est à ce document que s'applique une réserve formulée page 19), ce serait une exception à cette opinion si formelle et si générale, que le titre d'archiâtre, en latin ou en grec, date du temps de Néron.

des engorgements ganglionnaires. Le malade a peu de forces et se fatigue facilement. La nutrition souffre et pourtant le malade mange bien, dort bien et n'a pas de fièvre. Le sang est visiblement altéré dans cette sorte d'anémie. Son altération est caractérisée par la diminution des globules rouges et l'augmentation relative des globules blancs. Cet état de langueur, évidemment sous la dépendance d'un trouble de la nutrition générale, est facile à constater au lit du malade, mais il est plus difficile à définir. On a voulu lui donner le nom de scrofule acquise. Cette définition n'est pas bonne, car on ne trouve pas là les caractères de la scrofule. C'est plutôt une sorte de lymphatisme exagéré jusqu'à l'état morbide, auquel M. Gaujot donne le nom de lymphatisme purulent, caséeux.

Troisième degré : Période de fongosités. — Quand l'abcès s'est ouvert spontanément ou à la suite d'une intervention chirurgicale, il reste un trajet fistuleux dont l'ouverture prend un aspect identique à celui des ulcérations scrofuleuses. En ce point la peau bleuie, livide, amincie, décollée dans une plus ou moins grande étendue, est suspendue comme un voile sur le fond du foyer. Ce trajet fistuleux persiste plusieurs mois, pendant lesquels on voit souvent se former d'autres ouvertures spontanées ou chirurgicales qui présentent les mêmes caractères. L'excavation subit aussi des modifications. La couche de granulations se transforme en fongosités ; ces productions fongueuses ressemblent à de gros bourgeons charnus, épais, mollasses, qui fondent sous la moindre pression, et sont remplacés par d'autres. Ce bourgeonnement exubérant ne tarde pas à remplir l'excavation de l'abcès, soulève la peau sans en amener le recollement et finit même par faire hernie à travers l'ouverture du trajet fistuleux ; c'est là l'état fongueux, analogue à l'altération scrofuleuse des tissus fibro-cellulaires, qui peut durer des mois et même des années. Parfois alors les ulcérations se réunissent et forment un ulcère coupé par des ponts de peau décollée.

A ce degré la périostite s'accompagne d'altérations de voisinage que nous devons étudier ici parce que leur développement prend une extension prédominante à cette période, mais dont le début remonte ordinairement aux périodes précédentes.

Lésions de voisinage. — Ces lésions consistent dans des modifications ou des altérations osseuses qu'il n'est pas étonnant de voir survenir quand on songe aux relations intimes qui unissent le périoste à l'os sous-jacent. C'est d'une part la *périostite ostéoplastique*, de l'autre, l'*ostéite* et quelquefois l'*arthrite fongueuse*.

1° *Périostite ostéoplastique.* — La périostite ossifiante peut se présenter à la deuxième et même à la première période ; mais elle est plus prononcée à la période de fongosités. Quand la périostite externe dure depuis quelque temps, on voit à la surface de l'os se déposer une couche osseuse de nouvelle formation au-dessous du périoste malade et surtout au pourtour des limites de l'abcès. Ce phénomène est surtout fréquent aux côtes, et les anciens l'avaient déjà remarqué (Parise, 1839, *Sur les ostéophytes des côtes*). La côte s'épaissit au niveau du foyer purulent ; les dépôts osseux fusent parfois dans les espaces intercostaux et forment des ponts d'une côte à l'autre. C'est ce même travail qui amène, par ostéite ossifiante de voisinage, le gonflement des épiphyses du fémur, de l'humérus, du cubitus au coude, et du radius au poignet. Il se produit alors des saillies ou des déformations des extrémités osseuses articulaires, qui gênent le fonctionnement de l'article. Cette nouvelle couche d'ostéophytes est due à l'ossification des éléments nouveaux sécrétés par la face profonde du périoste qui se trouve en contact avec l'os. C'est une véritable périostite ostéoplastique due à l'extension du processus irritatif à la lame profonde du périoste. De sorte que la membrane périostique, en même temps qu'elle bourgeonne et suppure par sa face externe, fait de l'os par sa face interne. C'est là un travail de protection analogue à celui qui se passe du côté des séreuses placées au voisinage d'un foyer inflammatoire. Pour Billroth ce serait la couche superficielle de l'os qui fournirait les ostéophytes.

Ostéite. — L'inflammation qui s'empare des éléments du périoste ne peut y demeurer longtemps circonscrite et localisée. Elle se propage à la longue, d'abord à la couche interne de la membrane et, de là, au tissu osseux sous-jacent. Toute périostite d'une durée un peu prolongée s'accompagne donc nécessairement d'une ostéite concomitante. Seulement, l'ostéite dans ce cas se présente avec des caractères particuliers, qu'il importe de préciser.

En premier lieu l'ostéite n'est pas primitive ou essentielle. Son développement est, au contraire, consécutif et secondaire à celui de la périostite. C'est là une distinction capitale, que cette étude a précisément pour but d'établir. Or, cette distinction ressort des symptômes précédemment décrits et desquels il résulte qu'au début de l'affection, considérée par M. Gaujot comme une périostite externe, l'ostéite ne se révèle par aucune signe appréciable, puisque le tissu osseux n'est ni douloureux, ni gonflé, ni dénudé. Donc l'ostéite, quand elle se montre plus tard, est *secondaire*.

En second lieu, l'ostéite qui vient s'ajouter à la périostite chronique demeure le plus ordinairement localisée en surface et en profondeur. Dans les os plats et les os courts, elle ne dépasse pas les limites du gonflement périostique, et ne s'étend pas aux faces opposées. Il en est de même pour le tissu compact des os longs, dans lesquels elle n'atteint jamais le canal médullaire, et où elle reste bornée à la couche extérieure en rapport avec le périoste malade. C'est donc une ostéite *superficielle*.

Quoi qu'il en soit, il existait à Rome tout au moins un cercle de médecins. Si, selon l'opinion admise jusqu'ici, ce cercle n'avait pas à sa tête un ou plusieurs dignitaires décorés du nom d'archiâtre, il avait au moins un secrétaire (scriba), suivant une inscription que relève M. Briau : T. Aurelius Telephorus Scriba medicorum. Il ne suit pas de notre remarque que l'enseignement médical n'existât pas à Rome. L'expression de *schola* n'indique aucunement qu'il ait été institué dans le lieu désigné sous ce mot ; c'est tout ce que nous voulons dire. En réalité, l'enseignement médical existait, et les professeurs furent rétribués par leurs élèves jusqu'à Vespasien, qui leur octroya, ainsi qu'aux rhéteurs grecs et latins, un traitement annuel de cent mille sesterces (annua centena) ; il n'est plus question d'annones.

Deux inscriptions reproduites dans la brochure tendent à démontrer que l'étude de la médecine et son enseignement florissaient également dans les provinces, en dehors des pays helléniques.

Quant aux archiâtres du xyste et à ceux des vestales, on ne peut faire à leur égard que des conjectures, et leur existence même pourrait, à la rigueur, être mise en doute. M. Briau n'a qu'un texte à sa disposition. C'est la première phrase du rescrit de Valentinien, indiqué plus haut, qui institue l'archiâtrie populaire (*Code théodosien*, LXIII, titre III, loi 8e) : « *Exceptis porticis xysti virginumque vestalium*, quot regiones » urbis sunt, totidem constituantur archiâtri. » Traduction de M. Briau : « A l'exception de *ceux* du xyste et des vierges vestales... ». Le texte dit simplement que le xyste et le collège des vestales ne sont pas compris dans la prescription du décret. Pour quel motif ? Ce peut être et c'est probablement celui qu'indique l'auteur ; ce peut être aussi pour des motifs d'un autre ordre. Le xyste (ξυστός, *xystum*) était un portique, une galerie couverte dans laquelle les gymnastes se retiraient dans les mauvais temps pour s'exercer à la palestre, sorte d'exercice dans lequel on peut se luxer l'épaule, comme il est arrivé à Galien, mais qui est commu-

En troisième lieu, dans l'ostéite secondaire à la périostite externe chronique, l'inflammation ne dépasse guère le premier degré, c'est-à-dire l'hyperhémie avec ramollissement ou condensation des éléments osseux. L'ostéite est donc simplement *congestive* ou *plastique*. Il en est ainsi du moins pour la grande majorité des cas pendant les deux premières périodes.

Cependant, dans les périostites anciennes, l'ostéite devient quelquefois *suppurante*, au moins sur quelques points isolés. La suppuration osseuse peut alors avoir une origine différente, suivant qu'elle a lieu : dans le tissu osseux au-dessous du périoste encore adhérent; entre l'os et le périoste décollé mais non rompu; à la surface de l'os dénudé par une solution de continuité du périoste détruit.

De petits abcès se forment quelquefois, soit dans la trame du tissu osseux sous la lame compacte extérieure, soit entre celle-ci et le périoste. Ils peuvent être simplement phlegmoneux. Mais, à en juger par les observations de M. Gaujot, leur origine serait d'une nature différente. Ils seraient dus au ramollissement de matières caséeuses, déposées préalablement sous forme de petites masses concrètes, soit sous le périoste, soit dans les interstices du tissu osseux. Telle est du moins l'interprétation que l'on est en droit de déduire d'un certain nombre de faits où la présence de la matière caséeuse a été constatée dans les conditions précitées. C'est ce qu'on peut voir, par exemple, sur les côtes dans les abcès thoraciques largement ouverts. Pour les os des membres, nous citerons les faits suivants, extraits de notre relevé.

Obs. I. — Périostite externe chronique suppurée sur le condyle externe du fémur. Consécutivement, ostéite de l'épiphyse; synovite granuleuse de l'articulation du genou; ouverture de la cavité synoviale par ulcération; arthrite suppurée. Amputation de la cuisse; guérison de l'amputation. Deux mois après la guérison, mort d'apoplexie occasionnée par un gros tubercule dans le cerveau. Le condyle externe du fémur amputé était creusé à sa surface d'une excavation ouverte au dehors sous le périoste, assez grande pour loger une petite noisette. Cette excavation contenait une masse caséeuse ramollie. Elle était le point de départ de l'ostéite interstitielle épiphysaire. Au-dessus, le périoste était enflammé, très-épaissi, doublé d'une couche calcaire. Son tissu était parsemé de petits amas caséeux. La synoviale était couverte de granulations jaunes.

Obs. II. — Périostite externe chronique suppurée sur l'épicondyle de l'humérus. Consécutivement, ostéite de l'épiphyse et synovite granuleuse du coude; ouverture de l'articulation; arthrite suppurée, résection des surfaces articulaires, guérison. Phthisie pulmonaire confirmée trois ans après la guérison. A la surface du condyle externe de l'humérus, trois petites excavations superficielles, creusées dans l'épaisseur du tissu osseux, contenaient des masses caséeuses ramollies, du volume d'un pois. Le cubitus à la base de l'olécrâne en présentait autant. Ces deux os n'en étaient pas moins recouverts de productions ostéophytiques et ils avaient conservé leur adhérence au périoste qui était très-épaissi et infiltré comme eux de petits dépôts caséeux.

Le genre d'altération anatomique signalé dans les deux exemples précédents a été retrouvé dans toutes les circonstances où l'examen des parties malades a pu être fait, soit après une opération, soit dans des autopsies. Il explique le mode de formation des abcès, soit dans l'épaisseur du tissu périostique, soit à la surface et à l'intérieur des os, pendant le cours d'une périostite externe suppurée.

Le périoste enflammé chroniquement peut subir une destruction dans quelque point. La solution de continuité qui en résulte est toujours très-limitée, et se borne à un ou deux îlots séparés, dont l'étendue ne dépasse guère 1 centimètre. La destruction du périoste reconnaît plusieurs causes. Elle peut être due à la mortification amenée par une périostite aiguë phlegmoneuse qui survient intérieurement à un moment donné de l'évolution de la périostite externe chronique. Mais le plus ordinairement, le tissu du périoste est ulcéré par la fonte d'éléments caséeux déposés dans son épaisseur, et sa mortification suit l'évacuation de véritables abcès caséeux interstitiels. D'autre fois enfin, la destruction du périoste est amenée par le ramollissement des fongosités développées dans le foyer purulent.

Quelle qu'en soit l'origine, l'ulcération du périoste a pour conséquence de laisser l'os à nu. L'ostéite suppure alors dans la portion découverte. Chose digne de remarque, la dénudation de l'os n'en amène pas ordinairement la nécrose, et l'ostéite qui s'ensuit n'est pas *nécrosique*. M. Gaujot n'a constaté que deux fois la formation des petits séquestres à la fin d'une périostite costale qui durait depuis plusieurs années et qui s'est terminée par une tuberculose généralisée. L'ostéite suppurante qui s'établit au niveau des points dénudés est donc simplement *ulcéreuse* dans la grande majorité des cas.

Sous cette forme, l'altération osseuse est encore consécutive à la périostite chronique, dont elle n'est qu'une complication. L'inflammation ulcéreuse qui débute dans les parties externes du périoste, gagne vers la profondeur et n'atteint le squelette que secondairement après avoir désorganisé la lame périostique dans toute son épaisseur. L'ostéite n'est donc pas primitive, car dans ce cas la suppuration se collecterait sous le périoste décollé et formerait un abcès sous-périostique avant de le rompre et de se faire jour au dehors. Ajoutons que cette complication de l'affection est quelquefois le résultat du traitement; les applications de caustiques font souvent passer la périostite à la forme phlegmoneuse et en amènent la destruction partielle.

L'ostéite superficielle ulcéreuse se manifeste à la période de fongosité quand le périoste, profondément malade, subit la fonte purulente, mais, dès la première et surtout dès la seconde période, elle avait été précédée d'une ostéite conges-

---

nément inoffensif. Encore une fois, on comprend que des médecins aient été attachés au xyste, mais on n'en fournit pas la preuve; et accordât-on que les xystes aient été retranchés des régions dotées de médecins parce qu'ils en possédaient déjà, qu'il resterait à démontrer si les leurs avaient rang d'archiâtres comme les régionnaires. Si M. Briau rencontre quelque autre texte plus précis, il fera bien de le produire.

La difficulté est la même pour le collége des vestales. Les deux lignes citées plus haut, et rien de plus.

Aucune inscription, d'ailleurs, ni pour le collége des vestales ni pour le gymnase.

Nous regretterions vivement que les critiques auxquelles nous nous sommes livré, les réserves que nous avons cru devoir exprimer, fussent de nature à jeter la défaveur sur les nouveaux mémoires de M. Briau. Nous ne les aurions pas étudiés avec cette attention si nous n'en avions reconnu le mérite. C'est même un devoir pour nous de déclarer que ces deux mémoires sont supérieurs au premier, et le troisième au deuxième, par un usage plus expérimenté des documents de l'histoire, par une discussion mieux nourrie, par un choix plus abondant et plus significatif des textes. L'érudition de M. Briau est sûre. S'il pèche, c'est, on l'a vu, par interprétation. Son style aussi mérite d'être loué; il est d'une simplicité correcte qui convient parfaitement à des études aussi sérieuses, aussi délicates, où, plus profondes sont les obscurités du sujet, plus grandes doivent être la clarté et la précision du langage.

A. Dechambre.

tive. Pourtant ce n'est qu'à la troisième période, et seulement dans les points où l'os est mis à nu par la destruction du périoste, que l'ostéite devient suppurée.

Dans certains cas rares, lorsque la maladie dure depuis longtemps et chez les sujets affaiblis ou prédisposés, l'ostéite suppurante dégénère et prend la forme raréfiante ou carieuse. L'os est gonflé, tuméfié, ramolli, un peu douloureux, très-congestionné et cède à la pression du stylet qui le pénètre. La surface du tissu osseux est ulcérée et quelquefois même atteinte de carie dite sèche ou noire; elle se ronge par élimination moléculaire ou par absorption et se creuse en godet; le fond se recouvre de quelques fongosités mollasses; quelquefois même il se produit des petits séquestres gros comme des grains de blé; on note surtout cette nécrose parcellaire dans la périostite chronique des os courts, les côtes et les métacarpiens par exemple (voy. l'observation n° 3). Enfin on observe parfois, vers la fin de la maladie, le développement de grosses granulations tuberculeuses qui peuvent acquérir le volume d'un pois. Ces concrétions caséeuses, qui sortent avec le pus, proviennent de foyers caséeux dont on trouve les traces dans les os quand on a l'occasion d'en faire l'autopsie. Le pus ressemble alors à celui des altérations vertébrales.

A part ces cas particuliers où le tissu osseux est envahi par les granulations tuberculeuses, l'ostéite suppurée se borne à produire une simple ulcération de l'os. Elle présente cette particularité de rester toujours superficielle sans tendance à envahir l'épaisseur de l'os et de ne pas s'étendre jusqu'au canal médullaire; aussi ne voit-on pas survenir les symptômes propres à l'ostéomyélite. Elle diffère donc complètement de l'ostéite interstitielle. Enfin cette ostéite ulcéreuse superficielle, consécutive à la périostite, est susceptible de guérison par réparation spontanée.

Symptômes locaux. — A la période de fongosités, la partie atteinte de périostite chronique présente l'aspect suivant :

Au niveau du point malade les téguments sont percés d'une ou deux ouvertures fistuleuses à bords ulcérés, bleuis, livides. La peau décollée repose sur une cavité anfractueuse formée de plusieurs plans et présentant de nombreux diverticules. La cavité de l'abcès est remplie par les fongosités, qui soulèvent les téguments et se présentent au dehors à travers les ouvertures cutanées. Ce sont de gros bourgeons charnus d'un rouge vineux, livides, lisses, peu sensibles et saignant facilement. Par les ouvertures fistuleuses s'écoule en médiocre abondance un pus clair, gélatineux, ayant souvent toutes les apparences de la lymphe; une petite quantité de pus s'ajoute, mais sans se mêler intimement à ce liquide qui contient parfois des grumeaux caséeux. Ce pus est sans odeur et ne renferme pas d'éléments osseux. Si on explore le fond de l'abcès avec le doigt ou le stylet, on ne rencontre presque partout que des granulations molles qui recouvrent le périoste. Cette membrane présente parfois en certains points une solution de continuité arrondie, large comme une pièce de cinquante centimes ou d'un franc; à ce niveau on trouve l'os atteint d'ostéite ulcéreuse, ramolli, érodé et saignant. Dans les autres points le périoste n'est pas décollé; au contraire, il est épaissi par le dépôt à sa face interne de la couche osseuse de nouvelle formation. A la périphérie de l'abcès le gonflement périostique s'étend au loin et s'en va en mourant; à part les trajets fistuleux, les téguments et le reste des parties molles conservent leur intégrité. Seulement dans le voisinage il y a atrophie notable des muscles et du tissu cellulaire, mais on ne remarque jamais les altérations qui caractérisent les troubles trophiques.

Symptômes généraux. — A cette période de la périostite chronique, la constitution générale du malade est assez profondément modifiée; il présente les signes de la scrofule acquise que nous avons déjà décrits, mais encore plus accusés qu'à la période précédente.

Parmi les symptômes généraux on doit mentionner la généralisation de l'affection, mais il faut se hâter d'ajouter que cette généralisation ne se fait pas par transport d'éléments morbides, comme on l'entend en pathologie; il y a plutôt multiplication des accidents. Elle est très-commune, presque la règle. Si nous pouvions reproduire toutes les observations que nous avons sous les yeux, on verrait que la plupart des malades atteints de périostite chronique externe présentent plusieurs manifestations de la même maladie (Nous en donnons quelques-unes à la fin de cette étude, qui peuvent servir de types pour cette démonstration.)

Le plus souvent le même os est atteint ou un os voisin : c'est ainsi que dans les observations d'abcès froids de la poitrine on voit survenir plusieurs abcès successifs sur la même côte ou sur les côtes voisines (observ. n° 2). Parfois l'affection se développe en des points opposés du thorax. Enfin ces abcès peuvent apparaître dans des points du squelette très-éloignés les uns des autres (observ. n°s 1, 2, 3).

Dans l'observation n° 2, le malade, porteur d'un abcès froid à la paroi thoracique, a vu la périostite se fixer sur l'extrémité inférieure du radius. Chez un autre (observ. n° 1) on note l'apparition successive d'abcès froids périostiques à la poitrine et au tibia. La généralisation peut être encore plus étendue; deux malades couchés en ce moment dans les salles de chirurgie du Val-de-Grâce peuvent en donner la preuve. Chez l'un (observ. n° 3) la périostite chronique a envahi successivement : un métacarpien, l'extrémité supérieure du tibia droit, les deux malléoles de ce côté, et a fini par déterminer une tumeur blanche de l'articulation voisine. L'autre porte encore les traces de périostite chronique : au tibia droit, à l'extrémité supérieure du péroné gauche, aux métacarpiens des deux mains.

Enfin la généralisation de l'affection peut se faire par le passage de la maladie à d'autres systèmes anatomiques, surtout aux ganglions lymphatiques. L'adénite chronique accompagne parfois les manifestations de la périostite externe; mais la propagation ne se fait pas, comme dans les affections septiques ou malignes, aux ganglions qui correspondent au département lymphatique atteint de périostite. Ce sont le plus souvent des ganglions très-éloignés qui se prennent, surtout ceux du cou.

Comment se fait cette généralisation? c'est une question à résoudre. Probablement sous l'influence de la même cause générale à laquelle M. Gaujot donne le nom de lymphatisme purulent caséeux et qui déterminerait l'apparition de ces diverses altérations sur le même sujet. Il serait difficile d'admettre une dissémination des éléments morbides par transport direct dans les canaux du système lymphatique.

Quatrième degré : Période de terminaison. — L'affection, après une évolution qui est rarement moindre de dix-huit mois à trois ans, peut se terminer de trois façons :

1° Par guérison;

2° Par l'extension de l'altération fongueuse aux régions voisines, surtout aux articulations, et sa transformation en une maladie plus grave, le plus souvent une tumeur blanche;

3° Par la mort, due à l'épuisement causé par la suppuration prolongée et surtout à l'invasion de la tuberculose.

1° *Terminaison par guérison.* — La guérison spontanée, c'est-à-dire sans aucune intervention chirurgicale, est rare, et, quand on l'obtient, elle est extrêmement lente. De plus, il est dangereux de laisser l'affection passer lentement par toutes ses périodes : car elle risque beaucoup de s'aggraver par des complications voisines. L'intervention chirurgicale locale ou générale peut hâter beaucoup l'évolution de l'affection et même la diminuer de moitié par suppression de ses périodes. Car la périostite ne traverse pas fatalement ses quatre périodes et peut très-bien guérir sans passer par celle de fongosités. La guérison peut même survenir au premier degré, après le gonflement et avant la suppuration du périoste. Ces cas sont rares, mais M. Gaujot a observé des engorgements périosti-

ques des côtes qui ont disparu sans avoir suppuré. L'abcès même formé peut se résorber et guérir. Dans l'observation n° 3 on voit un abcès périostique de l'extrémité supérieure du tibia rester sous-cutané pendant longtemps, puis disparaître sans laisser de trace; mais il faut avouer que ce sont là des exceptions. C'est après la suppuration et surtout après la période de fongosités que guérit la périostite externe chronique.

Quand la guérison se déclare, il se passe dans l'état local et général des changements surtout appréciables au moment où l'influence d'un traitement bien approprié se fait sentir. Quand la guérison est spontanée, elle évolue si lentement que les modifications sont peu apparentes :

Le pus qui jusque-là était séreux devient franchement phlegmoneux; la coloration bleue, livide, des ulcérations se transforme en une teinte rosée. La peau s'épaissit et tend à se recoller; les fistules s'affaissent, leurs bords bourgeonnent, les fongosités sont remplacées par des bourgeons charnus. L'état général subit une amélioration parallèle. La teinte jaune paille disparaît, ainsi que les signes de l'anémie et du lymphatisme; l'appétit revient avec les forces.

La cicatrisation a pour caractère d'être rarement définitive du premier coup. Le trajet fistuleux n'est complètement cicatrisé que lorsque l'abcès s'est ouvert et fermé à plusieurs reprises. La cicatrice reste souvent adhérente à l'os et garde pendant des années cette coloration violacée qui caractérise les ulcères scrofuleux cicatrisés. L'os sous-jacent reste gonflé très-longtemps. Cette tuméfaction périostique peut même persister toujours; dans certains cas la résolution est impossible : il y a hyperostose. Les fonctions se rétablissent assez facilement, car elles ne sont jamais bien entravées pendant le cours de la maladie. Les articulations étant peu immobilisées, il n'y a presque jamais ankylose complète. L'atrophie n'est pas très-considérable, mais persiste longtemps après. Aussi est-on souvent forcé de réformer des soldats qui sortent guéris de cette affection, mais qui ne peuvent reprendre leur service.

2° *Terminaison de l'affection par extension aux régions voisines.* — La propagation de la maladie est à redouter pendant la période de fongosités, surtout quand la périostite siége au niveau des épiphyses. La dégénérescence fongueuse se propage aux gaînes tendineuses et synoviales articulaires; on comprend quels désordres graves doivent en résulter. La tumeur blanche de l'articulation voisine est la complication habituelle.

Arthrite. — Cette complication ultime de la périostite épiphysaire ne paraît pas très-rare. Elle peut survenir de plusieurs façons : par envahissement de la suppuration ou des fongosités périostiques, ulcération de la synoviale et ouverture de la cavité articulaire; par le développement concomitant d'une synovite fongueuse ou granuleuse; par extension de l'inflammation aux éléments fibreux de l'article et formation d'une périarthrite.

Les deux faits rapportés précédemment à propos de l'ostéite sont déjà des exemples de propagation secondaire aux articulations voisines. En voici d'autres propres à montrer l'envahissement par l'un ou l'autre mode.

Obs. III. — Périostite externe chronique suppurée de l'extrémité supérieure du fémur. Ulcération et perforation de la capsule articulaire en dehors par une fusée purulente; arthrite suppurée aiguë de l'articulation coxo-fémorale; mort deux mois après la production de l'arthrite. A l'autopsie, granulations tuberculeuses générales, sans altération considérable des poumons.

Obs. IV. — Périostite externe suppurée de l'extrémité inférieure du péroné; synovite fongueuse consécutive, d'abord de la gaîne des péroniers, puis de l'articulation tibio-tarsienne; ostéoarthrite suppurée. Amputation de la jambe au lieu d'élection; guérison de l'opération. Mort quatre mois après la guérison, de granulations tuberculeuses générales, avec caséification de tous les ganglions, sans phthisie pulmonaire avancée.

Obs. V. — Périostite externe suppurée de l'extrémité inférieure du péroné, de l'extrémité supérieure du tibia et du second métacarpien droit. Pendant que ces deux dernières manifestations guérissent complètement, celle du péroné amène après plus d'un an de durée une synovite fongueuse de la gaîne des péroniers, puis une arthrite suppurée de l'articulation tibio-tarsienne, qui persiste encore à l'état chronique.

Obs. VI. — Périostite externe suppurée de l'extrémité inférieure du radius. Propagation consécutive aux gaînes tendineuses des extenseurs et des fléchisseurs; ostéoarthrite suppurée du poignet. Amputation de l'avant-bras; guérison.

Obs. VII. — Périostite externe suppurée de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus. Synovite fongueuse consécutive de la gaîne des extenseurs; arthrite après ouverture de l'articulation radio-cubitale inférieure; préservation de l'articulation carpienne; guérison avec perte de la supination, mais conservation des mouvements du poignet.

Obs. VIII. — Périostite externe suppurée de la partie inférieure du second métacarpien. Ostéite consécutive de l'extrémité osseuse articulaire; arthrite fongueuse suppurée métacarpo-phalangienne. Amputation du métacarpien avec l'index; guérison.

Obs. IX. — Périostite externe chronique de l'extrémité supérieure de l'humérus. Consécutivement, périarthrite suppurée de l'articulation scapulo-humérale, ayant déterminé la production de fistules multiples autour du moignon de l'épaule; guérison avec ankylose incomplète.

Obs. X. — Périostite externe chronique de l'extrémité supérieure de l'humérus, suivie de périarthrite plastique de l'articulation scapulo-humérale; guérison par ankylose incomplète et atrophie de tous les tissus périarticulaires rétractés.

3° *Terminaison de la maladie par tuberculose et mort.* — Cette question est des plus délicates et il est fort difficile de dire quel lien unit la tuberculose à la périostite externe. Aussi, avant d'aborder toute discussion, devons-nous établir les notions fournies par l'observation. Un certain nombre de soldats porteurs d'accidents périostiques chroniques sont pris de tuberculose et meurent, mais le nombre en est assez restreint. M. Gaujot, dans ses conférences, cite quatre cas de mort par tuberculose sur quatre-vingt-sept malades atteints de périostite externe chronique. Voici l'indication sommaire de ces faits :

Obs. XI. — Abcès froid de la paroi thoracique chez un garde de Paris âgé de trente-huit ans : périostite chronique de la deuxième et de la troisième côtes à sa partie antérieure; la maladie reste stationnaire pendant deux ans; alors, généralisation des granulations au coude et arthrite suppurée; toute la colonne vertébrale se prend; à la longue, granulations pulmonaires et phthisie; mort lente causée surtout par les granulations du péritoine et des viscères. (Le malade reste deux mois sans manger.) A l'autopsie on trouve une granulie généralisée.

Obs. XII.— Garde républicain âgé de trente-deux ans. Abcès froid à la partie antéro-supérieure de la paroi thoracique; pleurésie ancienne; périostite externe de la troisième et de la quatrième côtes, amenant tardivement la dénudation de la quatrième côte et la formation d'un petit séquestre; adénite cervicale et bronchique caséeuse; mort par épuisement; caséification considérable de tous les ganglions viscéraux; tuberculose généralisée dans les séreuses, le périoste et les os; dans les poumons, quelques granulations caséeuses en voie de ramollissement.

Obs. XIII. — Fantassin âgé de vingt-quatre ans. Périostite de la première phalange de l'index droit, ayant amené consécutivement la nécrose de la portion moyenne de la diaphyse, sans intéresser les surfaces articulaires; séquestre invaginé au centre d'une coque ostéogénique de formation nouvelle ouverte à l'extérieure par une petite fistule. Refus absolu du malade de laisser opérer l'extraction du séquestre mobile comme un grelot; réforme; explosion subite d'accidents cérébreux aigus; mort en cinq jours de méningite granuleuse constatée à l'auptosie.

Obs. XIV. — Périoste de l'extrémité supérieure du fémur; ouverture de l'articulation coxo-fémorale par la suppuration; arthrite; mort. (Cas déjà cité à l'observation n° 3.)

A ces quatre malades ayant succombé aux accidents de tuberculose survenus pendant le cours de l'évolution d'une périostite, il faut ajouter, pour être complet, les deux hommes qui ont été emportés par la même cause après la guérison d'opérations nécessitées par l'extension de la périostite. C'est à ce titre que nous devons rappeler ici le sujet de l'observation n° 1, mort deux mois après la guérison d'une amputation de cuisse, d'un tubercule du cerveau, et le sujet de l'observation n° 4, mort quatre mois après la guérison d'une amputation de jambe, par le fait d'une caséification générale. Nous nous permettrons seulement de faire remarquer que les deux gardes républicains, affectés d'abcès froid thoracique, ont été les seuls à présenter les phénomènes de la terminaison par tuberculisation générale lente; tandis que les quatre autres malades ont été enlevés par des accidents aigus sans relation directe avec les progrès de la périostite et sans généralisation de la tuberculose.

D'après ce résumé d'observations, on voit que la tuberculose n'est pas fréquente, puisque sur quatre-vingt-sept malades observés par M. Gaujot depuis 1873 il ne compte que six morts par cette affection, et encore sur ces six cas on note un cas de mort par méningite tuberculeuse et un autre par tubercule du cerveau. Les autres malades sont sortis guéris, mais plusieurs sont peut-être devenus tuberculeux par la suite; car le malade de l'observation n° 2 présentait tous les signes de la phthisie confirmée trois ans après sa réforme.

D'après M. Gaujot, quand la tuberculose éclate, elle peut évoluer sous trois formes différentes :

1° La phthisie pulmonaire commune.

2° La caséification de tous les ganglions: c'est une généralisation du caséum. M. Gaujot cite plusieurs exemples de malades morts de tuberculose chez lesquels on trouva les ganglions bronchiques et abdominaux caséeux, sans tubercules dans les poumons.

3° La tuberculose aiguë généralisée ou granulie aiguë.

Il s'agit maintenant de fixer les caractères généraux et locaux qui indiquent l'invasion de la tuberculose.

Les signes généraux sont assez connus et nous n'avons pas à les décrire; mais on doit insister sur la difficulté qu'il y a à distinguer la tuberculose véritable de la cachexie causée par la suppuration chronique. On peut dire que le plus souvent le diagnostic est impossible. Car dans l'épuisement causé par l'hecticité purulente, on trouve tous les signes de la phthisie pulmonaire. Il serait pourtant très-important de pouvoir fixer le diagnostic : c'est ainsi que M. Gaujot cite le cas d'un malade qu'il ne voulut pas amputer, le croyant atteint de tuberculose. Le malade mourut par suite de la suppuration prolongée, et à l'autopsie on ne trouva pas trace de tubercules dans les poumons. M. Gaujot possède également l'observation d'un garde de Paris atteint d'abcès froid de la paroi thoracique; il y avait pleurésie et décollement des parties molles à la région inférieure du côté gauche par un vaste foyer purulent; la côte était si altérée qu'on craignait sa nécrose. L'état général était tel qu'on ne pouvait douter de la tuberculose et elle fut confirmée par une consultation médicale. On envoya le malade deux hivers de suite à Amélie-les-Bains; il revint amélioré mais non guéri, et on dut le réformer. Aujourd'hui il se porte très-bien.

On doit remarquer d'après ces observations que la tuberculose aiguë est très-rare dans la périostite externe. Son évolution est le plus souvent très-lente; le début en est insidieux; car les tubercules se développent dans des régions où les lésions sont peu appréciables : dans les os, les séreuses viscérales et à la fin les poumons. Les malades mettent très-longtemps à mourir; c'est ce que prouve l'observation de ce malade qui, atteint de granulie généralisée, succomba au bout de dix-huit mois à la tuberculose du péritoine.

Il est surtout intéressant de noter les modifications locales qui surviennent sous l'influence de la tuberculose : les fongosités s'affaissent, mais ne sont pas remplacées par des bourgeons charnus, comme lorsque l'affection évolue vers la guérison. Les foyers purulents se tarissent et l'abcès ressemble à une bourse vide. Les parties molles décollées flottent au-dessus de l'abcès; il ne s'écoule plus qu'un pus séreux de mauvaise nature; ichoreux, noirâtre, il exhale une odeur fétide. Si on explore le fond de l'abcès à travers les trajets fistuleux réduits à de petits trous, on trouve l'os rongé par une sorte d'ulcération sèche très-différente de l'ostéite fongueuse; cette ostéite décrite par Billroth amène l'érosion des os sans beaucoup de suppuration. Le périoste est alors mortifié sur une assez grande étendue; on trouve des clapiers formant diverticules dans tous les sens.

C'est ici que se placerait une question importante : Quelle est la nature de l'affection et quelle relation existe entre la périostite externe chronique et les granulations? mais elle est jusqu'ici insoluble. Au point de vue clinique, nous pouvons dire que la plupart de nos malades sortent guéris de leur suppuration caséeuse, sans présenter les signes de la tuberculose. Mais nous ne pouvons les suivre, et rien ne prouve que par la suite ils ne deviennent pas tuberculeux. Dans ce cas la suppuration caséeuse de la périostite ne serait-elle que la première manifestation de cette maladie? Cette question reste à l'étude.

La suppuration prolongée peut-elle amener la tuberculose chez un sujet non prédisposé? M. Gaujot ne le pense pas; car on voit des malades, porteurs de suppurations de très-longue durée, comme dans les abcès vertébraux, mourir à la longue d'épuisement sans présenter de signes de tuberculose. Ces malades meurent parce que le siége de la lésion anatomique est tel qu'elle ne peut guérir. M. Gaujot pense donc que lorsque la tuberculose éclate, c'est qu'il y a prédisposition. Enfin l'on pourrait avancer qu'il n'y a là qu'une simple coïncidence; car six tuberculeux sur quatre-vingt-sept sujets, c'est à peu près la proportion de la phthisie dans l'armée.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Menstruation conservée après une destruction partielle de l'utérus.

Dans la remarquable communication de M. Tillaux à l'Académie de médecine, il existe un fait physiologique singulier : la continuation de la fonction menstruelle après l'ablation de l'utérus. Un fait analogue, plus pathologique que physiologique, peut être rapproché du précédent, à titre de curiosité, au milieu de ces phénomènes obscurs de molimen hémorrhagique. La nature avait produit l'équivalent de ce que l'art a fait; dans un utérus envahi par des myomes, la cavité du corps n'existait plus, l'orifice utérin était oblitéré, la cavité cervicale avait disparu, et cependant il se produisait des métrorrhagies qui finirent par emporter la malade. Dans les deux cas l'écoulement sanguin ne peut être attribué qu'à la portion vaginale du col.

Je résume les points principaux de cette observation, rapportée par M. Laboulbène dans la *Gazette médicale de Paris*, 1869, p. 183, sous ce titre : *Note sur un volumineux hystéro-fibrome, léiomyôme fibreux, ayant eu un développement rapide.* Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, dont l'abdomen était très-développé par des corps fibreux utérins, et que des pertes abondantes, survenues depuis deux mois, avaient jetée dans un état très-prononcé d'anémie. Ces hémorrhagies aggravèrent cet état pendant le mois qu'elle passa à l'hôpital. La tumeur, extraite à l'autopsie avec l'utérus, pesait 5k,60. Elle était constituée par des masses mamelonnées, dont deux superposées, ayant presque le volume du poing, s'élevaient jusqu'à l'épigastre. La cavité utérine avait entièrement disparu; l'orifice utérin était bouché; la cavité cervicale n'existait plus. Aucune portion du vagin n'était érodée; la surface externe du col était ferme, lisse, non ecchymosée. Il est évident que le sang ne pouvait provenir de la cavité cervico-utérine, puisqu'elle

était complètement oblitérée. Il faut bien supposer qu'il s'échappait des vaisseaux de la surface externe du col ou du vagin, bien qu'il fût impossible de constater la moindre trace de leur rupture.

Veuillez agréer, etc.

O. Saint-Vel.

Paris, 19 octobre 1879.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Gymnote électrique. — M. *Marey* annonce à M. le Secrétaire perpétuel qu'il a reçu vivant, du Para, un gymnote électrique.

L'animal, d'abord un peu fatigué du voyage, est en ce moment tout à fait remis et donne de fortes décharges électriques lorsqu'on le touche, mais très-brèves.

Électrophysiologie. — M. *Ziegler* adresse un mémoire sur les *Polarités électriques latérales* et leur action sur l'organisme. (Commissaires : MM. Becquerel, Marey.)

Fermentation. — M. *Ch. Bonnafé* adresse une note relative à la présence de l'oxygène dans les produits de fermentation. (Renvoi à l'examen de M. Pasteur.)

Traitement de l'ophthalmie sympathique par la section des nerfs ciliaires et du nerf optique, substituée a l'enlèvement de l'œil. Note de M. *Boucheron*. — Il existe d'ailleurs, dans la science, plusieurs observations de section accidentelle des nerfs optique et ciliaires, avec conservation du globe oculaire : tel est, par exemple, le cas d'un soldat qui, en 1870, eut la tête traversée par une balle d'une tempe à l'autre. Il y eut section de tous les nerfs de l'œil, et cependant le malheureux aveugle conserva ses yeux, avec une transparence parfaite des milieux réfringents, comme nous le montra l'ophthalmoscope. Ce fait est concluant. Comme l'ophthalmie sympathique est transmise d'un œil à l'autre par les nerfs ciliaires et optique, il suffira de couper ces nerfs, en arrière de l'œil malade, pour interrompre la transmission de la maladie. D'autre part, il est d'observation que l'ophthalmie sympathique se déclare quelquefois avec une rapidité foudroyante, peu de temps après le traumatisme. On a proposé l'*extraction préventive* de l'œil blessé. La section également préventive des nerfs ciliaires en arrière de l'œil blessé est bien préférable.

Procédé opératoire. — Section de la conjonctive et de la capsule. Ténotomie du muscle droit externe, sans dénuder la face externe du muscle. Introduction, entre l'œil et la capsule, de ciseaux fortement courbés sur le plat. L'œil étant tiré en avant ou tourné en dedans, le nerf optique, tendu comme une corde rigide, est saisi entre les branches des ciseaux, et coupé en s'écartant de la sclérotique.

Rotation en avant de l'hémisphère postérieur, de manière à voir nettement la section du nerf optique et à ne laisser échapper aucun nerf ciliaire. Suture du muscle, serrée seulement le lendemain, s'il y a strabisme prononcé. Pansement antiseptique.

Sur l'innervation et la circulation de la mamelle. Note de M. *Laffont*.

Sur une chienne en lactation, curarisée légèrement ou immobilisée par injection intraveineuse de cicutine, on recherche l'artère honteuse externe (branche de l'artère prépubienne), qui descend sur la paroi postérieure du canal inguinal et se partage, après avoir franchi l'anneau inférieur du canal, en artère sous-cutanée abdominale et artère mammaire. C'est dans cette branche qu'on introduit un ajutage en T qui permettra de prendre la pression sans gêner la circulation de l'organe. Cette artère s'abouche à plein canal avec le rameau mammaire fourni par l'artère thoracique interne. On recherche aussi la veine mammaire satellite, qui est très-volumineuse. C'est à cette veine qu'est accolé le nerf mammaire, qui va se perdre dans le tissu et la peau de la mamelle en suivant les vaisseaux. En remontant vers la moelle, ce nerf quitte la veine honteuse externe pour passer sur l'artère iliaque externe et de là sur les psoas, entre lesquels il pénètre à la hauteur de la cinquième vertèbre lombaire. Il provient du cordon nerveux qui unit la quatrième paire lombaire à la cinquième, et reçoit quelquefois dans son parcours, entre les psoas, ou même plus bas, comme je l'ai vu dans plusieurs dissections, un rameau de la troisième paire lombaire.

L'animal étant ainsi préparé et deux fils passés sous le nerf, dans l'endroit où il rampe sur la veine mammaire, on place le nerf sur une pince excitatrice de notre modèle. D'un autre côté, l'ajutage en T est mis en communication avec un manomètre à mercure; et, les serres-fines placées sur l'artère étant enlevées : 1° On prend un tracé normal. 2° Sans rien déranger, *on fait passer un courant faible*. L'élévation de pression est insignifiante, bien qu'on excite un nerf éminemment sensible, et fait même place à un abaissement qui devient de plus en plus considérable (4 à 5 centimètres de mercure). En même temps, la mamelle devient turgide, le mamelon s'érige, tandis que l'état de pâleur et de flaccidité des autres mamelles rend le phénomène d'autant plus manifeste, surtout si l'on opère sur des animaux à robe blanche. Cependant la mamelle immédiatement antérieure rougit aussi un peu, et son mamelon s'érige. 3° On lie le nerf et on le sectionne entre deux ligatures. L'animal, qui est à peu près revenu, s'agite beaucoup. Cinq minutes après, on fait passer le même courant pour exciter le bout périphérique du nerf sectionné. Immédiatement, baisse de la pression, en même temps que survient tout le cortège de la congestion. *Si à ce moment on comprime le mamelon des autres mamelles, on fait sourdre à peine quelques gouttes de lait; la même manœuvre sur la mamelle opérée provoque des jets multiples et forts*. On arrête l'excitation; la pression remonte et devient même supérieure à ce qu'elle était avant l'excitation.

Ainsi donc, la mamelle possède des nerfs dilatateurs types, analogues à ceux de la corde du tympan et du nerf maxillaire supérieur, en même temps que des nerfs dont l'excitation provoque une augmentation dans la quantité de lait excrété.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° Un pli cacheté de MM. *Aimé Martin* et *Oberlin*, et un autre pli cacheté de MM. *Fort* et *Latteux*. (Accepté.) — 2° Des lettres de candida-



ture de MM. *Desnos*, *Vidal*, *Dujardin-Beaumetz*, *Boinet*, pour la section de thérapeutique; de MM. *Bucquoy* et *Ollivier*, pour la section de pathologie médicale; de M. *Laborde*, pour la section d'anatomie et de physiologie.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de MM. *Mathieu* fils, fabricants d'in-

struments de chirurgie, un inhalateur à vapeur à température variable, du docteur R. Lee (de Londres). Cet inhalateur est composé comme suit : 1° une chaudière, dans laquelle on verse le liquide médicamenteux par une ouverture supérieure. Cette ouverture est fermée à l'aide d'un bouchon à vis, surmonté d'une soupape si besoin est. — 2° Un tube terminé en forme d'entonnoir, destiné à conduire la vapeur médicamenteuse sortant de la chaudière, et que l'on aspire en plaçant la bouche contre l'entonnoir. Ce tube possède à sa base quelques ouvertures qui servent à l'introduction de l'air. En augmentant ou diminuant la grandeur de ces ouvertures, on gradue la température de la vapeur aspirée. — 3° Une lampe à alcool, placée sous la chaudière. (Voir la figure page 686.)

M. *Jules Rochard* présente, de la part de M. *Fonssagrives* (de Montpellier), un volume intitulé : *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire.*

M. *Dechambre* présente, au nom de M. le docteur *Bertin* (de Montpellier), une *Leçon sur l'histoire de l'hygiène.*

M. *Gueneau de Mussy* offre, en son nom, une brochure intitulée : *Des pleurésies purulentes diaphragmatiques et interlobulaires, et des pneumothorax circonscrits.*

M. *Pidoux* présente, au nom de M. le docteur *Martineau*, la deuxième partie de son *Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes.*

M. *Legouest* présente présente : 1° au nom de M. *Rochet*, chirurgien-major, un rapport sur le service des eaux minérales d'Hammam Meskoutine ; 2° au nom de M. *Reeb*, médecin principal, un rapport d'ensemble sur le service médical des eaux de Bourbonne.

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur *Lecadre* (du Havre) : 1° un relevé statistique sur le mouvement de la population du Havre pendant l'année 1878 ; 2° une *Étude sur la rage.*

M. *Gosselin* présente : 1° en son nom et au nom de M. *Albert Bergeron*, une note sur les effets et le mode d'action des substances employées dans les pansements antiseptiques ; 2° au nom de M. le docteur *Dumoulin*, un rapport sur les eaux minérales de Salins.

Hystérotomie appliquée au traitement des tumeurs fibreuses. — M. *Duplay* communique à l'Académie deux observations d'hystérotomie, et présente la dernière de ses opérées, dont la guérison a été complète et rapide.

M. Duplay déclare qu'il est complètement partisan de l'hystérectomie dans le traitement des fibromes ou cystofibromes de l'utérus. Les premières opérations pratiquées l'ont été à la suite d'erreurs de diagnostic par des chirurgiens qui croyaient avoir affaire à des tumeurs ovariennes. Kienball paraît être le premier chirurgien qui entreprit, en 1853, de propos délibéré, d'enlever l'utérus pour un fibrome. Son exemple fut suivi plus tard, et les observations d'hystérectomie se sont multipliées depuis une quinzaine d'années. En France, cependant, on s'est montré peu favorable à cette opération, qui n'a guère été pratiquée avec succès que par MM. Kœberlé et Péan. Le plus grand nombre des observations nous viennent de l'étranger.

M. Duplay relève quelques statistiques des opérations pratiquées jusqu'à l'année dernière, opérations divisées par catégories : 1° laparotomies pratiquéees pour des fibromes ; 2° laparotomies pratiquées pour des tumeurs fibro-cystiques.

1° Laparotomies pour des fibromes. — A. On enlève le fibrome en laissant l'utérus. Tumeurs sous-péritonéales plus ou moins pédiculées : 17 laparotomies, 5 guérisons, 12 morts, soit 70,5 pour 100 de mortalité. — B. On enlève tout l'utérus : 55 laparotomies, 23 guérisons, 32 morts, soit 58 pour 100 de mortalité.

2° Laparotomies pour cysto-fibromes : 41 laparotomies, 22 guérisons, 19 morts, soit 46,4 pour 100 de mortalité.

Ces statistiques partielles sembleraient prouver que l'hystérectomie est moins grave pour les cysto-fibromes que pour les fibromes purs. Si l'on réunit ces statistiques partielles, on trouve : sur 113 laparotomies et hystérectomies, 50 guérisons, 63 morts, soit 42,2 pour 100 de guérisons et 55,7 pour 100 de morts.

M. Duplay fait ensuite l'exposé des deux opérations d'hystérotomie qu'il a pratiquées pour des fibromes utérins, dont l'une, en 1876, dans son service de l'hôpital Saint-Louis et qui fut suivie de mort, et dont l'autre, le 15 août dernier, dans une maison de santé de l'avenue du Roule, et qui fut suivie de guérison, bien que M. Duplay n'eût pas cru devoir prendre les précautions indiquées par les partisans de la méthode antiseptique.

Dans ce dernier cas la tumeur enlevée pesait 22 livres, elle était entièrement solide et offrait la structure des fibromes utérins. Les suites de l'opération ont été des plus simples ; la malade, jeune femme de vingt-six ans, est aujourd'hui complètement guérie, et M. Duplay la présente à ses collègues.

Recherches cliniques sur la communication des deux cœurs par inocclusion congénitale du septum interventriculaire, par M. H. Roger. — Après quelques considérations sur les vices de conformation du cœur, et après avoir rapporté quelques faits d'inocclusion de la cloison des ventricules, l'auteur conclut par les propositions suivantes :

Il est une malformation du cœur où la cyanose ne se produit point, malgré le libre mélange des deux sangs, veineux et artériel ; cette malformation, qui est compatible avec l'entretien de la vie, et même avec une longue existence, quand elle est simple et sans concomitance d'une sténose également congénitale de l'artère pulmonaire, c'est l'inocclusion du septum ventriculaire.

Cette anomalie cardiaque, il importe, au point de vue clinique, de la distinguer des autres vices de conformation et surtout des affections cardiaques. Elle n'est révélée que par l'auscultation; elle s'annonce par un signe physique dont les caractères sont tout à fait spéciaux : c'est un *bruissement* fort et étendu; il est unique; il commence à la systole et se prolonge de manière à couvrir entièrement le tic-tac naturel; il a son maximum, non pas à la pointe (comme dans les altérations des orifices auriculo-ventriculaires), non pas à la base à droite (comme dans le rétrécissement de l'aorte), ou à gauche (comme dans la sténose de l'artère pulmonaire), mais au tiers supérieur de la région précordiale; il est médian comme la cloison elle-même, et, de ce point central, il diminue d'intensité régulièrement et par degrés, à mesure qu'on s'en éloigne ; il est fixe et sans propagation dans les vaisseaux; il ne coïncide avec aucun signe d'affection organique autre que le *frémissement cataire.* Un bruit anormal qui réunit cet ensemble de caractères est le *signe pathognomonique de l'inocclusion du septum des ventricules.*

Le *diagnostic différentiel* de cette malformation (jusqu'à présent méconnue ou confondue avec d'autres lésions congénitales ou acquises), ce diagnostic sera désormais rendu facile par la comparaison attentive des *signes physiques :* ces signes varient de nombre, de siège et de caractères dans les maladies du cœur où les altérations matérielles sont multiples, progressives et changeantes, tandis que le bruissement, indicateur d'une lésion identique à elle-même, permanente et immuable, persiste sans modification pendant un temps indéfini. De même pour les *troubles fonctionnels :* très-variables selon les diverses périodes des phlegmasies cardiaques et totalement dissemblables dans leur état aigu ou chronique, ils sont à la fois moins accusés et plus constants dans l'innocclusion du septum ; ils se modifient à peine avec les années et ne s'aggravent que très-lentement et par degrés insensibles.

La considération de l'*âge* du sujet est un élément capital de la diagnose : l'endocardite, par exemple, ne se montrant pour ainsi dire jamais dans l'enfance avant deux ans, et d'autre part, l'anémie des très-jeunes ne se traduisant presque jamais par un souffle cardiaque, il en résulte qu'un *souffle, chez un enfant à la mamelle,* sera l'indice à peu près certain d'une *anomalie* de la circulation centrale.

Le *pronostic* est, d'une manière générale, moins grave dans la malformation précitée que dans les maladies organiques du cœur où le danger, pour les enfants, est plus grand et plus prochain : avec celles-ci, les jeunes sujets ne peuvent guère espérer qu'une dizaine d'années d'existence; malgré celle-là, ils peuvent atteindre et dépasser la moyenne de la vie humaine.

Une diagnose exacte commande dans les affections du cœur un traitement énergique et persévérant : ce traitement est, au contraire, interdit comme inutile et même nuisible s'il y a malformation ; montrer, grâce à un diagnostic précis, l'opportunité de l'action dans un cas et de l'abstention dans

l'autre, c'est rendre également service aux praticiens et aux malades.

M. *Colin* demande à M. Roger si dans les cas de persistance du trou de Botal ou du canal artériel, on a observé un bruit de souffle analogue à celui qui vient d'être décrit dans les faits d'inocclusion de la cloison interventriculaire.

M. *Roger* répond négativement.

M. *Colin* fait remarquer que Flourens a démontré que l'occlusion du trou de Botal se faisait dans les premières semaines qui suivent la naissance; il se propose de rechercher sur les animaux s'il existe un bruit de souffle avant l'occlusion du trou de Botal. Il pense en outre que dans les cas d'inocclusion interventriculaire signalés par M. Roger, il devait y avoir de la cyanose.

M. *Roger* dit que la cyanose existe, dans tous les cas où il existe en même temps oblitération de l'artère pulmonaire. Quand cette lésion manque, le ventricule gauche, plus énergique que le droit, pousse le sang à travers l'ouverture anormale.

M. *Marc Sée* adopte la solution que donne M. Roger d'un phénomène pathologique qui n'avait pas été suffisamment expliqué jusqu'à ce jour. Mais il remarque que M. Roger n'a qu'une seule autopsie d'un enfant qu'il n'a pas observé pendant la vie, et qu'il n'a pu faire l'autopsie des autres malades dont il a rapporté l'observation. C'est là une circonstance regrettable; il faudrait au moins une observation avec autopsie.

M. *Roger* répond qu'il n'a pas eu la bonne fortune de pouvoir observer pendant la vie le malade dont il a fait l'autopsie.

M. *Raynaud*. M. Roger avait dit qu'on trouverait peut-être chez des animaux l'explication de ce phénomène. On avait pensé à la tortue qui, comme on le sait, n'a qu'un seul ventricule et deux oreillettes, mais les résultats ont été négatifs.

M. *Colin* dit qu'il n'y a pas de bruit de souffle sur les petits animaux.

M. *Pidoux* demande si M. Roger a vu quelques-uns de ses malades guérir. Il croit avoir observé des cas analogues sur des malades qui sont aujourd'hui bien portants.

M. *Roger* dit que la guérison est impossible, mais que les lésions dont il s'agit ne sont pas incompatibles avec la vie.

M. *le Président* invite M. Pidoux à rassembler ses observations et à les présenter à l'Académie.

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Érythème papuleux généralisé des jambes et de la conjonctive : M. Gougenheim. — Du cancer des lymphatiques pulmonaires : M. Debove. — Pemphigus des nouveaux-nés : M. Hervieux.

M. *Gougenheim* communique une observation d'*érythème papuleux généralisé des jambes et de la conjonctive*. Il s'agit d'une femme maigre, vigoureuse, qui avait été atteinte il y a trois semaines de douleurs assez vives de la jambe et du coude droits avec fièvre et œdème du cou-de-pied droit. Le 22 avril dernier, M. Gougenheim constatait de plus une éruption papuleuse disséminée sur la face dorsale des mains, des bras et du tronc. L'éruption disparaissait le 1er mai, mais deux jours plus tard des plaques d'érythème noueux se montraient aux jambes. Le 10 mai les yeux devenaient rouges et larmoyants. Le lendemain apparaissaient des papules conjonctivales avec œdème périkératique. Le 25 mai des douleurs se manifestèrent dans les jambes, mais toute éruption disparut. Discutant la nature de ces symptômes, M. Gougenheim rappelle que Bazin rattachait les éruptions de ce genre à la diathèse rhumatismale, tandis que d'autres médecins et en particulier MM. Ernest Besnier, Hardy, Hébra, ne sont pas aussi affirmatifs et émettent quelques doutes sur les rapports de parenté qui paraissent exister entre ces érythèmes (à l'exception de l'érythème polymorphe) et le rhumatisme. Dans le cas actuel la diathèse rhumatismale paraît exister.

M. *Empis* ne croit pas que la coïncidence d'une éruption papuleuse et de douleurs rhumatismales puisse prouver la nature rhumatismale de l'éruption. Très-souvent l'érythème noueux n'est ni précédé ni suivi de douleurs articulaires.

M. *Ed. Labbé* rattache volontiers, au contraire, les éruptions papuleuses à la diathèse rhumatismale. Sous ce rapport, il fait une différence entre l'érythème papuleux chronique et l'érythème papuleux aigu. C'est ce dernier qu'on a appelé *péliose rhumatismale*. D'après M. Labbé la dénomination est parfaitement exacte.

— M. *Debove* a étudié les lésions lymphatiques du poumon dans certains cas de cancer. Cette question a déjà été l'objet de travaux intéressants dus à MM. M. Raynaud, Hillairet, Cornil. M. Troisier en a fait le sujet de sa thèse inaugurale. Enfin, M. Debove a publié autrefois lui-même une note sur les lymphangites cancéreuses dans laquelle il établit que ces lésions n'étaient pas de nature purement inflammatoire, mais de nature spécifique. MM. Raynaud et Cornil ont soutenu, au contraire, que la lymphangite dite cancéreuse n'avait rien de spécial dans ses caractères anatomiques.

La nouvelle observation de M. Debove semble confirmer l'opinion qu'il avait précédemment défendue. Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans, admise récemment à l'Hôtel-Dieu pour un cancer de l'estomac. Depuis longtemps la malade toussait. La toux était sèche, peu fréquente, sans expectoration; parfois cependant, après une quinte, accompagnée d'une expectoration sanguinolente. Trois mois avant son entrée cette femme ressentit dans le côté gauche de la poitrine, vers la ligne axillaire, une douleur de plus en plus vive qui persista. Plus tard survint une dyspnée qui prit rapidement un caractère de gravité très-accentué, et un ictère foncé. Lorsque M. Debove vit la malade pour la première fois, la peau, les sclérotiques et l'urine présentaient une coloration ictérique. L'émaciation était extrême. On ne retrouvait pas de sang dans les matières des vomissements ou des garde-robes. A l'épigastre existait une masse empâtée, irrégulière, au-devant de laquelle les muscles droits abdominaux se contractaient fortement. On sentait des ganglions gros comme des noisettes dans le creux sus-claviculaire à droite et à gauche. Au-devant du sternum, sur la peau, des arborisations rouges rappelaient absolument par leur disposition le lacis d'un réseau lymphatique. A l'auscultation de la poitrine on entendait de nombreux râles ronflants, sans souffle ni retentissement exagéré de la voix. La dyspnée était intense.

La mort eut lieu deux jours après l'entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva une masse du volume d'un gros œuf, siégeant au pylore, ayant contracté des adhérences avec les organes voisins. Les deux faces du diaphragme présentaient des dépôts cancéreux sous forme de traînées saillantes blanchâtres. Il n'y avait pas de liquide dans la cavité pleurale; mais sous la plèvre pulmonaire on voyait se dessiner un réseau blanchâtre dont les plus gros troncs occupaient la ligne de jonction des lobules pulmonaires, rappelant du premier coup d'œil le réseau bien connu des lymphatiques sous-pleuraux. Dans les poumons existaient deux ou trois noyaux cancéreux du volume d'une cerise. Enfin, sur les surfaces de section on constatait une série de petits nodules blanchâtres, confluents, résistant à la pression, et assez analogues par leur aspect général aux lésions de la tuberculose aiguë. Ces nodules étaient dus à la section de tractus blanchâtres anastomosés, c'est-à-dire des lymphatiques pulmonaires envahis par le cancer. Les ganglions du hile du poumon avaient aussi

subi la dégénérescence cancéreuse. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un carcinome. En étalant sous le champ du microscope un morceau de la plèvre viscérale décollée, M. Debove vit également un réseau bien autrement riche que ne pouvait le faire supposer l'examen à l'œil nu, réseau indépendant des vaisseaux sanguins et formé par des cordons cylindriques anastomosés. Dans l'intérieur du poumon variqueux on pouvait seulement obtenir de petits fragments cylindriques variqueux, identiques aux précédents. La lésion avait donc envahi tout le système lymphatique du poumon. Enfin, on retrouvait dans les canaux lymphatiques de la surface et de l'intérieur du poumon les cellules identiques ou du moins très-semblables à celles du carcinome pulmonaire. M. Malassez a examiné à son tour les pièces préparées par M. Debove, et il en a donné la même interprétation. De ce fait M. Debove conclut que, dans certains cas de cancer viscéral, il peut se développer un véritable carcinome envahissant tout le réseau lymphatique sans intéresser beaucoup le parenchyme ambiant.

M. *Féreol* pense aussi que les lymphangites pulmonaires ne peuvent être tantôt inflammatoires et tantôt spécifiques; il croit que, dans les cas de cancer du poumon, il y a toujours cancers lymphatiques.

A une question de M. *Dumontpallier*, M. *Debove* répond que la paroi des lymphatiques était rompue en certains points et la lumière des vaisseaux bouchée par une accumulation de cellules.

— M. *Hervieux* résume l'observation de deux nouveau-nés jumeaux, atteints dès leur naissance d'un *pemphigus généralisé* à toute la surface du corps. Le pemphigus ordinaire des nouveau-nés, décrit par M. Besnier, n'affecte point cette forme. L'éruption se localise d'habitude à la paume des mains et à la plante des pieds. Aussi M. Hervieux considère-t-il le pemphigus généralisé comme une forme très-rare. Chez les deux enfants dont il s'agit, l'accident est probablement de nature syphilitique. L'un d'eux présentait sur les différents points du corps des vésicules miliaires remplies de pus. En dehors de ces lésions M. Hervieux n'a pu découvrir d'autres manifestations de la syphilis chez ses petits jumeaux. Ils tètent très-bien l'un et l'autre.

M. *Dumontpallier* pense que la maladie dont parle M. Hervieux diffère du pemphigus syphilitique qui n'apparaît que huit à quinze jours après la naissance.

M. *Féréol* fait remarquer qu'il est bien difficile de distinguer cliniquement le pemphigus syphilitique du pemphigus simple des nouveau-nés. Il n'y a pas de caractère bien tranché qui permette de poser un diagnostic bien certain.

M. *Quinquaud* croit que la présence du pus apparaissant dans les vésicules au bout de quarante-huit à soixante heures est un signe de syphilis. Le pemphigus sans leucocytes au cinquième ou au sixième jour serait indépendant de la syphilis. M. Quinquaud attribue également une certaine importance à la présence de nucléine qui, très-abondante dans le pemphigus syphilitique, manque dans le pemphigus simple.

M. *Besnier* déclare que la détermination des maladies classées sous le nom de *pemphigus* est toujours assez délicate. Les vésicules du pemphigus sont toujours *au début* remplies d'une sérosité limpide; alors donc que l'on se trouve en présence d'une affection très-récente caractérisée par l'existence de bulles remplies de pus, on pourrait admettre qu'il s'agit d'une maladie syphilitique et non d'un pemphigus. En ce qui concerne les malades observés par M. Hervieux, peut-être s'agit-il d'un pemphigus cachectique. M. Besnier demande à M. Hervieux de bien vouloir compléter son observation, afin que la discussion en puisse être plus approfondie.

M. *Rathery* dit avoir observé un enfant né d'une mère syphilitique et présentant aux mains et aux pieds des bulles qui devinrent rapidement purulentes. Cependant, durant trois semaines, cet enfant ne présenta aucune autre manifestation syphilitique.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Réflexions sur l'ovariotomie. — Hystérotomie avec ablation des deux ovaires. — Luxation sous-épineuse de l'humérus. — Coryza caséeux.

M. *Labbé* croit que la question de la réduction du pédicule dans les ovariotomies peut être jugée aujourd'hui. M. Kiss (d'Edimbourg) réduit de parti pris; Spencer Wells, qui a fait de nombreuses opérations, a admis cette pratique. Dans un récent voyage, M. Labbé a pu étudier la pratique des chirurgiens allemands; deux seulement (Billroth et Bruns) ne réduisent pas le pédicule. La question est donc jugée dans le sens de la réduction.

Le volume du pédicule est à considérer; mais il suffit de subdiviser ce pédicule en plusieurs faisceaux avec les ligatures pour pouvoir le laisser en toute sécurité dans l'abdomen. Si l'on a eu des hémorrhagies autrefois, c'est que l'opération n'était pas aussi bien réglée que maintenant. M. Labbé a eu aussi l'occasion de réduire le pédicule; et, s'il y a une indication de réduire, c'est pour l'hystérotomie bien plus que pour l'ovariotomie, à cause de la difficulté de tenir au dehors un pédicule court et large. Après une ablation de l'utérus, Billroth laissa le pédicule au dehors; mais, ne pouvant pas l'attirer, il attira au contraire la paroi abdominale, fortement déprimée vers le pédicule. Schrœder réduit toujours. M. Labbé s'est toujours bien trouvé de la réduction du pédicule; au moyen d'un serre-nœud, on peut tracer le sillon où sera placé le fil de catgutt, afin qu'il ne glisse point. La portion située au-dessus de la ligature sera taillée en cône creux, et on la suturera avec du catgutt, pour qu'il ne reste dans le ventre qu'une surface péritonéale. M. Labbé a surtout en vue l'ablation de tout ou d'une partie de l'utérus.

— M. *Guéniot* fait un rapport oral sur une observation de M. *Dézanneau* (d'Angers) : Hystérotomie, avec ablation des deux ovaires, pratiquée à l'Hôtel-Dieu d'Angers; guérison.

La femme, âgée de quarante-sept ans, portait depuis quinze ans une petite tumeur dans la fosse iliaque droite; cette tumeur se développa progressivement, en même temps que la santé générale s'altérait. On fit, en ville, une ponction exploratrice qui donna issue à quelques gouttes de liquide sanguinolent. La malade entra à l'hôpital. Ventre gros, renfermant une tumeur bosselée en divers points et paraissant mobile; l'utérus paraissait sain dans son segment inférieur et suivait en partie les mouvements de la tumeur.

Opération le 3 juillet dernier, avec tous les détails de la méthode antiseptique. Incision de 15 centimètres sur la ligne médiane : la ponction de la tumeur ne donne rien. M. Dézanneau incise la partie visible de la masse, qui est en grande partie solide et non réductible. On agrandit l'ouverture abdominale. Pas d'adhérences, sauf avec le grand épiploon. L'épiploon est lié par fragments et coupé entre les ligatures. La tumeur est tirée au dehors; les ovaires étaient sains. La tumeur adhérait à l'utérus par un pédicule large et court; au-dessous existait une tumeur fibreuse faisant corps avec la matrice.

M. Dézanneau se décida à enlever l'utérus et les ovaires; il passa sous le fibrome utérin une grande aiguille courbe, portant un double fil métallique; l'utérus fut ainsi compris entre deux anses bien serrées; on le sectionna au-dessus de ces ligatures, qui furent amenées à la plaie abdominale, ainsi que les six faisceaux de l'épiploon. L'opération dura trois heures et demie.

Le premier pansement fut levé au bout de quarante-huit

heures, toujours avec la méthode antiseptique. Vers le quinzième jour, on enleva une des deux ligatures du pédicule utérin; l'autre ligature, trop adhérente, fut chargée sur un serre-nœud; il en résulta un léger écoulement de sang. La tumeur pesait 5 kilogrammes; toute la portion sus-vaginale de l'utérus avait été enlevée. La malade guérit.

M. *Verneuil.* Il s'agit, dans cette observation, d'une hystérectomie portant sur la portion libre de l'utérus. Les tentatives d'ablation de l'utérus, pour néoplasmes, donnent des résultats lamentables. Fraue a fait plusieurs opérations de ce genre : les trois malheureuses qui ont résisté à l'acte opératoire n'ont pas tardé à succomber aux récidives; ici, la nature du néoplasme domine tout.

M. *Trélat* s'est trouvé, il y a quatre ans, dans une opération ovarienne, aux prises avec de grandes difficultés opératoires; il s'agissait d'une tumeur solide. La malade était jeune et d'une bonne constitution. Incision de 22 à 24 centimètres sur la ligne médiane; il fut impossible d'obtenir la moindre réduction dans le volume de la tumeur; l'opération dura quatre heures. La malade mourut au bout de quarante-huit heures.

— M. *Després* présente le moulage d'une luxation sous-épineuse complète de l'épaule. Le malade fut renversé en descendant d'un tramway et roulé par un autre tramway venant en sens inverse. Tels sont les renseignements que l'on a pu recueillir. Le moignon de l'épaule était déformé; acromion saillant; tête humérale sous l'épine de l'omoplate. Ecchymose sur la partie saillante du moignon de l'épaule, due à la compression des muscles et de la peau de dedans en dehors. Le bras est raccourci, porté en avant, la main dans la pronation. M. Després fit la réduction par traction continue avec des aides. Nélaton avait reconnu la facilité extrême de la réduction de ce genre de luxation.

M. *Farabeuf* a vu une luxation de l'épaule fort curieuse. Un matelot, qui s'était luxé l'épaule en mer, vint échouer au bout de cinq mois à l'Hôtel-Dieu de Paris. Le bras était dans l'abduction; l'acromion était saillant, et la tête de l'humérus était située à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. La tête a dû s'échapper par la partie tout à fait inférieure de la capsule, et elle a passé sous le tendon de la longue portion du triceps pour aller se loger sous l'épine de l'omoplate, mais plus bas. C'est ainsi que M. Farabeuf s'est expliqué et la formation et l'irréductibilité de cette luxation. Il a pu la reproduire sur le cadavre et retrouver les mêmes signes que sur le vivant. Ce serait, en résumé, une transformation de la luxation sous-glénoïdienne.

— M. *Perrier* présente une substance caséeuse, recueillie dans les fosses nasales d'un malade atteint de coryza caséeux. Ce malade, âgé de quarante-trois ans, était entré à l'hôpital pour un écoulement purulent du nez; il y avait des bourgeons fongueux, saignants, dans les fosses nasales. M. Perrier retira environ un demi-verre de matière caséeuse. Injections détersives et astringentes. Guérison.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Influence exercée par la destruction partielle des centres nerveux sur les parties voisines : M. Brown-Séquard. — Embryologie des têtards : M. Mathias Duval. — Traitement de l'urémie par la pilocarpine : M. Leven. — Appareil pour doser l'hémoglobine : M. Bizzozero. — Développement du poumon : M. Cadiat.

M. *Brown-Séquard*. La destruction d'une partie quelconque des centres nerveux agit sur les parties voisines, soit en mettant en jeu leur activité, soit en l'abolissant. Cette double influence est démontrée par les expériences suivantes : 1° On écrase instantanément sur un billot la tête d'un cobaye ou d'un lapin; des convulsions violentes surviennent aussitôt dans le train postérieur et se prolongent longtemps sans épuiser l'activité de la partie inférieure de la moelle, dont le pouvoir réflexe subsiste encore après qu'elles ont cessé. Au contraire, les membres antérieurs de l'animal restent immobiles, et la partie de la moelle qui leur correspond a perdu d'emblée toute excitabilité. On pourrait attribuer cette suractivité de la partie inférieure de la moelle à l'accumulation du liquide céphalo-rachidien refoulé dans le canal vertébral, au sang qui peut-être s'y écoule, enfin à la secousse mécanique que transmet le choc produit pour l'écrasement de la tête; diverses expériences de contrôle permettent de s'assurer que telle n'est pas la cause de l'activité exagérée du renflement inférieur de la moelle, et qu'il le doit réellement au fait même de la destruction de l'encéphale. 2° Si l'on écrase la partie moyenne de la moelle, la partie inférieure, qui donne naissance aux nerfs des membres postérieurs, se comporte comme la moelle cervico-brachiale dans l'expérience précédente; elle est frappée d'inactivité par le traumatisme de la région voisine; les membres postérieurs ne présentent pas de convulsions. 3° Enfin la section du bulbe, à 1 millimètre ou 1 millimètre et demi au-dessus du point où Flourens plaçait le nœud vital, fait perdre toute excitabilité à la moelle, uniquement dans la partie qui s'étend de la surface de section aux origines de la troisième paire cervicale.

— M. *Mathias Duval* expose quelques faits relatifs à l'embryologie des têtards de grenouille. 1° Le poumon s'y développe sous forme d'un bourgeon creux, tapissé de cellules qui, d'abord très-épaisses, s'aplatissent plus tard et prennent l'aspect endothélial. On considère, en général, le poumon de la grenouille comme représentant un *infundibulum*, un lobule primitif de poumon humain. Ce fait pourrait donc jeter quelque lumière sur le développement encore peu connu du poumon de l'homme, que naguère encore M. Cadiat regardait comme formé aux dépens de bourgeons pleins. 2° Les branchies externes des têtards sont de très-bonne heure enveloppées par une sorte de sac membraneux, que l'on considère comme l'homologue de l'opercule de l'ouïe chez les poissons, mais que l'on pourrait aussi regarder comme présentant une lointaine analogie avec l'amnios. 3° C'est un fait généralement accrédité que les parties postérieures des têtards se développent les premières. Ce fait pourtant serait exceptionnel : un animal, dans les diverses phases de son développement individuel, doit reproduire successivement les types des animaux de la même série qui lui sont inférieurs. Or, les têtards les plus élémentaires n'ont pas de pattes; les sirènes, qui viennent ensuite, ont seulement des pattes antérieures; les tritons enfin ont quatre pattes. Dans l'évolution de la série, on voit donc que les pattes antérieures se montrent avant les postérieures. Les têtards de grenouille feraient-ils exception? et leurs pattes postérieures précéderaient-elles, comme on le croit, les antérieures? Non. Le bourgeon des membres antérieurs existe bien avant que les pattes postérieures ne paraissent; mais il reste longtemps caché et peu développé, ce qui explique l'opinion admise jusqu'à présent.

— M. *Leven* communique l'observation d'une jeune fille atteinte d'albuminurie *à frigore* et d'urémie à forme convulsive et comateuse. Ces derniers accidents ont cédé à quatre injections hypodermiques de 2 centigrammes de pilocarpine. L'amélioration n'a commencé qu'à la troisième; les deux premières étaient restées sans résultat; les effets physiologiques de la pilocarpine, salivation et sueur, n'avaient pas même été obtenus.

— M. *Bizzozero* présente un nouvel instrument pour doser l'hémoglobine. Deux tubes fermés à une de leurs extrémités par un verre plan sont vissés l'un dans l'autre; l'espace com-

pris entre les deux lames de verre forme une chambre que l'on remplit de sang mêlé d'eau salée. Il s'agit de faire varier l'épaisseur de la couche liquide jusqu'à ce que l'on puisse apercevoir à travers elle, dans une chambre obscure, les contours de la flamme d'une bougie placée à 1m,50 de l'observateur. L'épaisseur connue de cette couche permet à l'aide de tables de savoir la quantité d'hémoglobine du sang. Le même appareil peut aussi servir de chromomètre. Dans ces diverses opérations, il ne peut guère y avoir qu'une cause d'erreur : la présence d'un nombre exagéré de leucocytes dans le sang.

— M. *Cadiat*. Le poumon, à la façon de toutes les glandes, se développe par une série de bourgeons pleins qui se creusent ultérieurement. Quand un bourgeon est muni de sa cavité, il ne progresse plus; mais sur ses parties latérales apparaît un autre bourgeon qui présente le même mode d'accroissement. Ainsi le développement s'accomplit par bourgeons latéraux, ce qui explique les changements de direction que les bronches présentent sur presque tout leur parcours.

— M. *Laborde* dépose un pli cacheté au nom de M. H. de Boyer.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Les varices du système de la veine porte,
par M. Neelsen.

Chez un aliéné de cinquante-six ans, qui mourut subitement, on trouva à l'autopsie une lésion singulière des veines du côlon. Les capillaires veineux présentent un grand nombre de petites tumeurs rouges qui semblent faire corps avec eux et qui furent trouvées être de simples dilatations variqueuses; les tumeurs sont tantôt superficielles, tantôt profondes et saillantes à l'intérieur de l'intestin, et varient depuis la grosseur d'un grain de blé jusqu'à celle d'un gros pois. L'aspect extérieur est celui d'une mûre. Partout ailleurs, l'état des vaisseaux est normal.

De pareils faits sont très-rares. L'auteur a trouvé dans la littérature scientifique un cas de Rowland (mort subite par rupture des veines sous-muqueuses du cardia), un autre de Diberder et Fanœl. Même cas chez un brightique. Un troisième de Bristowa (encore une perforation d'une varice œsophagienne). C'est à peu près tout ce que nous savons sur ce point.

L'étiologie de ces varices est obscure. Neelsen pense que ces ectasies ne sont pas dans tous les cas les produits de simple dilatation mécanique, mais peuvent être la suite de désordres nerveux faisant disparaître le *tonus* veineux; en tout cas, les varices du système porte ne peuvent s'expliquer autrement. (*Berl., klin. Woch.*, 1879, nos 30 et 31.)

Méthode simple de traitement des otites purulentes,
par M. Schalle.

On peut remplacer la seringue ou les tampons d'ouate introduits avec une pince au fond de l'oreille, par une sorte de mèche ronde (*Piquélitze*) analogue à celle des petites lampes à pétrole. Le malade, passant un bras par-dessus la tête, tire l'oreille en haut et en arrière, pendant que de la droite il fait pénétrer doucement par des mouvements de rotation la mèche au fond du conduit auditif. Une sensation spéciale l'avertit que la mèche a pénétré dans la caisse du tympan. Il la retire et coupe le bout imbibé de pus. Il peut recommencer *ad libitum* cette petite manœuvre, imprégner ensuite la mèche de certains médicaments, la laisser même en place en la cachant avec un petit tampon d'ouate. — Parmi les liquides à faire pénétrer dans l'oreille, l'auteur recommande la solution de sel de cuisine. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 32.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire d'ophthalmologie, par M. le docteur A. Sichel fils. 2 volumes très-forts, in-8°, avec figures dans le texte. — Paris, G. Masson. 1 vol. en vente. Prix : 18 fr.

Bien que nous possédions déjà un nombre relativement considérable de traités d'ophthalmologie, on ne peut manquer de bien accueillir ce livre, résumant les données les plus récentes d'une science qui, dans ces dernières années, a marché à grands pas.

Dans le premier volume, qui traite des maladies du globe de l'œil, l'auteur a adopté l'ordre suivi dans tout traité élémentaire de pathologie. De plus, il a eu l'heureuse idée de rappeler succinctement, avant de faire la description de chaque maladie, les détails d'anatomie normale indispensables à connaître pour bien comprendre nombre de données relatives à la symptomatologie, ainsi que l'anatomie pathologique, sur laquelle il a eu soin d'insister en lui donnant tous les développements nécessaires.

Les descriptions sont méthodiques, claires, mais parfois aussi trop longues, trop uniformes, et les points saillants que l'auteur doit avoir à tâche de fixer rapidement et solidement dans l'esprit du lecteur sont souvent perdus au milieu d'une foule de détails fatigants à parcourir, au lieu d'être bien mis en vue. Aussi la lecture de ce livre a-t-elle été pour nous un peu plus ennuyeuse que celle de la plupart de nos classiques. Ce traité nous semble également contenir trop peu de figures. M. Sichel fils nous renvoie au traité iconographique si remarquable de Sichel père; mais ne sait-il pas mieux que personne que ce traité ne peut être à la portée que d'un très-petit nombre?

Avant de commencer l'exposé des affections oculaires, l'auteur remet sous les yeux du lecteur les lois principales de réflexion, de réfraction de la lumière, et parle des divers modes d'exploration de l'œil; puis il aborde, dans son premier chapitre, les *affections de la conjonctive* (hyperhémie, les diverses variétés d'inflammation conjonctivale, les épanchements, les tumeurs). On ne trouve pas décrite la conjonctivite des culs-de-sac, variété indiquée par le professeur Gosselin, admise par Galezowski et par d'autres ophthalmologistes, et qui méritait au moins, à notre sens, d'être signalée dans un traité complet d'ophthalmologie. C'est là un point que nous n'avons pas cru devoir passer sous silence. En lisant ce qui a trait à l'ophthalmie granuleuse, nous n'avons pas été peu surpris tout d'abord de voir l'auteur déclarer nettement que *la doctrine de la contagion directe est fausse*, puis en arriver à cette *subtilité*, à savoir que *ce ne sont pas les granulations elles-mêmes qui sont contagieuses, mais le liquide qui les accompagne*.

La section II comprend les maladies de la *sclérotique* et de la *cornée*. Après avoir décrit les différentes variétés de kératites, M. Sichel consacre quelques pages à la kératite névroparalytique qu'on observe dans le cours de certaines maladies générales particulièrement débilitantes (fièvre typhoïde, scarlatine grave, etc.), et dont les lésions tiennent le milieu entre l'abcès et l'ulcère cornéen.

Le chapitre III est consacré aux *maladies de l'iris, du corps ciliaire et de la choroïde*. Les diverses formes d'iritis aiguë sont longuement décrites. Quant à l'iritis chronique, décrite séparément par certains ophthalmologistes, l'auteur n'a pas cru devoir lui réserver une place à part. Les plaies, les tumeurs, les anomalies de conformation et de développe-

ment, les modifications des dimensions et de contenu de la chambre antérieure, enfin les opérations et l'ophthalmie sympathique, sont l'objet de développements clairs et suffisants. La rédaction du chapitre de la prothèse a été confiée à un oculariste bien connu, à M. Boissonneau fils, qui en quelques pages a indiqué les données les plus importantes que lui a fournies l'examen, pendant une longue série d'années, de nombreux malades opérés par différents ophthalmologistes. On peut les résumer brièvement : 1° ne pas attendre plus d'un mois à cinq semaines avant de poser la première pièce prothétique; 2° utiliser d'abord une pièce trop petite; 3° en raison des inconvénients qu'ont les pièces artificielles employées après les énucléations, on doit souhaiter, dans l'intérêt des malades, que le chirurgien évite autant que possible les opérations, et conserve au blessé, chaque fois qu'il le peut, le plus gros volume de l'œil, tout en enlevant cependant la partie gênante et irritable, la cornée.

Les 500 dernières pages sont consacrées à l'étude des affections de la choroïde, du nerf optique et de la rétine, du corps vitré et du cristallin, et aux opérations applicables à ces différentes parties de l'œil.

Dr E. D.

Index bibliographique.

DES CARIES DENTAIRES COMPLIQUÉES, CONSIDÉRÉES SURTOUT AU POINT DE VUE DE LEUR TRAITEMENT, par M. le docteur Ludger CRUET. In-8 de 120 pages. — Paris, 1879. J.-B. Baillière et fils.

Le mémoire de M. Cruet est le fruit d'une étude consciencieuse; nous sommes doublement heureux d'avoir à analyser ce travail, d'abord parce que les maladies des dents sont trop négligées, et surtout parce qu'il est fort rare de voir ces sujets de pathologie dentaire étudiés par un médecin véritablement instruit, par un ancien interne des hôpitaux. Nous ne dirons rien de la clinique, des complications, etc.; nous renverrons, pour ce qui a trait à ces points, les lecteurs au travail lui-même; nous nous bornerons à faire le résumé de la thérapeutique en indiquant les moyens proposés par M. Cruet, quels sont ceux qu'il préfère, quels sont ceux qu'il aime surtout, ceux qu'il considère comme moins bons. En résumé, il y a deux méthodes qui comprennent tous les détails : 1° la méthode abortive; 2° la méthode conservatrice, qui, pour peu qu'elle soit applicable, doit toujours être préférée. Ainsi, par exemple, dans la carie compliquée de périostite alvéolo-dentaire chronique, le traitement palliatif pour arriver à un état stationnaire est toujours préférable. C'est ce que démontre M. Cruet, avec une sureté de raisonnement qui indique une connaissance complète de la question.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Inscriptions :* Le registre pour les inscriptions du 1e trimestre de l'année 1879 (1er trimestre de l'année scolaire 1879-1880) sera ouvert du samedi 1er novembre au jeudi 20 novembre inclusivement. Les inscriptions seront reçues au secrétariat les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de neuf heures à onze heures du matin, et de une heure à quatre heures.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, qui avait déjà visité les travaux de l'École pratique de la Faculté de médecine, provisoirement installée dans les bâtiments de l'ancien collège Rollin, s'est rendu de nouveau rue Lhomond, accompagné de M. Rambaud et de M. Dumont, directeur de l'enseignement supérieur. Il a obtenu l'assurance que les travaux seraient complètement terminés pour la rentrée des Facultés.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret du Président de la République, en date du 21 octobre 1879, M. Erdinger (Joseph-Daniel), médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

LES FACULTÉS DE PROVINCE. — Le *Journal officiel* a publié ce matin un rapport rédigé par M. Dumont, directeur de l'enseignement supérieur, sur les résultats du voyage dans le Midi du ministre de l'instruction publique. Nous en extrayons les renseignements suivants :

A *Bordeaux*, M. le ministre s'est rendu compte de quelques difficultés (nous en avons dit un mot récemment) qui ont retardé les travaux, montré qu'il était urgent d'y mettre fin, et que l'intérêt de tous était une prompte installation, qui paraît maintenant ne devoir plus se faire attendre.

A *Toulouse*, le ministre a constaté, en ce qui concerne la Faculté de médecine, que tout était prêt pour l'exécution du décret du 28 novembre 1878; il a pu assurer à la ville qu'elle n'avait qu'à continuer l'œuvre entreprise, et que le concours de l'Etat ne lui ferait pas défaut

A *Montpellier*, la Faculté de médecine va être agrandie de façon à donner satisfaction à tous les enseignements. L'École supérieure de pharmacie, agrandie successivement, est sur le point d'être aussi bien installée qu'il est possible. Aux termes des arrangements pris, la ville bâtit un hôpital suburbain d'après le nouveau système des pavillons isolés, et cède à l'Etat l'hôpital Saint-Eloi. Cette construction, en excellent état, se compose de bâtiments à deux et trois étages, qui s'élèvent autour de trois vastes cours, et qui occupent une surface de plus de 7000 mètres, sans compter une annexe qui sera utilisée pour les laboratoires.

A *Marseille*, l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie est convenablement installée pour l'enseignement auquel elle est destinée. Cependant quelques améliorations doivent être réalisées.

Lyon, qui possède les cinq Facultés, en a une, la Faculté de médecine, qui sera un des plus beaux établissements, non seulement de France, mais d'Europe. Par contre, les quatre autres sont très-mal logées et manquent, pour beaucoup de choses, de l'indispensable. Une installation nouvelle est d'une absolue nécessité.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — Par décret en date du 20 octobre 1879, il est créé: 1° une chaire d'anatomie, par dédoublement de la chaire d'anatomie et physiologie; 2° une chaire de chimie et toxicologie; 3° une chaire d'histoire naturelle.

Aux termes du même décret : la chaire d'histoire naturelle et thérapeutique prend le titre de chaire d'hygiène et thérapeutique; la chaire de pharmacie et toxicologie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale.

LE CHOLÉRA AU JAPON. — Le dernier courrier du Japon nous apporte de fort mauvaises nouvelles de Tokio, de Nagasaki et de Yokohama, où le choléra fait de grands ravages. Le total des personnes atteintes par le fléau dans tout le Japon s'élevait, au départ du courrier, au chiffre de 70 000 personnes. — 39 200 personnes avaient succombé, ce qui porte à 56 pour 100 la moyenne des décès.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 9 au 16 octobre 1879, on a constaté 857 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 22. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 1. Variole, 18. — Croup, 13. — Angine couenneuse, 17. — Bronchite, 24. — Pneumonie, 58. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 16. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 9. — Erysipèle, 4. — Autres affections aiguës, 197. — Affections chroniques, 390 (dont 147 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 42.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 44 31 OCTOBRE 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

HISTOIRE ET CRITIQUE

LES LAVEMENTS ALIMENTAIRES

(Fin. — Voyez le numéro 43.)

On a dit, à l'appui de la valeur nutritive des lavements alimentaires, que sans l'emploi de ces derniers la mort fût survenue beaucoup plus rapidement que si l'on eût abandonné les malades à eux-mêmes; pour légitimer une affirmation semblable, il faudrait d'abord expérimenter en pesant chaque jour les malades et en examinant la quantité d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures, pour déterminer les variations en plus ou en moins de l'urée, de l'acide phosphorique et des chlorures. Et, d'autre part, ne voit-on pas l'organisme, *à l'état de maladie*, rester des semaines, des mois même dans l'inanition la plus complète, sans que pour cela les malades perdent une proportion très-sensible de leur poids, proportion tout à fait en dehors de la durée de l'abstinence? Tel est un fait qui rentre dans l'observation quotidienne, et pour lequel on a cherché longtemps des explications satisfaisantes.

Ainsi, pour prendre comme exemple les affections fébriles, n'a-t-on pas eu pour principe autrefois, dans le traitement de la fièvre typhoïde, de prescrire une diète absolue, diète qu'on a vu parfois se prolonger cinq et six semaines, et ne déterminant qu'une déperdition plus en rapport avec la durée de la période fébrile qu'en rapport avec la durée de la privation des aliments? Ne voit-on pas des malades atteints de cancer de l'estomac qui refusent les lavements alimentaires, soit par répugnance invincible, soit parce que les premiers employés avaient été douloureux et avaient provoqué des ulcérations et même une véritable rectite, comme on n'en rencontre que trop d'exemples, vivre néanmoins un laps de temps considérable, incroyable même si l'on ne pensait que ces sujets sont en état de maladie, c'est-à-dire qu'ils désassimilent lentement leur propre organisme? Dans les cas de cancer de l'estomac, par exemple, il est d'usage constant, alors que les malades, rejetant la presque totalité des aliments, arrivent peu à peu à une cachexie profonde, d'employer les lavements nutritifs. Ces lavements procurent, dans presque tous les cas, un soulagement passager; mais dire, comme le font Flint et d'autres cliniciens, que ces lavements, composés de bouillon, de lait, d'œufs et de sang défibriné, peuvent prolonger la vie des malades pendant des mois et des années, c'est là une exagération évidente. Presque toujours, en effet, indépendamment des lavements nutritifs, on continue l'alimentation; malgré les vomissements, l'estomac reçoit et digère une petite partie des substances ingérées : il y a donc encore une alimentation par l'estomac; alimentation insuffisante, il est vrai, mais qui doit cependant entrer en ligne de compte pour expliquer la prolongation de la vie chez ces malades, chez lesquels d'ailleurs, nous le répétons, la désassimilation est moins active. Nul exemple n'est plus frappant que celui que fournit l'hystérie; car c'est ici qu'on vante surtout les lavements alimentaires. On voit, en effet, comme Briquet l'a signalé tout d'abord, dans son remarquable *Traité de l'hystérie*, des malades rester des semaines et même des mois sans ingérer la moindre substance alimentaire; on ne peut admettre que ces malades doivent la continuation de leur vie à des parcelles d'aliments non vomies : c'est alors que l'expérience des lavements alimentaires pourrait fournir une preuve de leur action nutritive; mais malheureusement les malades vivent alors même qu'on ne leur administre aucune substance alimentaire par le rectum; non-seulement elles vivent, mais elles ne paraissent pas être profondément atteintes par le défaut de nourriture.

Les observations venant à l'appui de ce que nous avançons sont assez fréquentes pour nous permettre de rejeter les derniers faits publiés pour prouver la valeur nutritive des lavements alimentaires, parce que ces derniers faits concernent des hystériques (docteur Thermes, *France médicale*, 1er octobre 1879; Dumas, de Cette, *Journal de thérapeutique*, 10 mai 1879, p. 33, et même l'observation de M. Catillon lue à la Société de thérapeutique, observation trop incomplète pour qu'il soit possible d'en tenir compte). Nous nous souvenons d'avoir vu dans le service de M. le docteur Charles Bouchard, alors suppléant de M. le professeur Bouillaud à la Charité, une malade dont l'observation, publiée en résumé dans la thèse de Lempereur, a servi de sujet aux excellentes leçons de notre maître (*Mouvement médical*, juillet 1873). Cette malade, hystérique, a pu rester trois mois sans absorber la plus légère quantité de nourriture; couchée sur son lit, elle restait dans l'immobilité la plus complète; la vie de relation paraissait presque abolie; tantôt on ne pouvait recueillir par le sondage que quelques centimètres cubes d'urine, tantôt au contraire les urines étaient abondantes, et l'urée oscillait entre 55 centigrammes et 1 gramme par jour; bien plus, en un mois et demi, malgré son abstinence prolongée, elle n'a perdu que deux livres de son poids : si donc l'assimilation était suspendue, il n'y avait qu'une désassimilation insignifiante. C'est en examinant les relations entre ces deux phénomènes, l'assimilation et la désassimilation, qu'il est permis d'une part de comprendre la possibilité de la prolongation de la vie sans qu'il y ait un amaigrissement considérable, et d'autre part, de pouvoir dire que, pour la plupart des cas, et dans celui-ci en particulier, les malades vomissent parce que les substances ingérées sont de véritables substances étrangères, qui doivent par conséquent être rejetées comme étant inutiles à l'organisme. Tel est un fait sur lequel M. Bouchard insistait à propos de cette malade si intéressante à tous égards en disant que, chez certaines hystériques, les mouvements de nutrition étaient le plus souvent ralentis, parfois

même complètement suspendus : ne déperdant pas, elles n'ont pas besoin d'acquérir, de réparer ce qu'elles ne détruisent pas ; elles vomissent parce qu'elles mangent : il y a chez elles, pour une cause ou pour une autre, un véritable arrêt dans la désassimilation. Les lavements nutritifs ne peuvent donc dans ces cas intervenir d'une façon véritablement utile, et en tout cas ce n'est pas à ceux-ci qu'il serait permis d'attribuer la conservation de la vie.

Nous trouvons dans la thèse de Lempereur (p. 70, *loc. cit.*) une autre observation aussi probante que celle que nous venons de citer. La jeune fille qui fait le sujet de cette observation était âgée de dix-huit ans, elle pesait 83 livres. Or, en deux mois elle n'eut qu'une seule selle, et n'urinait tous les cinq ou six jours que quelques centimètres cubes d'urine ; cependant, malgré la privation des aliments, qu'elle rejetait aussitôt après les avoir pris ou qu'elle refusait de prendre, l'amaigrissement était peu sensible. Les urines examinées pendant vingt-cinq jours de suite ont démontré qu'au lieu de contenir 375 grammes d'urée pendant ce laps de temps, en prenant comme chiffre moyen de l'urée excrétée normalement chaque jour le chiffre de 15 grammes, ce qui est du reste au-dessous de la vérité, elle n'en a rendu que 37gr,57, c'est-à-dire dix fois moins. Pour l'acide phosphorique et les chlorures les proportions sont encore plus considérables ; pour l'acide phosphorique, au lieu d'éliminer 75 grammes pendant vingt-cinq jours, elle n'en a rendu que 5 grammes ; alors que les chlorures tombaient à 5 grammes au lieu de 250 grammes, chiffre normal pour une durée de vingt-cinq jours.

Les expériences et les observations publiées n'apportent donc pas une preuve péremptoire de la valeur nutritive des lavements alimentaires, de lait, de bouillon et de sang défibriné ; elles ne démontrent pas que ces lavements, composés de la manière la plus favorable à l'absorption qu'on puisse les supposer, suffisent à la conservation, à l'entretien de la vie : d'abord parce que, ainsi que les expériences le prouvent, le rectum n'absorbe que l'eau, les sels et une faible quantité de peptone, et ensuite parce que les expériences sont incomplètes en ce sens qu'il s'agissait soit d'hystériques, soit de malades auxquels on continuait autant que possible l'alimentation stomacale.

Si par l'expérimentation on pouvait nourrir un animal par des aliments injectés dans le rectum au moyen d'un anus contre nature pratiqué au niveau de la valvule iléo-coccale, il faudrait se rendre à l'évidence ; mais la clinique, ainsi que le prouvent les faits de Marckwald et autres observateurs signalés plus haut, démontre à son tour que la nutrition complète ne peut se faire par le rectum. Le malade ou l'animal soumis à ce régime parcourent à peu de chose près la même série de symptômes, avec la même rapidité que ceux auxquels on ne donne rien ; si les lavements nourrissaient, au contraire, indépendamment de la prolongation de la vie, prolongation difficile à déterminer et à attribuer à une méthode ou à une autre, parce que l'*état de maladie* met le malade en dehors des lois physiologiques, on devrait constater l'augmentation du poids du sujet, l'élévation de la température et l'augmentation de la quantité d'urée, de l'acide phosphorique et surtout des chlorures, dont les proportions varient selon la quantité des aliments absorbés.

Si l'augmentation de poids a été signalée par Flint et surtout par Andrew Smith, est-il permis de l'attribuer uniquement aux lavements nutritifs ? Les malades, en effet, continuaient à prendre des aliments qu'ils ne rejetaient pas en totalité ; sous l'influence des lavements de sang défibriné, la sécrétion gastrique étant plus considérable, facilitait par cela même l'absorption des quelques aliments introduits et demeurés dans l'estomac : le lavement nutritif a été alors un adjuvant utile à l'estomac, voilà tout ce qu'on admettra. Sur les 63 cas qui font le sujet du mémoire du docteur Andrew Smith, il y a 20 cas dans lesquels le bénéfice du traitement (lavements de sang défibriné) a été très-positif et s'est manifesté par l'augmentation notable de poids, le relèvement des forces, la réapparition de l'appétit, la diminution de la toux et la cessation des sueurs. L'usage, ajoute Smith, est indiqué dans tous les cas où le gros intestin n'est pas malade, et où les moyens ordinaires d'alimentation tonique ne peuvent suffire : il peut dans certains cas donner à la nutrition une impulsion qui est rarement obtenue par d'autres moyens. Mais ces cas favorables concernaient des phthisiques auxquels on continuait l'alimentation stomacale ; il est donc permis de croire que malgré les vomissements, toutes les matières alimentaires n'étaient pas rejetées et qu'il en restait une certaine quantité dans l'estomac.

En résumé, nous pouvons dire que certainement les lavements alimentaires de lait, de bouillon, d'œuf et de sang défibriné peuvent, dans certains cas, rendre des services réels, qu'il serait injuste de les repousser d'une façon absolue, et que notre but n'a pas été d'arriver à cette conclusion ; nous pensons au contraire qu'ils sont utiles, non pas en nourrissant le malade, mais en le soulageant, en diminuant la sensation vague et douloureuse d'angoisse qu'il éprouve, et cela à cause de l'absorption de l'eau, des sels qu'ils contiennent, et d'une certaine quantité de peptone assimilée ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Dr Joseph Michel.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

Note sur un nouvel appareil de sir Henry Thompson pour évacuer les fragments après la lithotritie, par M. Ed. Lebec, interne des hôpitaux.

Depuis fort longtemps, les chirurgiens qui s'occupent spécialement du traitement des maladies des voies urinaires se sont préoccupés de l'idée de débarrasser le plus promptement possible une vessie calculeuse des débris laissés par la lithotritie.

Clover imagina le premier un instrument de caoutchouc qui joignait l'aspiration à l'action simplement évacuatrice de la sonde. Cet instrument est longtemps resté dans la pratique et a rendu de véritables services. Plus récemment, Biglow, de Harvard (Etats-Unis), a proposé comme règle l'évacuation complète de la vessie en une seule séance. A cet effet, il a construit un appareil évacuateur plus puissant que ceux jusqu'alors en usage. Cet appareil se compose d'une poire en caoutchouc, qui communique par sa partie *supérieure* avec la vessie au moyen d'un très-long tube de caoutchouc, et par sa partie *inférieure*, avec un récipient en verre où viennent tomber les fragments sortis de la vessie.

Cet appareil est volumineux, le courant d'eau parcourt un long trajet, où les frottements des fragments l'affaiblissent, et quelques bulles d'air peuvent pénétrer dans la vessie, ce qui nuit au fonctionnement régulier.

C'est pour éviter ces inconvénients que sir Henry Thompson a récemment apporté un nouveau perfectionnement à son propre appareil, de telle façon que le chemin de la sonde au

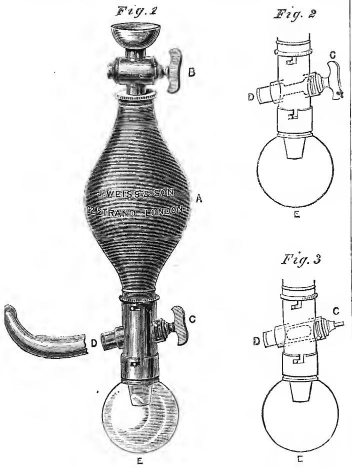
récipient de verre soit le plus court possible, et que cependant, par une disposition ingénieuse, les fragments ne puissent remonter du récipient dans la vessie.

L'appareil se compose :

1° D'une poire en caoutchouc, à parois épaisses, de la même capacité que celle de Clover, et située verticalement (fig. 1 A). A la partie supérieure est un robinet B surmonté d'un petit entonnoir qui sert à introduire l'eau dans la poire en caoutchouc.

2° A la partie inférieure est un ajutage métallique qui contient les *parties nouvelles*, le robinet et le récipient de verre. Le robinet est ainsi construit :

Dans l'ajutage est placé transversalement un tube métallique largement ouvert du côté qui regarde le récipient. Ce



tube fait une saillie de 1 centimètre en D (fig. 1, 2 et 3), et est destiné à recevoir l'extrémité de la sonde placée dans la vessie. C'est dans l'intérieur de ce tube fixe que se trouve contenu le nouveau robinet.

Ce robinet est creux; il est pourvu d'une large ouverture sur un de ses côtés, de telle sorte qu'une fois le robinet en place son ouverture latérale regarde celle du tube fixe qui le contient, et que l'orifice de son extrémité regarde juste l'orifice D (fig. 1, 2 et 3), dans lequel se place le bout de la sonde.

3° Un récipient en verre de forme sphérique (fig. 1 et 2 E). L'ajutage métallique, sur lequel se visse le récipient, plonge dans celui-ci d'environ 2 centimètres et demi, en prenant une forme légèrement conique. Le récipient est fait de forme globuleuse, de 6 à 7 centimètres de diamètre. Cette forme sphérique a un but : elle fait qu'au moment où l'opérateur comprime la poire de caoutchouc, les fragments déjà descendus, vont se placer entre les parois de verre et le tube conique, et n'ont aucune tendance à remonter dans l'appareil, à cause même de la saillie de ce tube dans le récipient.

Il est facile de comprendre le mécanisme de l'appareil. La sonde est dans la vessie; on adapte facilement l'orifice du tube qui fait saillie latéralement en D (fig. 1 et 2). Si maintenant on tourne le robinet, comme dans la figure 1 (C), la communication est établie entre la vessie et le corps creux du réservoir. Si, au contraire, le même robinet est tourné comme dans la figure 3 (C), toute communication est interrompue, et l'on peut retirer l'appareil sans qu'il s'en écoule une goutte d'eau.

Pour remplir d'eau l'instrument, rien n'est plus facile : il suffit d'ouvrir le robinet supérieur B (fig. 1), de fermer le robinet inférieur (C), et de verser de l'eau par l'entonnoir du haut. L'eau descend immédiatement dans le récipient de verre, remplit la poire et en chasse complètement l'air. On ferme alors le robinet supérieur B, et l'instrument est armé.

En somme, on voit que ce nouvel appareil présente des avantages sérieux sur ses précédents, et même sur le modèle qui, actuellement entre les mains de certains praticiens, est connu sous le nom de *Thompson*.

Le changement de place et de forme du robinet inférieur économise *six* centimètres de chemin à parcourir pour les fragments, qui viennent de la vessie dans le récipient en verre par le plus court chemin possible.

Le courant ayant moins de longueur à traverser a une action plus directe et plus puissante sur les fragments à aspirer. Par conséquent l'aspiration est elle-même plus parfaite que précédemment.

L'introduction de l'air dans la vessie est absolument impossible, puisque le courant laveur part de la partie inférieure de l'appareil, et que les bulles d'air, s'il en restait, gagneraient la partie supérieure en raison de leur densité.

Enfin, en raison de son petit volume, comparé à celui de Biglow, cet instrument peut être très-facilement adapté à la sonde, sans nécessiter le plus petit changement dans la position de l'opéré.

Hygiène oculaire.

La myopie dans les écoles de Marseille (1), par M. Nicati (de Marseille). — Travail lu à l'Association française pour l'avancement des sciences, dans la séance du 3 septembre 1879.

Les statistiques sur la myopie qui se sont multipliées depuis les travaux de Cohn, en 1867, ont appris que de mauvaises installations scolaires doivent être considérées comme une des causes les plus efficaces des progrès de cette infirmité. Il est intéressant de vérifier dans notre pays les recherches faites ailleurs, tout en glanant les quelques enseignements nouveaux qui ne peuvent manquer de ressortir de toute étude consciencieuse et étendue.

Dans votre dernière session, notre collègue M. Dor vous exposait le résultat de ses recherches sur les élèves du lycée de Lyon, au nombre de 1016. Il y signalait une proportion de myopes de 22 pour 100, chiffre fort peu inférieur à celui de l'Allemagne, où la moyenne pour les lycées est de 26 pour 100. Les recherches de M. Dor sont les premières en France qui permettent une comparaison exacte avec celles de l'étranger, celles de Szolaski datant d'une époque où nos connaissances sur la réfraction étaient encore dans l'enfance, et celles de M. Gayat portant sur des enfants choisis au hasard.

Mes recherches ont porté sur des écoles primaires de garçons et de filles, les écoles primaires israélites de garçons et de filles, enfin le lycée.

Les méthodes employées ont été les méthodes usuelles :

(1) Voyez un travail de M. Javal sur le même sujet (n° 42, p. 664).

1° Mesure de l'acuité visuelle au moyen de l'échelle typographique. J'ai choisi celle de Monoyer, qui offre le grand avantage d'une graduation décimale régulière.

2° Mesure simultanée de la réfraction au moyen des verres de l'échelle métrique. Les fractions inférieures à une demi-dioptrie ont été négligées à moins de raisons spéciales.

3° Mesure de la réfraction à l'ophthalmoscope métrique de Landolt.

Chaque œil a été soumis isolément à toutes ces mesures. J'ai noté en outre le degré de pigmentation de l'iris et des cheveux, ainsi que les lésions oculaires constatées pendant l'examen.

Le résultat des mesures est le suivant : Nombre total d'yeux examinés, 3434 : sur ce nombre ont été trouvés myopes, 532 ou 15,5 pour 100, se décomposant comme suit :

Écoles primaires de garçons : 80 myopes sur 1004 examinés, soit 8,0 pour 100.
Écoles primaires de filles : 72 myopes sur 1002 examinés, soit 7,2 pour 100.
Écoles primaires israélites de garçons : 16 myopes sur 106 examinés, soit 15,1 pour 100.
Écoles primaires israélites de filles : 10 myopes sur 100 examinés, soit 10,0 pour 100.
Grand lycée, internes et demi-pensionnaires : 202 myopes sur 574 examinés, soit 35,2 pour 100.
Petit lycée, internes et demi-pensionnaires : 33 myopes sur 148 examinés, soit 22,3 pour 100.
Lycée, externes surveillés : 33 myopes sur 200 examinés, soit 16,5 pour 100.
Lycée, externes libres : 186 myopes sur 300 examinés (incomplet).

Il est intéressant de rapprocher de ce tableau le résumé des recherches de Cohn, qui portent sur plus de 10 000 enfants. Cohn a trouvé :

Dans les écoles de village..........	1,4	p. 100	élèves myopes.
Dans les écoles primaires des villes..	6,7	—	—
Dans les écoles supérieures de filles..	7,7	—	—
Dans les écoles moyennes de garçons.	10,3	—	—
Dans les écoles réales de garçons...	19,7	—	—
Dans les gymnases ou lycées.......	26,2	—	—

La seule lecture de ces deux tableaux ne suffit pas à établir la comparaison exacte. Il faut comparer ensemble les individus du même âge, et je dirai plus, il faut comparer les degrés de myopie. Les chiffres bruts suffisent à montrer que, d'une manière générale, les résultats obtenus à Marseille concordent assez approximativement avec ceux de l'Allemagne. Je me réserve d'établir dans un travail ultérieur les calculs qui permettront une comparaison absolue.

I. — Quel que soit le résultat de ces calculs, il est un premier fait frappant qu'ils ne changeront pas, c'est la proportion beaucoup plus grande de myopes chez des enfants israélites dans les mêmes limites d'âge et dans les mêmes conditions d'instruction que les élèves de nos écoles primaires. La différence est de 15 à 8 pour les garçons et de 10 à 7 pour les filles. Il y a ici une influence héréditaire manifeste et facilement explicable : l'enfant israélite, même celui de l'école primaire, est fils et petit-fils de commerçant appelé de bonne heure à lire et à écrire, et placé par conséquent dans les conditions qui favorisent le développement de la myopie, tandis que l'enfant de nos écoles primaires est fils d'artisan ou d'ouvrier et petit-fils de paysan ; il représente la première génération de lettrés dans des familles où l'on n'a jamais su lire ni écrire. S'il était besoin d'une preuve pour établir l'influence de l'hérédité dans le développement de la myopie, le fait signalé en serait une irréfutable.

II. — Voici un autre fait dans lequel l'hérédité a pu jouer un rôle. J'ai noté, ainsi que je l'ai dit, le degré et la nature de pigmentation de l'iris, et j'obtiens les chiffres suivants :

Total des yeux examinés, 3434, dont : yeux bleus ou gris, 914, parmi lesquels 169 myopes, soit 18 pour 100 ; yeux noirs, bruns, etc., 2520, parmi lesquels 373 myopes, soit 11,7 pour 100.

Il résulte de la comparaison de ces chiffres que les yeux fortement pigmentés doivent être considérés comme étant plus forts et plus aptes à résister aux influences qui provoquent l'allongement du globe de l'œil, ou, en d'autres termes, la myopie.

Ce résultat, que je crois être le premier à signaler, concorde avec ce que nous savons de certaines races d'animaux faiblement pigmentées, qui certainement offrent moins de résistance que les races pigmentées.

III. — Je voudrais signaler un dernier fait d'ordre absolument physiologique qui jette un jour précieux sur le mode de développement de la myopie. Le plus grand nombre des individus atteints d'opacité de la cornée, d'astigmatisme, de lésions du fond de l'œil avec diminution de l'acuité visuelle, se trouvent parmi les myopes. Ce sont :

Myopes avec taies.........................	29	
Myopes avec astigmatisme prononcé.........	72	
Myopes avec héméralopie (rétinite pigmentaire)	4	(sur 6).
Total.............	105	ou 20 p. 100.

Ces chiffres me paraissent donner un appui nouveau à la théorie qui attribue à une accommodation continue et excessive la cause de la myopie. Un défaut d'acuité visuelle agit comme une diminution de l'éclairage, en obligeant l'enfant à se rapprocher sans cesse du travail pour y voir suffisamment. Une tenue défectueuse causée par de mauvais bancs d'école agit de la même manière.

Pour ce qui est de ce dernier point, chacun partagera sans doute mon étonnement à voir les écoles primaires modifier les premières leur mobilier, alors que les lycées, où les progrès de la myopie sont bien plus à craindre, restent en arrière.

IV. — Au point de vue pratique, il faut signaler le nombre énorme de myopes parmi les internes du grand lycée. Ce fait n'a rien d'étonnant pour qui connaît la disposition absolument défectueuse de ses salles d'étude, situées au rez-de-chaussée et donnant sur une cour profondément encaissée. 35 myopes sur 100 jeunes gens de l'âge de huit à vingt ans est un chiffre effrayant et qui doit suffire à faire abandonner complètement les salles d'étude dont nous ne sommes pas les premiers à signaler les dangers.

V. — L'internat favorise-t-il le développement de la myopie? M. Dor a trouvé un plus grand nombre de myopes parmi les internes que parmi les demi-pensionnaires, et plus grand parmi ceux-ci que parmi les externes libres.

Je ne puis établir la comparaison d'une manière complète, les externes libres de Marseille n'ayant pu être examinés en totalité. (Il est fort probable qu'étant venus se faire examiner de leur bon vouloir, les myopes se sont présentés en plus grand nombre que les élèves dont la vue était bonne.)

Néanmoins je puis citer un fait important qui est tout au désavantage de l'internat. Les élèves du petit lycée, qui sont tous internes, comptent 22 myopes pour 100, alors que les externes surveillés, qui sont dans les mêmes limites d'âge, n'en comptent que 16 pour 100. Ici l'on ne peut invoquer l'influence d'une mauvaise installation : le petit lycée est bien construit, et bien éclairé en rase campagne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Sur la puissance, la rapidité d'action et les variétés de certaines influences inhibitoires (influences d'arrêt) de l'encéphale sur lui-même ou sur la moelle épinière, et de ce dernier centre sur lui-même ou sur l'encéphale. Note de M. *Brown-Séquard*.

I. *Influence inhibitoire d'une partie de l'encéphale sur une autre partie de ce centre et sur la moelle épinière.* — L'irritation galvanique de la surface postérieure de la section du bulbe à 2 ou 3 millimètres au-dessus du bec du calamus, et celle de la moelle épinière là où elle donne naissance aux deux premières paires de nerfs, ne produit aucun mouvement des membres. L'excitabilité de ces parties se perd soudainement et complètement dans la plupart des cas où cette lésion est faite chez des chiens, des lapins et des cobayes. Il y a alors clairement, comme des expériences nombreuses me l'ont montré, non la perte d'excitabilité qu'un arrêt de la circulation peut causer, mais l'effet d'une influence inhibitoire exercée par l'irritation que produit la section sur le bulbe et sur une portion de la moelle cervicale. Si j'écrase l'encéphale d'un lapin ou d'un cobaye, j'obtiens le plus souvent aussi un effet d'inhibition très-net. Les membres antérieurs n'ont pas trace (ou ont à peine) de mouvements, et la faculté réflexe du renflement cervical est perdue complètement. Un état inverse existe dans le train postérieur, où la faculté réflexe dure longtemps et où des convulsions très-violentes et prolongées ont lieu aussitôt après l'écrasement....

II. *Influence inhibitoire de la moelle épinière sur elle-même.*— Ayant réussi à écraser une portion de la moelle lombaire loin de l'origine des nerfs des membres postérieurs, j'ai constaté le plus souvent une absence complète de mouvements convulsifs dans ces membres et la perte immédiate de la faculté réflexe du renflement médullaire lombo-sacré. J'ai trouvé aussi qu'une paralysie assez prononcée existe toujours dans un des bras chez les lapins, immédiatement après la section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière, loin et en arrière de l'origine des nerfs du bras. Cette paralysie a lieu du côté de la lésion et dure au moins de huit à dix jours. M. Vulpian avait déjà vu à peu près la même chose sur des grenouilles.

III. *Influence inhibitoire exercée par la moelle épinière ou le nerf sciatique sur l'encéphale, du côté opposé.* — La section d'un nerf sciatique ou d'une moitié latérale de la moelle épinière chez le chien, le lapin et le cobaye produit de bien remarquables effets. Il y a immédiatement après une diminution, quelquefois même la perte de toute excitabilité au galvanisme dans un ou plusieurs points de l'encéphale, du côté opposé à celui de la lésion du sciatique ou de la moelle. Chez le lapin, la diminution d'excitabilité est plus considérable et surtout beaucoup plus étendue que chez le chien. Toutes les parties excito-motrices ou sensibles montrent une diminution notable de leurs propriétés. Il en est ainsi pour les prétendus centres moteurs, le corps opto-strié, le nates, le testes, la capsule interne, le pédoncule cérébral, le mésocéphale, le bulbe et la partie de la moelle épinière d'où naissent les deux premières paires de nerfs...

Conclusions. — 1° Sous l'influence d'une irritation locale, nombre de parties de l'encéphale peuvent déterminer l'*inhibition* (l'*arrêt*) de l'excitabilité au galvanisme de plusieurs autres parties de ce centre nerveux ou de la moelle épinière, soit du même côté, soit du côté opposé. 2° La moelle épinière, irritée en certains points, peut déterminer l'inhibition des propriétés excito-motrices d'autres parties de ce centre nerveux à une grande distance en avant ou en arrière de la lésion irritatrice. 3° Le nerf sciatique et la moelle épinière peuvent déterminer, du côté opposé à celui où on les a irrités par une section, l'inhibition de l'excitabilité au galvanisme et d'autres propriétés de l'encéphale dans toutes ses parties, y compris celles où l'on a cru pouvoir localiser des centres psychomoteurs.

Transport des blessés. — M. *A. Riembault* adresse un Mémoire relatif à un appareil de transport pour les blessés, et notamment pour les blessés des mines. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Nouvelles recherches sur le mode d'union des cellules du corps muqueux de Malpighi. Note de M. *L. Ranvier*. — L'auteur résume le résultat de ses investigations dans les conclusions suivantes : Les cellules du corps muqueux de Malpighi, formées de masses de protoplasma munies de noyaux, ne sont pas, comme on le croit, absolument individualisées; elles sont unies par des filaments protoplasmiques qui leur sont communs. Chacun de ces filaments ne résulte pas de la soudure de deux filaments placés bout à bout, et le nodule qui occupe leur milieu n'est pas la trace d'une soudure, comme l'a dit Bizzozero, ni d'une juxtaposition, comme Lott l'a prétendu; c'est un organe élastique qui permet l'élargissement facile des espaces destinés à la circulation des sucs nutritifs entre les cellules du corps muqueux de Malpighi. C'est parce que ces cellules ne sont pas complètement séparées, c'est parce qu'elles sont confondues et non soudées par leurs filaments d'union, qu'il a toujours été impossible de déterminer leurs limites par l'imprégnation d'argent, et qu'il est si difficile de les isoler par dissociation.

De la glycémie asphyxique. Note de M. *Dastre*. — Il y a lieu de distinguer les effets de l'asphyxie rapide, conséquences immédiates de la soustraction de l'oxygène, des effets consécutifs de l'asphyxie lente, tels que déchéance des tissus, épuisement des réserves, en un mot, état agonique. L'asphyxie rapide, c'est-à-dire vraie, a été réalisée de deux manières : dans la première série d'expériences, on gênait l'hématose en faisant respirer l'animal (chien) dans l'air confiné d'un vase clos; dans la seconde série, on produisait l'asphyxie par dépression, c'est-à-dire que l'on faisait respirer l'animal dans un air raréfié constamment renouvelé.

I. L'*asphyxie par confinement* était pratiquée au moyen d'un dispositif très-simple qui satisfait aux conditions suivantes : 1° produire le minimum de désordres mécaniques dans la circulation, en atténuant l'influence perturbatrice des efforts; 2° permettre d'alterner à volonté et commodément la respiration ordinaire avec la respiration gênée.

Vingt-six expériences ayant donné des résultats concordants, il suffit d'en citer une seule : respiration libre, glycose = 1,28; on fait respirer l'animal en vase clos, glycose = 2,53. On rétablit la respiration à l'air libre, et l'on voit successivement la quantité de sucre redescendre à 1,77, à 1,70, et enfin retomber au chiffre initial 1,28. On recommence l'asphyxie, en la poussant moins loin que tout à l'heure, et la quantité de sucre remonte à 2,28.

La conclusion de ces expériences est que, dans l'asphyxie rapide, en vase clos, la quantité de sucre du sang varie en sens contraire de la quantité d'oxygène.

II. L'*asphyxie par dépression* a été réalisée au moyen des appareils de M. Bert et d'après ses conseils. L'animal était placé dans une grande cloche, à une pression de 15 à 25 centimètres de mercure, sous courant d'air. Quatre épreuves concordantes permettent de conclure que l'état asphyxique vrai (c'est-à-dire l'état anoxyhémique sans intervention de CO^2) produit par la diminution de pression s'accompagne d'une augmentation considérable du sucre du sang.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1879.—PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. le docteur *Queirel* (de Marseille), dans laquelle il rapporte deux observations relatives à des malades auxquelles il a pratiqué l'extirpation des ovaires et de l'utérus tout entier et qui ont continué à être réglées. — 2° Une lettre de M. *Henri Bouley*, qui informe l'Académie que le 30 octobre courant, aura lieu, à l'École d'Alfort, l'inauguration de la statue de Bourgelat, fondateur des écoles vétérinaires de France (une commission composée de MM. Bergeron, Magne et Camille Leblanc représentera l'Académie à cette solennité). — 3° Une lettre de M. le professeur *Fonssagrives* (de Montpellier), qui sollicite le titre de membre associé national. — 4° Des lettres de candidature de MM. *Dumont-*

pallier, Constantin Paul et *Féréol*, pour la section de thérapeutique; de MM. *Blachez* et *Lecorché* pour la section de pathologie médicale.

ADDITION AU PROCÈS-VERBAL. — M. *Dechambre*, rappelant une observation qu'il avait faite, dans une précédente séance, au sujet de la substitution, proposée par M. Tillaux, du mot *hystérectomie* à celui d'*hystérotomie*, reconnaît que le mot ἐκτομή est grec, et que conséquemment le néologisme proposé est régulier.

HYDROLOGIE DE LA GUYANE FRANÇAISE. — M. *Maurel*, médecin de la marine, donne lecture d'un travail fait en commun avec M. Hardy, *sur l'hydrologie, la pluviométrie et l'hygrométrie de la Guyane française*. L'auteur termine ainsi son travail :

« La pauvreté des eaux de la Guyane en phosphates calcaires, jointe à celle de la terre, m'a vivement frappé, et je me suis demandé s'il ne fallait pas lui attribuer une partie de l'influence débilitante que ce pays exerce sur tous ses habitants, particulièrement sur les jeunes enfants, qui ont à suffire aux frais de l'ossification. Plusieurs faits d'ordre différent avaient suffi pour me faire considérer les préparations de chaux comme un complément indispensable de tout traitement tonique chez les enfants. Ce sont: 1° l'évolution tardive et la marche lente de l'ossification chez les enfants; 2° la fréquence de la carie dentaire dans la population, ne buvant que de l'eau et ne mangeant que des végétaux et du poisson de rivière; 3° la lenteur de la formation du cal dans les fractures. » (*Com.* : MM. J. Rochard, Le Roy de Méricourt et Bouis.)

ELECTIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un trésorier, en remplacement de M. Poggiale, décédé. Sur 62 votants, majorité 32, M. Caventou obtient 42 suffrages, M. Woillez 17, M. Oulmont 1, et M. Magne 1.

En conséquence, M. *Caventou* est proclamé trésorier de l'Académie.

TRAITEMENT DES TUMEURS FIBREUSES PAR L'HYSTÉRECTOMIE. — M. *Verneuil* commence par déclarer qu'il est très-satisfait de la protestation faite à cette tribune contre les conclusions de Demarquay, qui tendaient à proscrire du domaine chirurgical une opération utile et importante.

Après avoir fait ces réserves, l'orateur exprime l'opinion qu'il ne faut pas préconiser l'hystérotomie dans tous les cas où les fibromes menacent l'existence. Si la chirurgie opératoire a fait de grands progrès, la chirurgie conservatrice en a fait de non moins grands. Il a examiné avec le plus grand soin les observations d'hystérotomie qui ont été publiées, et il est convaincu que, dans un bon nombre de cas, on n'avait pas épuisé toutes les ressources de la thérapeutique avant d'opérer. Cette remarque ne s'applique pas, bien entendu, à MM. Duplay et Tillaux qui n'ont opéré qu'à la dernière extrémité. M. Verneuil observe avec peine qu'il existe depuis quelques années une *témérité opératoire* qui lui semble inexplicable. Il voit extirper le larynx, la rate, le rein; non seulement le rein kystique, mais encore le rein mobile. On résèque l'estomac, l'œsophage, le côlon, etc., pour attaquer le cancer. Un chirurgien a proposé le cathétérisme des trompes de Fallope contre la stérilité; un autre introduit un galvano-cautère dans les trompes pour combattre le même état.

Si l'on suivait, dit l'orateur, le mouvement actuel de la thérapeutique chirurgicale, on arriverait à donner un procédé régulier ponr l'ablation du foie et même du bulbe rachidien.

L'orateur craint qu'on ne s'illusionne sur la valeur de l'hystérotomie, qui est une bonne opération, mais dont on pourrait peut être abuser. Il ne faudrait pas aller trop loin dans cette voie ultrachirurgicale. On a eu raison certainement d'en appeler du jugement proclamé à la tribune académique contre l'ovariotomie et l'hystérotomie; mais il ne faut pas proposer ces opérations aussi graves lorsqu'elles ne sont pas absolument nécessaires et que la vie peut être prolongée par d'autres procédés.

Une des causes qui donnent aujourd'hui tant d'audace à nos chirurgiens, c'est la méthode antiseptique. M. Verneuil est partisan de cette méthode qu'il a souvent défendue à cette tribune, mais il y a certaines opérations, celles pratiquées sur le rectum par exemple, sur lesquelles cette méthode n'a pas une influence très-positive.

L'orateur accepte difficilement l'hystérotomie, parce que les tumeurs fibreuses sont rarement mortelles, et parce qu'on peut les combattre par diverses méthodes très-efficaces, celles d'Heldenbrand entre autres. Il a vu cette méthode appliquée très-fréquemment et avec le plus grand succès dans des cas où les hémorrhagies menaçaient l'existence des femmes et où les fibromes avaient un accroissement rapide; il est arrivé à arrêter les pertes et à rendre la tumeur stationnaire par l'emploi du seigle ergoté combiné à l'emploi de la morphine. Une femme qu'il a vue récemment avec M. Brouardel, supportait mal le seigle ergoté, qui occasionnait des contractions très douloureuses de l'utérus. MM. Verneuil et Brouardel eurent alors l'idée d'appeler le concours de M. Chéron, qui appliquait avec succès l'électricité au traitement des tumeurs fibreuses. Le traitement par l'électricité a donné un succès complet. Il ne faut pas dire que ces résultats soient constants, mais M. Verneuil les a constatés si souvent qu'il n'hésite pas à y avoir recours chaque fois qu'il en trouve l'occasion. L'orateur termine cette intéressante communication par quelques considérations sur l'époque à laquelle il convient de pratiquer des opérations aussi graves que l'hystérotomie. Il pense qu'un bon nombre de femmes opérées ne l'ont pas été dans le moment favorable. Ce n'est pas lorsqu'une femme est exsangue et vient de subir des pertes abondantes qu'il faut l'opérer. On doit dans ces cas employer une médication palliative, de façon à pouvoir choisir son moment. Il faut également tenir compte des saisons et des épidémies. Certaines opérations pratiquées au printemps réussissent très-mal, tandis que d'autres pratiquées en automne réussissent très-mal. Il appartient au chirurgien expérimenté de choisir les moments propices et de savoir différer les grandes opérations dans les cas où l'intervention chirurgicale n'est pas absolument urgente.

Cette communication est accueillie par des applaudissements.

REMÈDES SECRETS. — M. *Riche* donne lecture d'une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux, dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion par l'Académie.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Réflexions sur l'ovariotomie; de l'abandon du pédicule dans l'abdomen. — Inversion utérine complète; ablation de l'utérus. — Tumeur sanguine du plancher de la bouche; ligature des deux artères linguales; modification apportée au procédé opératoire classique. — Contribution à l'étude de l'ovariotomie. — Présentation d'un malade.

M. *Terrier* préconise, comme la plupart des chirurgiens anglais, l'abandon du pédicule dans le ventre, après l'ovariotomie. Il a fait 22 opérations; 18 fois le pédicule a été laissé dehors, 16 guérisons; 4 fois le pédicule a été réduit, 4 guérisons.

Il n'est pas toujours facile d'attirer le pédicule au dehors; dans une observation de MM. Pozzi et Terrier, cela ne fut pas possible. Dans une ovariotomie double, d'un côté le pédicule fut laissé au dehors; de l'autre côté, le pédicule était extrêmement court; on dut lier les vaisseaux et laisser le pédicule dans l'abdomen; la malade guérit. Quand le pédicule est court, mais qu'on a pu cependant le fixer au dehors, les malades accusent après la guérison des douleurs lombaires persistantes.

Si l'on est obligé de tailler dans la tumeur pour former un pédicule, on doit s'attendre à une suppuration prolongée et à un bourgeonnement du pédicule qu'il faudra détruire avec les caustiques. Dans tous les cas, quand on laisse le pédicule au dehors, l'inflammation et la suppuration durent longtemps.

En effet, l'élimination du pédicule nécessite toujours un temps assez long : pendant quinze jours l'opérée reste couchée sur le dos, les jambes un peu fléchies; si la malade s'agite, fait des mouvements, elle s'expose à un phlegmon de la paroi abdominale. Les opérées se lèvent tardivement, du quinzième au vingtième jour.

Quand on laisse le pédicule dans le ventre, les malades se lèvent vers le douzième jour, et la guérison est alors complète; la plaie est tout à fait cicatrisée. Tandis qu'en laissant le pédicule au dehors, la suppuration peut durer de vingt-cinq à trente-cinq jours.

— M. *Cazin* (de Boulogne-sur-Mer) fait une communication sur l'inversion utérine complète. Dans un rapport fait à la Société de chirurgie, M. Guéniot ne nie pas la possibilité de l'inversion totale de l'utérus, mais il n'en connaît aucun exemple authentique. Dans la séance suivante, M. Forget a apporté une observation avec dessins pris à l'autopsie; c'était le premier fait connu.

Le 23 août dernier, on présenta à M. Cazin une femme qui perdait beaucoup de sang. Agée de dix-neuf ans, elle avait été réglée à dix-sept ans, et n'avait jamais eu de métrorrhagie. Elle accoucha à sept mois de grossesse, après une chute, d'un enfant mort-né; la délivrance se fit attendre deux heures. La sage-femme dit qu'elle n'a opéré aucune traction violente sur le cordon.

Neuf jours après l'accouchement, la malade se lève, et elle constate qu'une tumeur tombe à la vulve. Depuis, pertes de sang fréquentes et anémie. La tumeur est du volume d'une poire, turgescente, arrondie. Le doigt conduit dans les culs-de-sac vaginaux ne trouve pas de bourrelet rappelant le col de l'utérus. En avant est une légère saillie due à la muqueuse, et la sonde n'y pénètre pas. L'utérus n'est plus à sa place; il s'agit bien d'une inversion complète de cet organe.

M. Cazin pose une ligature avec le serre-nœud de Græfe. On voyait sur la tumeur l'orifice de la trompe gauche; une aiguille à acupuncture pénétrait facilement dans le tissu et provoquait de la douleur (signe indiqué par M. Guéniot). L'anse métallique fut donc placée sur le pédicule; M. Cazin s'assura que ce pédicule ne contenait pas d'anse intestinale. On fit une certaine constriction, et la malade fut remise au lit. Le quatrième jour, le serre-nœud fut serré davantage; le neuvième jour, M. Cazin coupa le pédicule au-dessous de l'anse métallique. Injections phéniquées. La malade se leva le quinzième jour.

Un mois après, M. Cazin examina la malade; on ne trouva aucune trace de l'orifice cervical; quelques plis rayonnés et la rougeur de la muqueuse indiquent le point où la section a été faite. La femme n'a ressenti aucun malaise au moment de l'époque des règles. M. Cazin présente l'utérus enlevé.

M. *Guéniot* a indiqué un signe qui permet de savoir si l'on a affaire à l'utérus inversé ou à un polype; une aiguille à acupuncture pénètre difficilement dans un fibrome, et facilement dans le tissu utérin. M. Guéniot avait dit que la piqûre de l'utérus devait provoquer de la douleur. M. Cazin a confirmé ce signe. Pourquoi M. Cazin n'a-t-il pas fait la ligature élastique? Le séjour prolongé du serre-nœud dans le vagin n'est peut-être pas sans inconvénients. La pièce présentée par M. Cazin démontre qu'il s'agit bien d'une inversion totale.

M. *Cazin* a préféré le serre-nœud, parce que M. Hue a eu une hémorrhagie avec la ligature élastique; en outre, avec cette ligature, la tumeur tombe très-lentement.

M. *Després* pense qu'il est resté une partie du col chez cette femme, car on ne trouve pas l'arbre de vie sur la pièce présentée.

M. *Guéniot*. L'arbre de vie, chez une femme récemment accouchée, n'est guère visible. Il est vrai que tout le col n'est pas visible sur la pièce; il en est resté au moins 1 centimètre avec le serre-nœud, et cette partie est tombée avec l'instrument.

— M. *Després* présente une jeune fille sur laquelle il a fait la ligature des deux artères linguales pour tenter la guérison d'une tumeur sanguine du plancher de la bouche.

La malade, âgée de seize ans, avait au moment de la naissance une tache érectile sur la pointe de la langue. Il y a un an, une petite tumeur indolente apparut sous la branche horizontale gauche de la mâchoire. Bientôt la langue sortit en partie de la bouche. La région sus-hyoïdienne gauche devint le siége d'une tumeur ayant des battements isochrones à ceux du pouls; thrill; dans la bouche, la tumeur soulève la langue; à la surface de la tumeur on voit une veine sous-muqueuse volumineuse, donnant un petit frémissement au doigt. Comment s'est développée cette tumeur? Un jour, en faisant un mouvement brusque, l'enfant s'était traversé la joue avec une aiguille à tricoter; c'est ainsi qu'a pu se produire un anévrysme artérioso-veineux.

La tumeur faisait des progrès rapides; en comprimant la carotide gauche, on faisait cesser le bruit et les battements dans la tumeur; mais la compression était difficilement supportée. Ayant remarqué que la compression au niveau de l'artère linguale faisait cesser également les battements dans la tumeur, M. Després fit la ligature des deux artères linguales le 28 juin 1879.

Cette opération est rarement pratiquée, quoiqu'elle soit des plus faciles sur le vivant. M. Després a modifié le troisième temps du procédé classique. Après avoir trouvé la glande sous-maxillaire et le triangle, on pratique ordinairement la section du muscle hyo-glosse, qui donne toujours beaucoup de sang. M. Després, avec deux sondes cannelées, a écarté simplement les fibres de ce muscle pour découvrir la linguale; il n'a pas eu de sang et a lié l'artère.

La malade a été immédiatement améliorée; mais, après un mois, on a vu le menton augmenter, et après quarante jours le thrill reparaissait. La langue est rentrée dans la bouche. L'opération a arrêté momentanément le développement rapide de la tumeur. M. Després avait posé deux ligatures sur chaque artère, sans couper le vaisseau entre les deux fils.

— *Élection d'un membre titulaire de la Société de chirurgie.* 25 votants : M. *Terrillon* est nommé à l'unanimité.

— M. *Dézanneau* (d'Angers) lit un travail sur l'ovariotomie, résumé statistique de 15 opérations. 4 des opérées ont succombé : 2 à la péritonite et 2 au choc chirurgical. Le pansement antiseptique n'avait pas été suivi dans toute sa rigueur chez les deux femmes mortes de péritonite. Plusieurs malades opérées à l'Hôtel-Dieu d'Angers, dans de mauvaises conditions, ont guéri grâce au pansement de Lister. M. Dézanneau a constamment laissé le pédicule à l'extérieur. La chute de ce pédicule a demandé beaucoup de temps. Le chirurgien d'Angers se propose de laisser le pédicule dans le ventre, maintenant qu'il paraît démontré que cette pratique est préférable. Chez une de ses opérées, M. Dézanneau a fait dix-huit ponctions capillaires de l'estomac ou de l'intestin en onze jours, pour combattre la tympanite; cette femme a guéri.

— M. *Védrenne* présente un soldat atteint d'une exostose épiphysaire du condyle interne du fémur. C'est une exostose solitaire ostéogénique. A ce propos, M. Védrenne lit un intéressant mémoire sur les exostoses.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

Nerfs mammaires du cobaye, défaut d'action sécrétoire : M. de Sinéty. — Action vaso-dilatatrice et sécrétoire du nerf buccal : M. Jolyet. — Présentation d'animaux atteints de lésions expérimentales de l'encéphale : M. Laborde. — Diverticulum de l'estomac du fœtus de porc : M. Coudereau. — Excitation du bout central du laryngé supérieur : M. François-Franck. — Procédé de décalcification : M. Aguilhon. — Des sueurs artificielles dans les diverses variétés de paralysie faciale : M. Straus.

M. *de Sinéty*, au sujet de la récente communication de M. Laffont sur l'action sécrétoire des nerfs mammaires, rappelle qu'il a fait lui-même quelques expériences sur le même point (1874-1875) et qu'il en a consigné les principaux résultats dans son manuel de gynécologie. Il a opéré sur des femelles de cobaye dans différentes conditions, avant la parturition, pendant l'allaitement; il a sectionné tantôt les deux nerfs mammaires, tantôt celui d'un seul côté. Les résultats de ces expériences ont toujours été négatifs ; par conséquent ils sont contraires à ceux qu'a obtenus M. Laffont. Mais cet expérimentateur a opéré sur des chiennes, tandis que M. de Sinéty a opéré sur des cobayes; peut-être la différence des animaux en expérience est-elle la cause de ce désaccord.

— M. *Jolyet*. L'action vaso-dilatatrice du nerf maxillaire supérieur a été récemment découverte chez le chien par MM. Jolyet et Laffont, puis vérifiée par M. Vulpian. Le nerf buccal, branche du maxillaire inférieur, possède la même action; l'excitation de son bout périphérique produit la congestion de la muqueuse de la lèvre inférieure, des gencives, de la face interne de la joue dans tous les points où il se distribue à cette membrane. Ce même nerf donne des filets à la glande molaire, glande salivaire très-volumineuse chez le chien. L'excitation de ces filets détermine dans cette glande des phénomènes tout à fait analogues à ceux que Cl. Bernard obtint sur la glande sous-maxillaire en excitant la corde du tympan : turgescence, dilatation vasculaire et sécrétion. La salive recueillie à l'aide d'une canule introduite dans le conduit excréteur de cette glande molaire (conduit de Duvernoy) est très-visqueuse et ne transforme pas l'amidon en glycose. L'action sécrétoire du nerf buccal se fait sentir sur les glandules de la lèvre inférieure.

— M. *Laborde* présente deux animaux chez lesquels il a cherché à produire des hémorrhagies cérébrales artificielles : 1° un chat, qui offre un bel exemple de mouvements en manège et tourne toujours vers la gauche ; 2° un chien, hémiplégique à gauche et qui présente une déviation conjuguée à droite de la tête et des yeux. La lésion expérimentale siége probablement dans le lobule paracentral droit. D'ailleurs, les pièces anatomiques seront mises sous les yeux de la Société, qui pourra juger ainsi le rapport qui existe entre les symptômes actuels et les altérations anatomiques que l'autopsie fera connaître.

M. *Landouzy* demande quels sont les muscles qui chez le chien déterminent la rotation de la tête. Chez l'homme cette rotation peut se faire de deux façons différentes : les muscles splénius, les droits et obliques postérieurs tournent la tête de leur côté, les sterno-mastoïdiens la tournent du côté opposé. Les premiers reçoivent seulement des nerfs rachidiens, les seconds reçoivent des filets de la onzième paire crânienne. Y a-t-il chez le chien quelque disposition musculaire et nerveuse analogue? Il importe d'être fixé sur ce point pour connaître le mécanisme exact des déviations conjuguées consécutives à des lésions cérébrales. M. Laborde répond que l'anatomie du chien est encore insuffisamment faite à ce point de vue.

— M. *Coudereau* a constaté chez les fœtus de porcs de moins de 25 centimètres de longueur un petit diverticulum de l'estomac, recourbé en arrière de l'œsophage. Les fœtus de veaux présentent une disposition analogue.

— M. *François-Franck*. Le nerf pneumogastrique à la région cervicale a déjà reçu un grand nombre de filets sensibles venus de divers points du thorax et de l'abdomen. L'excitation du bout central du nerf dans cette région produit les effets collectifs de l'excitation de ces divers filets centripètes. Aussi est-il important d'étudier isolément les effets de l'excitation de chacun de ces filets afférents pour savoir la part qui leur revient dans les résultats de l'excitation du tronc commun. On peut commencer cette étude par l'excitation des nerfs sensibles du larynx, de la trachée et des bronches. L'excitation du bout central du laryngé supérieur détermine, comme l'a indiqué M. Bert, l'arrêt de la respiration dans la phase même où elle la surprend; elle détermine aussi l'arrêt momentané du cœur. En raison de ce dernier fait, la pression artérielle s'abaisse. Mais si, par une injection préalable d'atropine, on a soustrait le cœur de l'animal à l'influence réflexe du pneumogastrique, la pression artérielle, au lieu de baisser, s'élève. Par conséquent le nerf laryngé supérieur joue le rôle de nerf modérateur par rapport au cœur, et de nerf vaso-constricteur par rapport aux vaisseaux : ces effets se produisent par voie réflexe. Les nerfs sensibles de la trachée et des bronches rejoignent le pneumogastrique par l'anastomose de Galien. MM. Philipeaux et Vulpian avaient déjà montré que la section de l'anastomose de Galien produit la dégénération d'un certain nombre de filets du récurrent. Les expériences directes montrent que ces filets dégénérés sont des nerfs sensibles remontant dans le laryngé supérieur par l'anastomose de Galien. En effet, l'excitation du bout périphérique du nerf récurrent, c'est-à-dire de la portion du nerf qui rejoint cette anastomose, détermine, outre des mouvements du larynx qui sont ici hors de cause, des effets cardiaques, vasculaires et respiratoires analogues à ceux de l'excitation centripète du laryngé supérieur. L'excitation de cette même portion récurrente reste sans produire ces effets si l'anastomose de Galien a été sectionnée; celle de son bout central donne aussi des résultats négatifs, ce qui montre qu'aucun filet sensible ne remonte, en le suivant directement, jusqu'au pneumogastrique.

— M. *Aguilhon* propose l'acide formique mélangé à poids égaux avec l'eau pour décalcifier rapidement les tissus durs. En deux jours une tête de jeune chat traitée par ce mélange présente une consistance qui permet d'y pratiquer des coupes.

— M. *Straus* lit un mémoire sur le *Retard de la sudation provoquée de la face* comme un nouveau signe pouvant servir au diagnostic différentiel des diverses formes de paralysie faciale. — Les documents que nous possédons sur les troubles de la fonction sudorale dans les diverses affections du système nerveux, central ou périphérique, sont assez restreints, et se bornent le plus souvent à de simples constatations, sans tentatives sérieuses pour approfondir et analyser le phénomène. Cela tient surtout à ce que jusque dans ces derniers temps, la sécrétion sudorale était surtout envisagée comme un fait de filtration sous la domination de la température ambiante d'une part ; d'autre part, de l'innervation vaso-motrice de la peau. Les recherches de Goltz, Luchsinger, Vulpian, Nawrocki, Adamkiewicz, etc., ont établi l'existence de véritables nerfs sudoraux à action centrifuge, agissant sur les glandes sudoripares, comme l'excitation du bout périphérique de la corde du tympan agit sur la sécrétion salivaire.

D'autre part, la pilocarpine constitue un agent proprement diaphorétique, et se prête merveilleusement aux recherches où il y a intérêt de provoquer la sécrétion sudorale.

« Je pense donc que le temps est venu d'étudier dans les diverses maladies du système nerveux (hémiplégies, paralysies cérébrales, spinales, périphériques, etc.) Les modifica-

tion de la sécrétion sudorale d'une façon méthodique, et de préférence à l'aide de la sudation provoquée par la pilocarpine. Il faut désormais *interroger* les glandes sudoripares, comme on explore les nerfs ou les muscles à l'aide de l'électricité. La séméiologie et la physiologie de la fonction sudorale elle-même y gagneront sans doute. »

A l'appui de ces vues, M. Straus communique le résultat de ses recherches sur les modifications de la sueur provoquée dans les différentes espèces de paralysie faciale. L'expérience physiologique d'Adamkiewicz sur l'homme, celles plus récentes de MM. Vulpian et Raymond sur le cheval, ont montré que le facial contient des filets sudoraux. Les recherches de M. Straus ont porté : 1° sur la paralysie faciale d'origine cérébrale (hémorrhagie, ramollissement, etc.); 2° sur les paralysies d'origine périphérique. Dans les paralysies faciales d'origine cérébrale, il n'y a aucune différence appréciable entre la sudation de la moitié paralysée et de la moitié saine de la face, ni pour le moment de l'apparition de la sueur, ni pour sa quantité, ni pour sa durée. De même que l'exploration électrique des nerfs et des muscles ne donne aucune différence entre le côté paralysé et le côté sain, de même la *réaction sudorale* à l'aide de la pilocarpine est égale des deux côtés.

M. Straus n'a pas eu l'occasion d'expérimenter sur des cas de paralysie faciale périphérique de la *forme légère* (Erb), c'est-à-dire avec intégrité des réactions faradique et galvanique des muscles paralysés. C'est une lacune qu'il espère pouvoir bientôt combler. Théoriquement, il incline à croire que la fonction sudorale s'y comporterait comme du côté sain. — En revanche, il a pu étudier cinq cas de paralysie faciale de la forme grave (perte de la contractilité faradique, exagération de la contractilité galvanique des muscles, ou disparition des deux modes de contractilité à la fois). Un grand nombre d'expériences à l'aide d'injections sous-cutanées de pilocarpine ont été instituées. Dans toutes (sauf un malade cependant, atteint de paralysie faciale gauche parotite interne, où les résultats ont été douteux) on a constaté un *retard* dans l'apparition de la sueur du côté paralysé comparativement au côté sain, retard variant d'une à trois minutes. La sueur au bout de ce temps était bientôt quantitativement égale des deux côtés ; parfois même elle parut plus abondante du côté paralysé, et surtout, dans nombre d'expériences, elle dura plus longtemps du côté malade que du côté sain. Mais le phénomène le plus significatif et presque constant, c'est le retard de la sudation du côté paralysé.

M. Straus rapproche ce fait des phénomènes électro-musculaires observés parallèlement. Il pense qu'il y a une *réaction de dégénérescence pour la fonction sudorale*, comparable dans une certaine mesure à la réaction de dégénérescence signalée, pour les nerfs et les muscles, par Baierlacher, Erb, Onimus, Vulpian. Il en conclut qu'il y a là, au point de vue de la physiologie pathologique, un trait commun de plus entre l'appareil névro-musculaire et les appareils névro-glandulaires.

Quant aux signes fournis par l'écoulement de la salive, les résultats sont beaucoup moins nets. Quelle que soit la variété de paralysie faciale, l'écoulement de la salive *de visu* n'offre pas de différence des deux côtés. Toutefois, dans plusieurs cas de paralysie faciale périphérique *grave* (avec participation probable de la corde du tympan), le malade interrogé à ce sujet déclarait invariablement que la salive commence à couler du côté non paralysé. C'est un phénomène subjectif, mais qui peut aussi avoir sa valeur au point de vue du diagnostic topographique des paralysies faciales périphériques.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

Empyème sur un enfant opéré in extremis : M. Moutard-Martin. — Du tannate de pelletiérine : M. Féréol. — Du baume de Gurgum : M. Vidal. — Du traitement de la vaginite par l'iodoforme : M. Martineau. — Les lavements nutritifs (rapport sur) : M. Dujardin-Beaumetz. — Analyse des urines d'un malade atteint de pseudo-hypertrophie : M. Byasson.

M. *Moutard-Martin* a rapporté, dans l'avant-dernière séance (*Gaz. hebd.*, août 1879), un cas d'empyème pratiqué sur un enfant dans les conditions les plus défavorables. Après l'opération l'amélioration a été immédiate, pendant six semaines il n'y eut aucun accident, la respiration était normale, la cicatrisation se faisait peu à peu, le tube était difficilement maintenu dans la plaie, la suppuration était peu abondante, on ne pouvait plus injecter qu'une très-petite quantité du liquide destiné à laver la plaie. On supprima alors le tube ; quarante-huit heures après des accidents graves (fièvre, étouffements, etc.) nécessitèrent le replacement du tube ; on fut obligé de dilater la plaie avec le laminaria ; les accidents cessèrent presque aussitôt ; l'amélioration fut telle que huit jours après on essaya encore une fois de supprimer le tube ; mais les accidents qui avaient suivi cette première tentative éclatèrent de nouveau avec la même intensité. Le tube fut replacé encore une fois, et il y a cinq jours M. Moutard-Martin fit une injection de teinture d'iode (moitié de teinture d'iode et moitié eau iodurée). La guérison paraît devoir être prochaine. M. Moutard-Martin signale ce fait principalement pour montrer combien il est difficile de déterminer d'une façon exacte le moment précis où il est permis d'enlever le tube destiné à faciliter l'issue du pus et le lavage de la plaie.

— M. *Féréol* a employé tout dernièrement, sur une femme atteinte de ténia rebelle, une autre médication : le tannate de pelletiérine. Ayant prescrit une dose contenant 30 centigrammes de principe actif en deux cachets, puis 30 grammes d'huile de ricin, la malade rendit deux heures après un ver complet. Comme accident tenant au médicament lui-même, la malade n'a éprouvé qu'un peu de crampes dans les mollets, mais le lendemain tous ces accidents avaient disparu.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle qu'il a déjà signalé comme due au tannate de pelletiérine des symptômes de congestion cérébrale ; ces phénomènes ressemblent exactement à ceux que détermine le curare ; telle est une relation entre ces deux substances déjà signalée par M. Dujardin-Beaumetz. Les résultats dus à cette substance sont toujours des plus satisfaisants, ainsi qu'il a pu s'en assurer maintes fois dans son service à l'hôpital Saint-Antoine. Ce matin même M. Dujardin-Beaumetz a fait une injection sous-cutanée de 20 centigrammes de tannate de pelletiérine à un homme qui, atteint de ténia, n'avait jamais rendu, à la suite des purgatifs, que de courts fragments de ténia ; sous l'influence de cette faible dose injectée sous la peau, le malade rendait deux heures après 4^{m},50 de ténia.

— M. *Vidal* présente un mémoire sur le baume de Gurgum (Voy. *Gaz. hebd.*, n° 42, p. 662). Ayant employé cette substance dans des cas de vaginite et d'uréthrite, les résultats ont été des plus favorables. Dans le traitement de la vaginite, M. Vidal se servait d'un tampon trempé dans un mélange de baume de Gurgum (moitié eau de chaux et moitié baume de Gurgum).

En potion, dans le traitement de l'uréthrite, voici la formule que propose M. Vidal :

Baume de Gurgum	4 grammes.
Gomme arabique	4 —
Infusion de badiane	40 —
Sirop de cachou	12 —
Sirop de diacode	12 —

La gomme arabique est nécessaire pour émulsionner le

baume. Cette potion doit être prise en deux fois, moitié avant le déjeuner, moitié avant le dîner : après chaque dose, il est bon que le malade prenne un verre à bordeaux de vin de Malaga. Au bout de trois ou quatre jours la douleur cesse, puis l'écoulement diminue; la guérison est obtenue en deux jours en moyenne. Quant à la vaginite, la guérison survient dans un laps de temps qui varie du sixième au dixième jour.

M. *Constantin Paul* confirme les résultats signalés par M. Vidal. Ayant traité deux malades de son service atteintes de vaginite par des tampons semblables à ceux que vient de signaler M. Vidal, la guérison a été obtenue en huit jours.

M. *Martineau* trouve que ces résultats sont beaucoup plus favorables que ceux qu'il a pu observer dans son service, à l'hôpital de Lourcine, où il a employé le même mode de pansement. Le baume de Gurgum employé avec le tampon rend certainement des services, mais il n'a pas constaté une amélioration aussi rapide que celle qui vient d'être signalée. La moyenne varie entre trois semaines à un mois, et encore cette méthode compte-t-elle des insuccès.

M. Martineau emploie dans les cas de vaginite une médication qui lui a donné des succès plus rapides et plus certains; il se sert d'iodoforme émulsionné avec de l'huile d'amandes douces par parties égales : c'est par ce procédé qu'il a obtenu des succès rapides. Sous l'influence de l'huile, l'iodoforme perd presque complètement son odeur, de telle sorte qu'on peut l'employer sans que les personnes entourant la malade puissent se douter de la nature du pansement.

M. *Constantin Paul* indique un autre procédé pour faire disparaître l'odeur si désagréable de l'iodoforme : il suffit simplement de verser quelques gouttes d'essence d'amandes amères sur la poudre d'iodoforme.

— M. *Dujardin-Beaumetz* fait un rapport sur l'observation de M. Catillon sur la valeur des lavements nutritifs.

— M. *Byasson* a examiné les urines du malade présenté dans la dernière séance par M. Dally (pseudo-hypertrophie de Duchenne de Boulogne). Cette étude était d'autant plus intéressante, qu'étant données l'hypertrophie de certains muscles et l'atrophie des autres, il était utile de connaître le degré de désassimilation du malade. Voici les résultats de l'analyse faite par M. Byasson :

Urine	750 cent. cubes.
Couleur	Jaune ambré.
Réaction	Acide.
Densité	1025
Poids total des substances solides	40gr,50
Urée	16gr,50
Acide urique	0gr,28
Acide phosphorique	0gr,90
Substances azotées autres que les précédentes	5gr,87
Chlore	4gr,88
Substances ternaires	2gr,10
Acide sulfurique	0gr,62
Bases alcalines et alcalins terreux, soude, potasse, chaux, magnésie et autres substances minérales non dosées	9gr,56

Dr Joseph Michel.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de fistule urétéro-utérine guérie par l'extirpation d'un rein, par M. Zweifel.

Une femme de vingt-neuf ans entre à la clinique d'Erlangen, fin novembre 1876. Elle avait eu cinq couches très-pénibles : à la dernière, on avait fait des applications réitérées de forceps pendant deux heures, et elle avait immédiatement remarqué l'écoulement d'un liquide clair par le vagin et la rareté du besoin d'uriner. — L'examen direct montre en même temps que l'urine provient goutte à goutte du col, et que du côté gauche l'utérus présente les traces d'une forte déchirure. La vessie contient encore de l'urine, ce qui tend à faire admettre une fistule urétérale. Une injection de lait dans la vessie ne revient pas par le vagin.

Les fistules de ce genre sont rares et considérées jusqu'ici comme incurables. L'auteur en a réuni sept cas auxquels on peut en ajouter un huitième publié cette année (Hahn, *in Berliner med. Woch.*, n° 27). L'un des plus remarquables est celui de Duclout, où la guérison fut obtenue.

Allant plus loin dans la voie du diagnostic, Zweifel démontra que l'uretère gauche était seul lésé. En effet, l'exploration de la vessie par le procédé de Simon démontra que l'uretère droit était perméable, et que l'on sentait sous le doigt la légère résistance due à l'écoulement permanent de l'urine par l'uretère ; à gauche rien de semblable, uretère aplati et imperméable. De plus, le rein gauche devait être le siège d'un processus atrophique, vu que la quantité d'urine recueillie dans la vessie était bien plus abondante et aussi plus chargée de matières extractives que celle qui s'écoulait du vagin. Il est vrai que l'on pouvait admettre que le bout vésical de l'uretère était encore *transitoirement* perméable ; mais ce n'était guère probable.

On essaya à maintes reprises de dilater fortement le col utérin afin d'apercevoir la déchirure de l'uretère, n n sans déterminer des accidents généraux graves, mais sans pouvoir obtenir de résultats. En vain on voulut dilater l'uretère du côté de la vessie : là encore on rencontra un obstacle insurmontable. L'auteur essaya ensuite d'oblitérer le col utérin, mais la réunion fit défaut et l'urine continua à couler.

La femme demanda à se reposer quelque temps dans sa famille, au bout d'un an et demi de tentatives infructueuses. Elle revint enceinte. On avait cru inutile de la prémunir contre le coït, la fécondation paraissant impossible avec cette imbibition permanente du canal cervical par l'urine, et l'étroitesse extrême de la fistule. On fit l'accouchement prématuré avec beaucoup de difficulté.

La fistule persistant toujours, l'auteur chercha à créer une fistule vésico-utérine combinée avec l'occlusion du col. Mais les tentatives de dilatation provoquèrent une phlegmon périphérique. Il ne restait plus d'autre moyen que de faire une fistule vésico-vaginale avec occlusion oblique du vagin. Or cette méthode fut rejetée d'une manière très-délibérée par la femme et par son mari. Dès lors on arriva à l'idée d'extirper le rein gauche.

L'opération fut pratiquée par le procédé extrapéritonéal. Elle fut très-laborieuse, et l'auteur fut forcé de recourir à la pince de Nélaton pour arracher le rein de sa gangue celluleuse, au risque de le déchirer.

Au bout de quatre mois la femme était guérie. La longue durée de la convalescence est attribuée par Zweifel à ce qu'il fixa au dehors les ligatures, au lieu de les abandonner au fond de la plaie.

La néphrotomie a été pratiquée jusqu'ici sept fois pour des raisons diverses. On trouvera dans le mémoire la liste et le résumé de ces opérations. Deux fois seulement la vie fut conservée : une fois dans l'observation célèbre de Simon, une autre fois dans le cas de Langenbuch, qui extirpa le rein sans savoir ce qu'il faisait.

Il est permis de se demander, après avoir lu cette très-intéressante observation, jusqu'à quel point le chirurgien est autorisé à pratiquer une pareille opération pour guérir une infirmité. « On a vu la liste des multiples tentatives faites sur cette femme, dit l'auteur ; si la pauvresse a tenu bon jusqu'au bout avec une confiance inébranlable, cela ne prouve qu'une chose, c'est la grande misère (*grosser Jammer*) que l'incontinence d'urine est pour les malades. » Sans doute, mais jamais opération ne mérita mieux le nom d'opération de

complaisance! La chirurgie moderne peut s'écrier comme Fouquet : *Quò non ascendam?* Mais elle fera bien de temps en temps de redescendre dans les régions de la saine raison. (*Archiv für Gynæk.*, t. XV, p. 1-36.)

Recherches sur l'influence de l'attitude du corps sur la direction de l'utérus non gravide, par M. Kustner.

La méthode employée consiste à introduire une sonde spéciale dans le col utérin : l'auteur a eu la chance de n'avoir jamais d'accidents. Voici ses principales conclusions :

1° Le changement d'attitude du corps détermine un changement notable dans la situation de l'utérus, en ce sens que, lorsque la femme est debout, le col remonte et le fond descend. Chez les femmes enceintes on observe en même temps un déplacement en totalité d'avant en arrière. Le changement signalé plus haut s'observe rarement chez les nullipares; il est surtout évident chez les multipares qui viennent d'accoucher.

2° Au point de vue des causes de ce déplacement, on ne peut incriminer les organes avoisinants (vessie et rectum), ni les variations de la pression intra-abdominale : le facteur principal doit être la pesanteur. Le déplacement en arrière est le fait de la masse intestinale qui vient se mettre entre les parois et l'utérus. (*Archiv für Gynæk.*, t. XV, p. 37.)

I. **Note sur le miasme palustre,** par M. F. Eklund. — II. **Quelques aphorismes sur la nature de la malaria, etc.**, par MM. E. Klebs et C. Tommasi-Crudeli.

I. Nous trouvons dans les *Archives de médecine navale* (t. XXX, p. 6) un travail d'un médecin de marine suédois sur la nature du miasme palustre. En voici quelques passages : « Le parasite des fièvres intermittentes, que j'ai appelé *Limnophysalis hyalina*, et qu'ont observé avant moi MM. les docteurs Lemaire et Gratiolet, et B. Cauvet, est un champignon qui se développe directement du mycélium dont chaque individu possède un ou plusieurs filaments qui sont simples ou dichotomés, à double contour extrêmement fin, nettement marqués, hyalins et pointus. » — « Il est incontestable que la *Limnophysalis* entre dans le sang, soit par les bronches, soit par le canal intestinal. » — « Elle croît dans les glandes de Lieberkühn et se multiplie; après quoi les individus, au moment même où ils sont formés, sont arrachés et entraînés dans le sang en circulation. » — « Chez tous les malades dont j'ai recueilli et dilué le sang pendant le stade fiévreux proprement dit, j'ai réussi à retrouver la parasite dans le sang à l'examen microscopique. » Ces citations suffisent, je pense, pour faire comprendre l'esprit du travail d'Eklund. On est tenté d'admirer l'aisance de ses affirmations, quand on se rappelle les précautions inouïes que prend et que recommande Pasteur, quand on se rappelle surtout les innombrables erreurs commises dans ce champ des parasites végétaux. Néanmoins, il n'est pas permis de laisser passer inaperçu un travail convaincu et qui après, tout, peut contenir un certain nombre de vérités.

II. Sur le même sujet, voici un travail plus récent dû à la collaboration d'un savant italien et du célèbre professeur d'anatomie pathologique de Prague (*Archiv für exp. Path. und Pharmak.*, t. II, p. 122). Eux aussi ont trouvé le parasite de la malaria; mais il ne ressemble guère au précédent. Nous ne sommes pas près de voir les histologistes et les botanistes s'accorder sur ce point. — Quoi qu'il en soit, le travail que nous analysons se distingue de tous ceux qui l'ont précédé par sa méthode scientifique et par l'expérience spéciale de l'un de ses auteurs. Il mérite donc à tous les points de vue toute l'attention du monde scientifique.

Les auteurs rappellent d'abord nos connaissances sur ce point ; que la cause de la malaria doit être cherchée dans le sol ; que cette cause peut être soulevée dans l'atmosphère et même portée par le vent à une certaine distance ; qu'elle ne se développe pas dans tous les sols de même composition et humidité. Afin de savoir si cette cause était un gaz ou peut-être un parasite, on décida de faire des expériences dans la campagne romaine, et ces expériences furent effectivement commencées le 9 avril courant. La méthode employée fut celle que Klebs a conseillée dans les recherches de ce genre.

On commença à étudier l'action de divers terrains, de l'eau, de l'air des contrées de malaria ; puis on fit une séparation des parties solides avec les parties liquides, de manière à expérimenter isolément les effets de chacune de ces parties. Pour cela on pouvait faire des filtrations et expérimenter sur les parties restées sur le filtre ainsi que sur le liquide filtré ; ou bien faire la culture des organismes parasitaires (au cas où il en existerait), dans les conditions de chaleur, d'humidité, etc., qui, suivant l'expérience, sont favorables au développement du miasme paludéen.

L'action de ces diverses substances fut déterminée au moyen d'injections sous-cutanées faites sur des lapins.

Les résultats généraux obtenus de cette manière sont les suivants :

1° Le poison tellurique existe en grande quantité dans le sol, à une époque où il n'y a pas encore d'atteintes chez les habitants.

2° Il existe en partie dans l'air, mais non dans les eaux stagnantes des pays à fièvre.

3° Les effets produits chez les animaux consistent en fièvres à type régulier, avec intermissions durant jusqu'à soixante heures, et élévations de température jusqu'à 41°,8.

4° Les liquides provenant de la filtration sont beaucoup moins actifs que les solides, la séparation de l'agent de la malaria se fait plus facilement que dans la septicémie ou le sang de rate. Des cas d'inoculation septicémique ont eu un décours tout à fait différent.

Tous les animaux infectés par les substances malariques présentaient des tuméfactions considérables de la rate, qui était doublée et triplée de volume, et contenait souvent du pigment noir en quantité.

Les organismes que nous devons, d'après nos recherches, considérer comme la vraie cause de la malaria (puisque nous les avons toujours rencontrés dans le sol et l'air infecté, dans nos cultures et dans le sang des animaux) appartiennent au genre *Bacillus.* Dans le sol, ce sont des spores nombreux, mobiles, brillants, de forme ovale allongée, mesurant 0,95 dans leur grand axe. Ces spores deviennent dans les cultures et l'organisme de longs filaments d'abord homogènes, puis se subdivisent à l'intérieur. C'est le *Bacillus malaria.*

Cette plante appartient à la classe des Ærobies de Pasteur, et se développe non dans l'eau, mais dans les liquides très-azotés, surtout au sein de l'organisme dans la rate et la moelle osseuse. Le mémoire que nous venons d'analyser longuement, vu l'importance de la matière, soulève bien des objections sur lesquelles il est inutile d'insister. Nous attendrons un travail plus complet avant d'en faire ressortir les points qui nous paraissent plus particulièrement laisser prise à la discussion, et ceux au contraire qui nous semblent bien établis.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de la gastrostomie, par le docteur Henri Petit. In-8 de 279 pages. — Paris, 1879. V.-A. Delahaye et Cie.

Traité des corps étrangers en chirurgie, par le docteur Alfred Poulet. In-8 de 784 pages. — Paris, 1879. O. Doin.

Nous réunissons en un même article l'étude de deux livres qui n'ont pas seulement entre eux l'analogie de quelques sujets traités dans chacun d'eux, mais qui se ressemblent en ce point qu'ils sont l'expression d'une même tendance de leurs auteurs à faire œuvre d'érudition. Ils montrent l'un et l'autre que si les progrès de l'expérimentation et de l'observation scientifique ont été surtout rapides, l'érudition cependant est moins négligée en France qu'elle ne l'était il y a une quinzaine d'années.

M. Verneuil proclame avec une grande autorité que l'érudition française tend à reconquérir sa place au premier rang, et nous qui avons, avec M. Verneuil et le savant directeur de notre journal et du *Dictionnaire encyclopédique*, apporté nos efforts incessants à l'œuvre de vulgarisation des recherches modernes aussi bien qu'à la conservation des traditions les plus sévères, nous applaudissons aux chaleureux élans de M. Verneuil quand il plaide, ou plutôt encore quand il réclame en faveur des érudits, l'estime et les encouragements des savants. La cause, d'ailleurs, nous semble bien près d'être gagnée, quand nous considérons les travaux de bibliographie, les analyses, les revues et la publication continue de monographies facilitant les connaissances des travaux modernes, d'études dogmatiques ou critiques, qui réunissent les résultats de l'érudition et ceux de l'observation, sous des formes variées, soit dans les dictionnaires, soit dans les publications périodiques.

Nous le constatons avec une grande satisfaction, la science médicale, même lorsqu'elle est spécialisée en quelques points, est devenue décidément éclectique dans l'emploi des méthodes d'investigation. Laissant à chacun le choix de celle qu'il lui convient mieux d'employer, nous continuons à penser que pour atteindre aux conceptions de synthèse qui sont notre but scientifique le plus élevé, il faut être familiarisé avec toutes les méthodes de recherches. Les progrès constants de l'esprit d'observation et d'expérimentation rendront plus facile cette éducation préalable ; mais en même temps il faut que l'érudition, basée sur une conscience sévère, établisse un classement des faits, en y ajoutant la critique. Cette méthode, déjà ancienne pour les recherches historiques, doit être appliquée dans les sciences médicales, et de jour en jour l'accumulation des faits provenant de tous pays rend nécessaires ces travaux de bibliographie qui, savamment coordonnés, constituent des documents dont la valeur ne diminue jamais. Bien des fois nous avons vu remettre en lumière des documents qui étaient tombés dans l'oubli en même temps que les sujets qu'ils traitaient, mais qui reprenaient toute actualité à la suite d'observations nouvelles ou de discussions académiques ; et c'est alors que nous avons pu apprécier le mérite de l'érudit qui a consulté les textes et qui ne s'est pas borné à des citations puisées à des sources trop souvent explorées pour être pures. De grands esprits n'ont pas échappé à cette tentation de l'érudition facile ; s'ils y trouvent pour quelque temps des succès comme professeurs ou comme critiques, ils en portent bientôt la peine, quand un travailleur consciencieux prend à tâche de rétablir la vérité historique. Malheureusement l'ardeur des luttes pour le progrès scientifique oblige souvent à se contenter d'une bibliographie hâtive ; il est donc indispensable que des savants plus patients et plus désintéressés établissent le classement méthodique de ces matériaux ; et s'ils ont des succès moins immédiatement tangibles, ils sont assurés d'une estime durable.

L'exemple de M. Henri Petit est encourageant à cet égard. Un prix de la Société de chirurgie, une préface entraînante du professeur Verneuil, voilà des titres suffisant à démontrer l'intérêt que présente la monographie de cet auteur. Nous ne voulons pas insister sur l'historique de la gastrostomie, mais nous résumerons brièvement les indications qui résulent de l'étude de 46 observations de gastrostomie représentant le bilan actuel de cette opération.

On sait que la gastrostomie, proposée en 1837 par Egebert, chirurgien norvégien, fut pratiquée pour la première fois en 1849 par Sédillot ; mais les insuccès furent la règle, et un seul cas de succès peut être cité parmi 31 observations recueillies pendant une première période de vingt-sept ans. Cependant depuis 1876 les opérations se multiplient puisque M. Petit a pu recueillir 15 observations dans ces trois dernières années ; en même temps d'ailleurs, les succès se montrent et l'on peut compter sur ces derniers faits cinq guérisons dans 8 cas, et le résultat favorable a persisté plus de deux ans (Verneuil), deux mois (Schoenborn), quatre mois (Trendelenburg), six mois (Studsgaard), etc.

Cette division historique des deux séries de faits offre d'autant plus d'intérêt que l'explication en apparaît d'elle-même. Il est, en effet, remarquable que les chirurgiens soient devenus à la fois plus entreprenants et plus heureux dans ces dernières années ; il semblerait, il est vrai, que les exemples de gastrotomie, d'ovariotomie et d'autres opérations analogues aient familiarisé les chirurgiens avec la susceptibilité spéciale du péritoine ; mais il est une explication plus véritable et qui honore plus encore les chirurgiens, c'est qu'un grand progrès a été obtenu dans le procédé opératoire. En effet, grâce aux indications topographiques établies par M. Labbé à propos d'un fait de gastrotomie désormais célèbre, grâce à l'explication méthodique du procédé de M. Verneuil, les chirurgiens peuvent à bon droit réclamer pour leur habileté, pour leur minutieuse sollicitude envers les opérés, le mérite de succès auparavant inconnus.

Bien que le procédé de M. Verneuil soit bien connu de nos lecteurs, nous en rappellerons les principales règles.

Emploi de la méthode antiseptique d'après les préceptes de Lister, anesthésie générale par le chloroforme, plaie petite de 5 centimètres faite à 2 centimètres du rebord des fausses côtes, sans dépasser en bas le neuvième cartilage et autant que possible dans l'interstice qui sépare le muscle droit des obliques, hémostase au fur et à mesure de l'ouverture des vaisseaux, fixation de l'estomac à la plaie pariétale au moyen d'une série de points de suture distants de 5 à 6 millimètres. C'est alors qu'on pratique l'incision de l'estomac sur une étendue de 1 centimètre, puis on introduit dans l'estomac une sonde en caoutchouc rouge flexible qui permet l'alimentation immédiate ; cette sonde est fixée par une suture métallique au bord de l'ouverture. Enfin la paroi abdominale est immobilisée à l'aide d'une couche de collodion, et un pansement antiseptique est appliqué.

Les résultats obtenus par les chirurgiens qui ont employé ce procédé régulièrement ou avec des modifications d'importance secondaire, sont d'une éloquence telle qu'il importe de les rapporter avec quelques détails.

Le procédé adopté et préconisé par M. Verneuil a été suivi exactement dans 8 cas, et a donné cinq guérisons (Verneuil, Lannelongue, Trendelenburg, Studsgaard, Trendelenburg) et trois morts. Ce même procédé, avec la modification consistant à ne faire l'ouverture de l'estomac que quelques jours après la suture préalable, a donné deux guérisons (Langenbeck, Schœnborn) et trois morts.

En définitive il y a eu avec le procédé Verneuil et ses modifications, sept guérisons sur treize gastrostomies, tandis que les autres procédés n'ont donné que deux guérisons sur trente-cinq opérés (Messenger Bradley, Sydney, Jones). Ces

chiffres dispensent de tout commentaire; mais pour bien apprécier toutes les causes du succès il faut lire ces observations mémorables, il faut admirer ces efforts persévérants dans ces luttes contre des affections incurables où la diathèse et ses complications cachectiques se présentent sous les formes les plus variées et viennent si souvent renverser l'espoir chèrement acheté par l'opération. Mais ces cas malheureux eux-mêmes n'auront pas été stériles, car on peut dire avec la certitude d'être approuvé par les chirurgiens, que la gastrostomie est devenue une ressource nouvelle; ce n'est plus une de ces opérations extraordinaires pour lesquelles on se demande s'il faut plus s'étonner de la hardiesse de l'opérateur que de la chance heureuse d'un résultat sur lequel l'expérience n'autorisait pas à compter; la gastrostomie est constituée comme procédé opératoire aussi méthodique que l'ovariotomie, et de plus c'est une opération acquise à la pratique, et la meilleure manière d'affirmer ce résultat c'est de discuter les indications de l'opération.

A cet égard, il faut désormais séparer franchement la gastrostomie de la gastrotomie qui comprend les opérations ayant pour but l'extraction des corps étrangers de l'estomac; la gastrostomie est, comme le dit M. Petit après M. Sédillot, « l'opération par laquelle on établit à travers les parois de l'abdomen et de l'estomac maintenues en contact, une ouverture permanente pour fournir à l'alimentation une voie artificielle, chez des malades qu'un rétrécissement de l'œsophage ou du cardia condamne à mourir d'inanition ». Cette définition bien qu'un peu longue ne comprend pas les cas où l'on a appliqué la gastrostomie au traitement des rétrécissements du pylore, mais elle comprend les deux circonstances principales où l'indication peut être posée. S'il s'agit d'un rétrécissement de l'œsophage d'origine traumatique, l'indication est formelle lorsqu'on s'est assuré de l'imperméabilité de l'obstacle, et il y a lieu de ne pas attendre les phénomènes d'inanition; dans ces cas on peut même espérer que la gastrostomie pourra permettre la dilatation du rétrécissement en procédant de l'estomac vers l'œsophage.

S'il s'agit de cancéreux, les indications sont bien moins précises; *à priori*, on serait tenté de considérer l'opération comme une ressource exceptionnellement applicable, et en effet la durée de la *survie* chez les cancéreux guéris ne semble pas très-encourageante; cependant voici les chiffres que donne la statistique: « Les cancéreux guéris ont survécu vingt-six jours, quarante jours, trois mois, six mois. » Ces documents doivent être présents à la mémoire du chirurgien pour décider l'indication; il faut y ajouter d'autres éléments du jugement: d'une part le soulagement immédiat qui suivra l'opération, d'autre part, le danger d'abréger la triste fin des cancéreux; enfin, il y a lieu de tenir compte du désir du malheureux atteint de cancer, de l'espoir que peut lui apporter l'opération, ce sont là des indications qui touchent quelque peu au sentiment et que le chirurgien doit juger dans sa conscience, parce qu'en résumé, c'est disputer à la mort fatale quelques jours de répit; mais ces jours peuvent être des mois, si l'on n'attend pas pour opérer qu'il y ait une généralisation manifeste du cancer, ou des complications pulmonaires; car, dans ce dernier cas surtout, c'est la contre-indication qui devient formelle.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons nous décider en toute connaissance, et grâce à M. Petit, le chirurgien pourra toujours, avant de rendre son arrêt, méditer les enseignements de la tradition et s'inspirer de l'expérience de tous ceux qui l'ont précédé dans ces tentatives trop souvent désespérées. C'est dans ces circonstances qu'on peut dire que l'expérience a pour base l'érudition plus encore que la pratique.

L'ingéniosité chirurgicale n'a pas toujours à s'exercer sur des sujets aussi graves; la sottise humaine, trop souvent, et aussi les dangers de certaines professions ont depuis longtemps créé pour les chirurgiens des difficultés pratiques dont l'histoire nous a été transmise par les traditions les plus antiques; nous voulons parler des *corps étrangers en chirurgie*. Quel que soit l'intérêt pratique que présente cette étude, on doit constater que dans un grand nombre de traités classiques, les auteurs semblent plutôt s'être préoccupés de signaler des observations curieuses, exceptionnelles, ou présentant certaine saveur anecdotique, plutôt empreinte d'un gros sel gaulois que de fin atticisme. Mais ce n'est pas la faute du chirurgien si le sujet devient scabreux; et comme c'est lui qui est appelé à réparer les « erreurs de lieu » les plus bizarres et les perversions les plus incompréhensibles, il est bon qu'il ait un guide dans les cas embarrassants.

C'est dans ce but que M. Alfred Poulet s'est appliqué à un travail d'érudition qui eût découragé les travailleurs les plus résolus. Il ne pouvait reproduire, même en simples indications bibliographiques, les innombrables observations de corps étrangers; mais il a fait une œuvre fort utile à la pratique, en condensant tous ces documents. Pour faire un traité des corps étrangers en chirurgie, il fallait examiner avec méthode les diverses conditions d'origine, de pénétration de substances très-diverses pouvant occuper les cavités les plus variées, envahir tous les organes. L'auteur a appliqué à cette étude des qualités d'ordre et de précision qui rendent son livre fort intéressant à consulter. Les chapitres généraux où sont présentées les notions qui président au classement des divers sujets qu'il a étudiés montrent de bonnes qualités d'exposition; l'histoire particulière des corps étrangers dans chaque organe est traitée d'une manière suffisamment complète pour rappeler les cas les plus communs et les faits exceptionnels.

Nous n'entrerons pas dans le détail de ces chapitres, mais nous signalerons quelques-uns d'entre eux qui présentent les plus d'intérêt pour la pratique usuelle; telles sont les études sur les corps étrangers du pharynx, des voies aériennes, et plus particulièrement les corps étrangers de l'oreille, où l'on trouve des indications thérapeutiques très-utiles à consulter.

Nous apprécions fort les recherches érudites de l'auteur; mais dans un sujet aussi vaste, il est difficile qu'il ne se glisse pas quelques imperfections de détail, c'est ainsi que dans plusieurs observations les indications bibliographiques sont trop brèves ou même quelquefois manquent de nom d'auteur, et dans l'ordre des définitions, l'auteur aurait dû éviter de confondre comme expressions synonymes, la gastrostomie et la taille stomacale.

Nous n'insisterons pas sur ces critiques, parce que nous préférons signaler dans l'œuvre de M. Poulet un livre riche en documents et en indications pratiques.

Albert Hénocque.

Index bibliographique.

Étude sur la pleurésie purulente qui survient dans le cours et pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, par M. le docteur La Saigne. In-8 de 95 pages. — Paris, 1879, V. A. Delahaye et Cie.

La pleurésie purulente, considérée comme complication de la fièvre typhoïde, bien connue à l'étranger, est peu connue en France, et l'auteur trouve peu de chose à signaler, sinon une leçon faite à l'hôpital Lariboisière par M. Maurice Raynaud. M. La Saigne a eu la bonne fortune d'observer à l'Hôtel-Dieu de Lyon six cas de ce genre presque en même temps; c'est en se basant sur ces faits qu'il publie le mémoire actuel qui constitue une monographie assez complète de la maladie; de plus, il a ajouté à son livre une bibliographie très-complète.

Voici maintenant les conséquences qu'il tire de ses observations.

La pleurésie peut survenir à toutes les périodes de la fièvre typhoïde; mais c'est surtout au moment de la chute de la température et pendant la convalescence qu'elle se développe. Elle est souvent d'un diagnostic difficile; elle peut masquer la fièvre

typhoïde ou faire croire à une affection différente. Elle devient purulente dans plus de la moitié des cas, et alors se vide par les bronches ou par une fistule pleuro-cutanée (dix fois sur vingt-trois). Cet accident, bien loin d'être grave, constitue en quelque sorte le mécanisme de la guérison. Le pronostic, bénin au-dessous de treize ans, est grave chez l'adulte et présente plus de gravité chez l'homme que chez la femme. La thoracentèse, souvent indiquée lorsque l'épanchement est séreux, devient le seul traitement possible lorsque l'épanchement est purulent, et, dans ce cas, l'évacuation du pus étant l'indication principale, on doit chercher à l'obtenir par les procédés chirurgicaux appropriés.

De la rétention incomplète d'urine, au point de vue anatomique et clinique, dans les cas de lésions prostatiques et de rétrécissement de l'urèthre, par M. le docteur Alfred Jean. In-8 de 160 pages. — Paris, 1879, V. A. Delahaye et Cie.

M. Jean fait d'abord remarquer qu'il est rare que la rétention incomplète d'urine se borne à intéresser uniquement les organes urinaires; presque toujours les autres appareils sont touchés, et c'est même parfois sur eux que l'attention du malade est dirigée tout d'abord. Dans ces conditions, on constate presque toujours une hypertrophie de presque tous les éléments de la vessie. Quand la lésion siége dans la région de la prostate, c'est presque toujours dans la couche profonde de la vessie, celle dont les éléments circulaires forment un plexus, que porte l'hypertrophie, et elle produit des saillies horizontales; si, au contraire, l'obstacle siége sur l'urèthre, c'est dans la couche longitudinale superficielle que l'on remarque surtout les lésions. Il s'agit là d'un processus inflammatoire, car à l'hypertrophie musculaire on voit succéder un processus sclérosique qui enveloppe les couches musculaires. Les reins peuvent être le siége soit d'une néphrite interstitielle, soit d'une néphrite suppurée. Outre la fréquence des mictions qui sont plus douloureuses et peuvent même produire l'incontinence, on remarque aussi des troubles digestifs. Le pronostic de pareils symptômes est grave, cela se comprend; suivant les cas, on peut avoir recours aux sondes à demeure ou aux cathétérismes répétés.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

Belgique. — Exercice de la médecine par les médecins étrangers. — Académie de médecine de Bruxelles. — Fédération médicale belge.

Au moment où le projet de loi Roger-Marvaise est l'objet de nos discussions et soulève chez nos voisins des colères qui indiquent que le législateur a touché juste, il nous paraît intéressant de donner quelques détails sur l'état actuel de la jurisprudence dans un pays où, comme en France, le gouvernement a le droit d'autoriser les médecins étrangers à exercer la médecine sans qu'ils aient justifié de leurs connaissances spéciales devant aucun jury d'examen.

Nous voulons parler de la Belgique, qu'une nouvelle législation datant de 1876 place sur le même pied que la France. L'Académie de médecine belge, justement émue par les nombreux abus qu'engendre l'exercice de la loi nouvelle, vient, sur la proposition de M. Craninx, d'entreprendre une vigoureuse campagne. Si la loi actuelle restait en vigueur, la Belgique ne tarderait pas à être inondée de praticiens de tous pays, qui trouveraient plus commode de se munir d'un diplôme philadelphien que de passer six années auprès d'une université.

Dans un rapport très-bien fait qu'il vient de présenter à l'Académie de Bruxelles, M. Warlomont fait ressortir avec beaucoup d'à-propos les inconvénients qui résultent, pour la Belgique, de la faculté accordée au gouvernement. Ces inconvénients sont, du reste, les mêmes pour la France, où les ministres ont également le droit d'autoriser les médecins étrangers à exercer sur notre territoire sans qu'ils soient tenus à se munir du diplôme qu'on exige des nationaux.

En compulsant les rapports triennaux de l'enseignement supérieur publiés depuis trente ans, on constate qu'il a été délivré en Belgique, depuis la loi de 1849 jusqu'à celle de 1876, c'est-à-dire en vingt-sept années, en tout vingt-trois dispenses. Tandis que, si la Belgique avait été, durant ce même temps, sous le régime de la loi actuelle, ce n'est pas vingt-trois dispenses qu'elle eût délivrées, mais bien, en prenant pour moyenne le chiffre de celles qui ont été données du 9 novembre 1878 au 2 avril 1879, trois cents dispenses au moins. Le rapporteur n'hésite pas à dire que si la Belgique était menacée d'un semblable avenir, il ne lui resterait plus qu'à jeter un voile noir sur son enseignement supérieur, à fermer la porte de ses Facultés de médecine, et, après avoir acheté pour ses fils, moyennant une petite somme d'argent, de quelque université de Philadelphie, le diplôme de docteur en médecine, à solliciter en leur faveur les dispenses légales. L'Etat ne voudrait pas, sans doute, en les leur refusant, se montrer moins généreux pour eux qu'il ne l'est pour les Anglais ou les Américains.

Voici un jeune homme que sa famille a envoyé en Amérique, il y a quelques années, pour y faire fortune dans le commerce; mais les affaires ne vont pas, le succès tarde à venir. Notre jeune homme se tourne alors d'un autre côté : il fréquente l'Université, et y décroche, de façon ou d'autre, le diplôme de docteur en médecine, qu'il présente, à son retour en Belgique, à la formalité de l'entérinement. Les programmes de l'université de Philadelphie sont joints à la demande, ils sont complets. Que fera la commission d'entérinement? Que fera le gouvernement? Repousseront-ils la requête du citoyen belge, sous le prétexte que les diplômes de Philadelphie font des docteurs sérieux? qui donc nous dit que celui-là ne l'est pas, et comment s'en assurera-t-on? On le voit, la disposition légale soumise à l'examen de l'Académie de médecine de Begique n'a rien pour elle. Née d'une convulsion parlementaire, elle a passé aux Chambres sans y avoir été l'objet d'aucune discussion. Elle blesse la légalité, en substituant le régime du bon plaisir aux garanties promises par les lois qui régissent l'enseignement. Elle blesse l'intérêt public, en livrant les citoyens aux hasards d'un instinct qui souvent les fourvoiera au lieu de leur donner un guide sûr. Elle blesse la dignité médicale, en établissant, à côté du personnel sorti des écoles ou venu de l'étranger dans des conditions inattaquables, des médecins tolérés, auxquels on a interdit jusqu'à la possibilité de faire leurs preuves par un examen probatoire. Elle atteint ainsi dans leur considération ceux-là mêmes pour qui elle semble avoir été faite, en leur imprimant un stigmate qu'ils ne peuvent éviter et qu'ils ne pourront effacer.

En conséquence, la commission académique a proposé par l'organe de son rapporteur :

1° De demander à M. le ministre de l'instruction publique d'ajourner l'instruction des demandes de dispenses de médecins étrangers jusqu'à ce que, conformément à l'article 12 de l'arrêté royal du 17 octobre 1876, le gouvernement ait déterminé les formalités à remplir dans ces cas;

2° De lui exprimer le vœu que l'article 42 de la loi soit modifié de la façon suivante : *Le gouvernement peut accorder des dispenses aux Belges et aux étrangers munis d'un diplôme de licencié, de docteur ou de pharmacien, sur un avis conforme du jury central d'examen.*

En ce qui concerne l'art de guérir, cette dispense ne peut, en aucun cas, être accordée au praticien qui ne justifierait pas, devant le jury, de son aptitude à exercer à la fois comme médecin, comme chirurgien et comme accoucheur. Les dispensés devront résider en Belgique et obtenir, tous les trois ans, le renouvellement de leur dispense. La dernière disposition s'appliquera aux médecins qui ont été dispensés sous le régime de la loi de 1876.

Nous n'étonnerons personne en disant que ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité par l'Académie belge, et nous faisons des vœux sincères pour que des dispositions analogues soient prises en France, où la situation est exactement la même.

— Il existe en Belgique une vaste association qui, sous le nom de *Fédération médicale belge*, établit des liens de solidarité professionnelle entre tous les médecins de ce pays. Des réunions annuelles ont lieu chaque année dans une des villes du royaume. C'est à Charleroi que s'est réunie, cette année, la Fédération, sous la présidence de M. Massen. Les questions discutées, plutôt professionnelles que scientifiques, étaient néanmoins très-intéressantes. Voici les plus importantes : *Des moyens de combattre l'envahissement des spécialités pharmaceutiques; De la répression du charlatanisme; Des attributions des sages-femmes au point de vue de l'humanité et des intérêts du corps médical; Des moyens à employer pour arriver à la révision sur l'art de guérir*, etc. On voit par ce court exposé que les médecins belges sont aux prises avec les mêmes difficultés que nous. La législation qui régit l'exercice de la médecine et de la pharmacie est du reste la même dans les deux pays, et demande à être réformée dans le plus bref délai.

A. L.

INAUGURATION A ALFORT DE LA STATUE DE BOURGELAT, FONDATEUR DES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE.

Nous recevons, au moment de mettre sous presse, quelques renseignements de notre correspondant spécial sur cette solennité qui a eu lieu aujourd'hui à l'école d'Alfort.

L'inauguration de la statue de Bourgelat a eu lieu aujourd'hui à deux heures, sous la présidence de M. Bouley, membre de l'Institut. L'Institut, l'Académie de médecine et la plupart des sociétés savantes y ont été représentées.

Le sympathique président avait à ses côtés M. Goubaux, directeur de l'Ecole d'Alfort, MM. Bergeron, Magne et Leblanc, qui représentaient l'Académie de médecine; M. Chauveau et un grand nombre de savants et délégués des écoles vétérinaires françaises et étrangères.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce, qui devait assister à la cérémonie, s'est fait excuser.

Plus de cinq cents personnes assistaient à la séance.

Avant de donner le compte rendu sommaire de la solennité, il convient de faire rapidement connaître la vie du savant qui en a été l'objet.

Bourgelat, à qui les vétérinaires de France élèvent aujourd'hui une statue, est né à Lyon en 1712. Après avoir exercé la profession d'avocat au barreau de Grenoble, il s'adonna à l'étude des sciences naturelles et principalement à celle de la zoologie, qu'il porta à un haut degré de perfectionnement. Contemporain de Buffon, de Voltaire, de Frédéric le Grand, de Ch. Bonnet, de lord Pembrock et du grand Haller, il fut en correspondance avec chacun de ces savants, et surtout avec le premier d'entre eux. On peut dire que Bourgelat a été, par sa zootechnie, le plus grand vulgarisateur des doctrines de Buffon.

Le principal mérite du savant dont l'Ecole d'Alfort célèbre aujourd'hui la mémoire est d'avoir créé en France l'enseignement de l'art vétérinaire, qui n'avait été avant lui l'objet d'aucune organisation régulière. Bourgelat fonda d'abord l'Ecole de Lyon en 1762, et cet établissement ne tarda pas, sous son impulsion, à prendre une importance considérable. L'École d'Alfort fut fondée dix ans plus tard, et c'est dans cette localité que l'illustre savant est mort au milieu de ses élèves en 1779.

Parmi les discours prononcés à l'occasion de cette solennité, nous devons signaler en premier lieu celui de M. Bouley.

L'orateur s'est surtout attaché à faire ressortir les services qu'a rendus Bourgelat aux populations rurales de la France, en choisissant ses élèves parmi les robustes enfants des campagnes, auxquels il s'efforçait d'inculquer les principes d'une saine méthode. Ceux-ci devinrent alors les agents d'une propagande salutaire.

Maintes fois le spirituel président a été interrompu par d'unanimes applaudissements; mais surtout après la lecture du passage suivant, que nous reproduisons textuellement et qui a trait à l'ignorance des populations rurales au temps où vivait Bourgelat.

« Nos populations rurales, profondément ignorantes, quoi qu'on veuille prétendre aujourd'hui, étaient une proie offerte à la superstition qui s'y était « tout entière attachée ». Aussi la sorcellerie dans les choses de la médecine, et plus particulièrement dans celles de la médecine des bêtes, pour ne parler que de celles-là, avait-elle pris et conservé un trop puissant empire sur les paysans de toutes les provinces. Pour un trop grand nombre, les maladies étaient un sort jeté sur leurs bestiaux, et ils croyaient, dans leur simplicité, à la puissance des exorcismes pour les délivrer du mal qu'ils subissaient. De là le rôle iatrique des jongleurs et des sorciers qui s'étaient donné pour mission de conjurer les sorts par des paroles et des procédés magiques et qui rencontraient partout des croyants convaincus.

» Mais avons-nous le droit même de sourire de cette simplicité de nos pères, nous qui vivons dans un temps encore si « fertile en miracles », et, qui pis est, en miracles dégénérés et quelque peu monotones, qui, loin « de faire éclater la gloire » de celui à qui on les impute, témoignent seulement du peu de ressources de leurs inventeurs et de la singulière faiblesse d'esprit de ceux auxquels ils en imposent »?

L'orateur termine son discours par une allocution adressée aux élèves des écoles vétérinaires de France, qu'il engage à persévérer dans la voie que leur a tracée l'illustre Bourgelat.

— M. Bouley est remplacé à la tribune par M. *Baron*, professeur de zootechnie à l'École d'Alfort. Dans un discours également applaudi, le distingué professeur a envisagé l'œuvre de Bourgelat au point de vue zootechnique. L'orateur s'est efforcé de démontrer que le savant aurait connu la portion fondamentale de l'histoire naturelle et de la zootechnie : l'ESPÈCE, et qu'il avait beaucoup étudié cette question. Un passage très apprécié est celui dans lequel M. Baron démontre que Bourgelat avait puissamment contribué, avec tous les hommes illustres du dix-huitième siècle, à la grande œuvre de la Révolution française. Dans son remarquable discours, M. Baron a non seulement montré une grande érudition, mais encore toutes les qualités d'un orateur.

— M. *E. Thierry* (de Tonnerre) a pris ensuite la parole au nom des vétérinaires praticiens, et a retracé les services rendus par Bourgelat à la pratique vétérinaire des villes et des campagnes.

— La séance s'est terminée par une ode à Bourgelat, composée par un jeune vétérinaire. M. Pion, déjà connu par un volume de poésies (1), a recueilli les acclamations unanimes de l'assemblée.

En somme, la solennité d'Alfort a été des plus brillantes et a laissé une excellente impression à tous les assistants.

Disons en terminant que la statue en marbre, d'une hauteur de $2^m,60$, est l'œuvre d'un artiste éminent, M. Crauk.

A. L.

LE BÉGAIEMENT DE DÉMOSTHÈNE.

On sait que dans la plupart des écrits qui traitent du bégaiement, on raconte que Démosthène, atteint de cette infirmité, terrible pour un orateur, s'était guéri en s'exerçant à parler à haute voix et même à déclamer de superbes harangues après s'être, au préalable, rempli la bouche de cailloux. Cette méthode de traitement au moins bizarre paraît n'avoir pas étonné ceux qui, en matière de médecine, se piquent d'érudition. Le fait, pourtant, est-il exact. L'auteur de l'article BÉGAIEMENT du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, M. Guillaume, dans une étude historique fort intéressante, regarde comme douteux que Démosthène ait été atteint de bégaiement « ce mot n'étant même pas prononcé une seule fois dans la traduction de Plutarque par Amyot ». Plutarque cependant, dans sa *Vie de Démosthène*, raconte que le grand orateur, pour renforcer sa voix qui était faible et petite, s'exerçait à courir « contre-mont des coteaux qui étaient droits et raides en prononçant quant et quant, et à grosse haleine quelques harangues et quelques vers qu'il savait par cœur ». On sait du reste que Démosthènes s'exerçait aussi à déclamer devant un grand miroir. Enfin, pour corriger une élévation disgracieuse des épaules, il employait le moyen ingénieux de suspendre au-dessus d'elles des épées qui l'avertissaient au moment d'avoir à mesurer ses gestes. Mais nous ne voulons parler ici que de l'histoire des cailloux. Plutarque n'y fait aucune allusion : qui donc en a parlé le premier? Déjà Cicéron en avait fait une mention formelle. Dans son livre *De Oratione* (I, 61), il s'exprime ainsi : « Qui (Demosthenes), ut memoriæ proditum est, conjectis in os calculis summa voce versus multos uno spiritu pronuntiare consuescebat. » Cicéron ne nous dit pas où il a pris l'histoire; mais comme il en raconte beaucoup d'autres tout aussi controuvées, le silence de Plutarque prouve que son témoignage n'est pas à invoquer. Quel est, parmi les auteurs anciens, celui auquel il convient d'ajouter foi à cet égard? C'est un problème à soumettre aux érudits.

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ. — Nous avions exprimé le regret de ne pas voir le nom de M. J. Bergeron parmi les membres du nouveau comité consultatif d'hygiène. On comprendra donc le plaisir avec lequel nous annonçons l'acte de justice qui vient, par un décret individuel, de rappeler au comité notre savant et distingué confrère.

BIENFAITEURS DE L'ASSOCIATION. — M. le docteur Auguste Brun, trésorier de l'Association générale des médecins de France, a reçu les dons suivants :

M. Hérard, 100 francs; M. Herbent, 100 francs; M. Krishaber, 400 francs; M. Preterre, 200 francs; les Sociétés de la Marne et de Vitry-le-Français (quête à la suite de leur réunion annuelle), 174 francs; la Société médicale d'émulation de Paris (reliquat de sa liquidation), 1463 fr. 50; M. Emile Vidal, 6 francs de rente; M. Lasègue, 20 francs de rente; la famille du professeur Chauffard, 15 francs de rente; M. Amédée Monteils, député, 12 francs de rente; la famille du professeur Gubler, 25 francs de rente.

(1) *Premières ébauches*, 1 vol. in-8, Sandoz et Fischbacher.

Maison nationale de Charenton. — *Internat :* Une place d'interne est actuellement vacante. Les candidats sont priés de s'adresser, dans le plus bref délai, au directeur de l'établissement. Les conditions exigées sont les suivantes : 1° avoir pris toutes ses inscriptions et passé un examen de doctorat; 2° avoir été attaché pendant un an au moins à un service d'aliénés ou être externe des hôpitaux de Paris.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Lagardelle, docteur en médecine, est chargé du cours complémentaire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Auzouy, décédé.

École de médecine de Dijon.—Par décret en date du 20 octobre 1879, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, il est créé à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon : 1° une chaire d'anatomie, par dédoublement de la chaire d'anatomie et physiologie; 2° une chaire de chimie et toxicologie; 3° une chaire d'histoire naturelle.

Aux termes du même décret : la chaire d'histoire naturelle et thérapeutique prend le titre de chaire d'hygiène et thérapeutique. La chaire de pharmacie et toxicologie prend le titre de chaire de pharmacie et matière médicale.

La Morgue. — Des travaux importants doivent être exécutés à la Morgue, au commencement de 1880, sur les indications de M. le docteur Brouardel. On y installera une salle d'autopsie, un appareil frigorifique pour la conservation des cadavres; des laboratoires d'histologie, de chimie et de moulage; une bibliothèque, un herbier, un chenil, un bassin à grenouilles, etc.; bref, toutes les dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement d'un véritable cours de médecine légale.

Ces améliorations doivent doter la France, à l'instar de plusieurs pays étrangers, d'un établissement où les opérations médico-légales pourront être suivies avec grand fruit par les étudiants et par les médecins.

Le personnel médical de réserve. — Le ministre de la guerre vient de prendre de nouvelles mesures pour les destinations qu'il convient d'assigner dorénavant aux étudiants en médecine ou en pharmacie reçus docteurs ou pharmaciens de 1re classe et proposés pour être commissionnés dans le cadre de réserve. Faute d'emplois vacants dans le corps d'armée sur l'étendue régionale duquel ils étaient domiciliés, ces médecins ou pharmaciens avaient été jusqu'ici affectés à des troupes ou ambulances d'autres corps d'armée. Cette manière de procéder, ayant de sérieux inconvénients au point de vue de la rapidité de la mobilisation, ne sera plus employée qu'à titre exceptionnel, quand les communications permettront aux médecins et pharmaciens ainsi appelés dans une localité éloignée de leur domicile, de rejoindre rapidement leur poste.

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Emile Molland, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chevalier de la Légion d'honneur, etc., décédé à Paris, le 26 octobre 1879, à l'âge de cinquante-trois ans.

Têtes de Canaques. — Le docteur Broca a présenté à la Société d'anthropologie deux têtes de canaques conservées dans de l'esprit-de-vin, adressées à la Société par un chirurgien de marine. L'une d'elles présente un intérêt historique particulier: c'est celle d'Altaï, le célèbre chef canaque qui a fomenté et dirigé la dernière insurrection. La tête d'Altaï est très-remarquable. D'un noir mat uniforme, le visage dénote une grande énergie et une sérieuse intelligence. Le front est très-développé, les lèvres médiocrement épaisses, le nez large, les yeux grands. Les cheveux sont courts et laineux; une barbe peu fournie garnit les joues et le menton. La main est forte et large, les doigts longs; le pouce est ankylosé depuis longtemps à la suite d'une blessure.

L'autre tête appartenait, au contraire, à un métis nègre. Elle est plus petite, plus large, plus déprimée, et porte des cheveux bien plus longs que ceux d'Altaï, et lisses. C'est celle d'un magicien ou médecin canaque tué dans le même engagement.

Hôpital des Enfants Malades. — *Thérapeutique infantile.* — Le docteur Jules Simon commencera ses conférences sur les maladies des enfants et la thérapeutique infantile le mercredi 12 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. Le samedi, consultation clinique.

Hôpital Lariboisière. — *Conférences de clinique chirurgicale.* — M. le docteur S. Duplay, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera ses conférences de clinique chirurgicale le jeudi 6 novembre, à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. Visite des malades à huit heures et demie. Opérations à dix heures.

Maladies de la peau. — M. le docteur Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses conférences cliniques le vendredi 7 novembre, à huit heures et demie, et les continuera tous les vendredis à la même heure.

École pratique. — *Cours d'ophthalmologie.* — Le docteur Javal commencera ce cours le mercredi 19 novembre, à huit heures, dans l'amphithéâtre n° 3, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure. Il traitera de l'hygiène de la vue et des principales questions pratiques.

— *Cours pratique et élémentaire d'ophthalmologie.* — Le docteur X. Gorecki commencera ce cours le mardi 18 novembre, à huit heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure. Il traitera des principales affections des yeux, au point de vue de la pratique ordinaire et de la thérapeutique.

Cours théorique et pratique d'accouchements, par MM. Porak et Loviot. S'adresser pour tous les renseignements, 10, rue Hautefeuille, de quatre heures à cinq heures.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 16 au 23 octobre 1879, on a constaté 934 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 21. — Rougeole, 1. — Scarlatine, 2. Variole, 21. — Croup, 9. — Angine couenneuse, 16. — Bronchite, 48. — Pneumonie, 50. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 42. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 7. — Erysipèle, 1. — Autres affections aiguës, 223. — Affections chroniques, 433 (dont 158 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 31. — Causes accidentelles, 29.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE — N° 45 — 7 NOVEMBRE 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 4 novembre 1879.

Académie de médecine : ANALGÉSIE THÉRAPEUTIQUE LOCALE PAR IRRITATION DE LA RÉGION SIMILAIRE DU CÔTÉ OPPOSÉ. — DE L'ENCOMBREMENT DES HÔPITAUX.

Analgésie thérapeutique locale par irritation de la région similaire du côté opposé

Le fait que veut établir M. le docteur Dumontpallier, dans le mémoire dont il a donné, mardi, lecture à l'Académie de médecine, n'a rien en soi d'incroyable; il est appuyé d'observations cliniques, et il pourrait s'expliquer par des considérations physiologiques. Mais, parce qu'il s'écarte des notions communes, il est de ceux desquels on doit exiger avec une sévérité particulière les garanties de démonstration auxquelles sont tenus, d'ailleurs, tous les faits qui demandent entrée dans la science. Or, ces garanties, notre distingué confrère ne les donne pas, n'en parle pas et ne paraît pas y avoir songé; ce qui est un tort assez répandu aujourd'hui parmi les observateurs. Il faut le répéter chaque fois qu'on en trouve l'occasion : l'observation possède à un très-haut degré le vice intrinsèque qu'y signalait le père de la médecine : elle est *trompeuse;* et on ne lui fait dire la vérité qu'en l'interrogeant de plusieurs manières, après avoir posé dans son propre esprit les conditions d'une démonstration rigoureuse.

Qu'est-ce que M. Dumontpallier cherche à établir? Qu'une douleur existant sur un point du corps cède subitement à l'action irritante d'une injection hypodermique d'eau distillée faite sur le point *similaire* de la *partie opposée* du corps. Pour faire cette preuve, il choisit un sujet affecté, par exemple, d'une douleur rhumatismale de l'épaule gauche; il pratique une injection sur l'épaule droite, et le malade, interrogé, affirme que la douleur a diminué ou disparu. Ce résultat se répète deux, trois, six fois; nous ne comptons pas. Eh bien, ce que nous prétendons, ce que nous voudrions faire comprendre à M. Dumontpallier, c'est que, à ce moment de son investigation, l'observation a fait son œuvre, mais la démonstration n'a pas commencé la sienne. L'observateur se trouve en présence de deux faits séparés : d'un côté, une injection irritante; de l'autre, une douleur accusée et qu'on affirme avoir disparu. C'est quelque chose; mais il reste à savoir : 1° si la disparition, supposée réelle, de la douleur est due à ce que l'injection a été pratiquée sur un point symétrique de celui où la douleur siégeait (car c'est en cela que consiste la nouveauté); 2° s'il y a eu véritablement cessation de douleur.

Pour éclairer le premier doute, il fallait instituer une longue série d'expériences comparatives sur l'effet d'injections d'eau distillée, faites, les unes sur le point similaire, les autres sur un point quelconque du corps. Cette exigence est d'autant plus naturelle que, au dire de quelques praticiens, l'aquapuncture, aussi bien que l'acupuncture, non-seulement *loco dolenti*, mais à distance du mal, a quelquefois suffi à faire taire une douleur récente : par exemple la colique hépatique. Mais cette affirmation, dont nous ne nous portons pas garant, fût-elle absolument erronée, les conditions obligatoires de la démonstration poursuivie par M. Dumontpallier n'en resteraient pas moins les mêmes. Notons en passant que les opérations ont porté principalement sur la douleur rhumatismale, celle précisément qui, d'après M. Luton (de Reims), à qui l'on doit en grande partie la connaissance des effets locaux de l'injection hypodermique, est le plus susceptible de céder à l'action révulsive de l'eau simple.

En second lieu, la cessation de la douleur peut n'être qu'apparente. Il ne s'agit pas ici d'une supposition de supercherie préméditée, bien qu'elle puisse devenir parfois légitime dans cet ordre de recherches. Mais la douleur est un

---

FEUILLETON

Quelques thèses à image exposées momentanément dans les salles d'examens de l'École de médecine de Paris.

Quand M. Vulpian fut nommé doyen, on prit soin de faire nettoyer les nombreux portraits abandonnés dans les greniers de la Faculté. On y découvrit alors de belles thèses à image, qui furent mises sous verre, et qui ornent aujourd'hui les nouvelles salles d'examens pendant l'installation provisoire de l'Ecole de médecine.

Ces thèses sont au nombre de dix : une est de 1673; neuf de 1750 à 1763. Celle de 1673 est une thèse de philosophie imprimée sur satin. Toutes les autres sont des thèses de chirurgie soutenues dans le fameux Collège des chirurgiens de Paris, qui avait été longtemps la simple communauté de Saint-Côme.

En les voyant, on songe aussitôt à ce passage de la scène II du deuxième acte du *Malade imaginaire :*

THOMAS DIAFOIRUS (*tirant de sa poche une grande thèse roulée qu'il présente à Angélique*). — « J'ai, contre les circulateurs, soutenu une thèse (*saluant Argan*) qu'avec la » permission de monsieur, j'ose présenter à mademoiselle, » comme un hommage que je lui dois des prémices de mon » esprit. »

ANGÉLIQUE. — « Monsieur, c'est pour moi un meuble inu- » tile, et je ne me connais pas à ces choses-là. »

TOINETTE (*prenant la thèse*). — « Donnez, donnez. Elle est » toujours bonne à prendre pour l'*image;* cela servira à parer » notre chambre. »

Molière a fait représenter le *Malade imaginaire* justement en 1673. A cette époque, les thèses à image étaient déjà fort à la mode, et l'on sait que cette mode a duré pendant la fin du dix-septième siècle et presque tout le dix-huitième. Le

phénomène cérébral; elle n'existe qu'avec et par la perception. Or, il peut suffire d'une simple contention d'esprit amenée par la pratique de l'opération, de la préoccupation de la douleur actuellement provoquée, pour détourner l'attention du sujet de son autre douleur; comme il peut arriver qu'il accuse du soulagement dans le but unique de s'épargner la répétition d'une opération désagréable. M. Chouppe a fait la remarque que l'aquapuncture est plus efficace chez les hystériques que chez les autres malades (*Gaz. hebdom.*, 1874, p. 428). Voulez-vous que rien de tout cela ne soit vraisemblable? Qu'importe? Cette fois encore votre rôle ne change pas. Un chimiste ne demande pas si une réaction chimique est vraisemblable; il l'essaye, si elle est seulement possible, et même quelquefois quand elle paraît impossible. Il vous faut donc prouver qu'une douleur a disparu. Rien ne serait plus simple. Il n'y aurait qu'à introduire la canule de la seringue sous la peau et à ne rien injecter du tout. La déclaration du malade aurait alors une signification décisive. Ainsi le veut, encore une fois, la méthode philosophique, qui, si elle prenait une plus large part au travail de la science moderne, épargnerait beaucoup de doutes, d'erreurs et de contradictions.

Cependant, nous l'avons dit, ces faits, qui ne sont pas rigoureusement des exemples de transfert semblables à ceux qui ont été rapportés dans ces derniers temps, mais qui ne manquent pas d'analogie avec eux, nous sommes loin de les regarder comme non avenus. Quelques-uns d'entre eux ne sont même passibles que de la première de nos objections; ce sont ceux dans lesquels à la cessation de la douleur se serait jointe la diminution de symptômes objectifs, tels que rougeur, chaleur, tuméfaction de la partie. Nous ne nions rien; nous ne demandons qu'à voir clairement.

Venons maintenant au côté physiologique du sujet. Ce qui caractérise les observations de M. Dumontpallier, c'est le *phénomène d'arrêt*, l'*influence inhibitoire* de la douleur provoquée d'un côté du corps sur la douleur spontanée du côté opposé. Ici nous ne pouvons qu'approuver l'auteur. Supposer, comme quelques-uns l'ont fait, que dans les cas de ce genre, l'irritation se propage d'une cellule sensitive de la moelle à une cellule correspondante du côté opposé par des anastomoses transversales, c'est choisir un trajet trop direct pour qu'il puisse répondre aux notions que nous possédons sur le rôle physiologique des diverses parties de la moelle et de l'encéphale; ce trajet de l'influence inhibitoire est certainement plus compliqué, et c'est avec raison que M. Dumontpallier se contente d'admettre un passage à travers les *centres sensitifs* sans spécifier ceux-ci. « L'irritation périphérique, dit-il, provoquée d'un côté du corps, transmise aux cellules sensitives du côté correspondant, peut par les anastomoses nerveuses centrales modifier la sensibilité des cellules du côté opposé, et avoir pour résultat la cessation de la douleur périphérique primitive. » Ainsi comprise, l'explication nous apparaît comme très-rationnelle; elle ne localise pas le centre où s'exerce le phénomène d'arrêt, et il y a prudence à agir ainsi. En effet, rien n'est plus difficile que l'analyse de tous les phénomènes qui se rapportent au transfert des impressions périphériques d'un côté à l'autre.

L'influence d'arrêt peut se produire dans toute l'étendue des centres sensitifs; maints exemples prouvent que chaque partie des centres nerveux peut agir sur une partie voisine ou éloignée en produisant l'inhibition de ses fonctions; il faudrait, pour les énumérer, passer en revue presque tous les chapitres de la physiologie; qu'il nous suffise de rappeler un seul exemple appartenant à M. Brown-Séquard, et qui montre que cette influence inhibitoire d'une irritation périphérique peut se transmettre d'un côté du corps à l'autre, à travers toute la portion supérieure du système encéphalo-rachidien. En effet, M. Brown-Séquard a constaté, dans un cas d'épilepsie consécutive à une lésion cérébrale, où l'aura existait dans l'un des doigts de la main, que non-seulement la flexion forcée de ce doigt au moment de l'apparition de l'aura arrêtait l'attaque, mais que la flexion forcée du doigt correspondant de l'autre main pouvait amener le même résultat. L'influence inhibitoire avait donc lieu aussi bien du côté correspondant à la lésion cérébrale que de l'autre côté; ce qui démontre une transmission de l'influence à travers les nerfs, la moelle, le bulbe et le cerveau.

En somme, il reste à déterminer quel est le centre sensitif auquel vient aboutir l'influence de l'irritation périphérique, mécanique ou spontanée, pour une certaine partie du corps; malheureusement il faut reconnaître que nous sommes encore très-éloignés de ce but. M. Dumontpallier aurait accompli un réel progrès dans cette voie, s'il faisait accepter cette opinion, qui est la dernière conclusion de ses recherches, et qui est encore contestée : à savoir que certaines douleurs périphériques ont pour siége anatomique les centres sensitifs.

A. D. et A. H.

Cabinet des estampes de la Bibliothèque nationale en possède une riche collection en deux grands volumes. Les premières sont dédiées à Louis XIII (1622, 1625) et à quelques autres (1641, 1642); puis successivement au cardinal Mazarin (1648, 1657, 1658); à Louis XIV (1661, 1664, 1665, 1667); au chancelier Séguier (1663); à François-Michel Letellier (1668), et j'en passe. Les plus belles peut-être sont de la fin du dix-septième siècle (1677, 1679, 1680, 1683, 1684, 1690, 1699, 1700). Celle de Pierre de Montmorency, qui se trouve, sans date, au commencement du premier volume, est de cette dernière époque. Une autre, dédiée à Armand de la Porte, marquis de la Meilleraye (1631-1713), est antérieure. Une troisième, aussi sans date, est encore plus ancienne. Le deuxième volume renferme des thèses à image du dix-huitième siècle qu'il serait trop long d'énumérer. Ce qu'il importe surtout de faire remarquer ici, c'est que parmi les nombreuses thèses de théologie et de philosophie, on compte à peine trois ou quatre thèses de droit et pas une de médecine ou de chirurgie. M. F. Pouy, le seul auteur qui ait écrit sur les thèses *historiées*, comme il les appelle (*Bulletin de la Société des antiquaires de Picardie*, 1867. — *Iconographie des thèses dites historiées soutenues ou gravées notamment par des Picards*, 1869), laisse entendre que des thèses de médecine auraient été aussi illustrées ou ornées d'une gravure, sans en décrire aucune. Dans le Dictionnaire de Richelet de 1728, imprimé à Lyon, on lit au mot thèse : « Tèse (*conclusions, propositions*), terme de philosophie, de théologie, de médecine ou de droit ou autre science de laquelle on dispute. C'est une grande feuille de papier, ou deux grandes feuilles de papier collées l'une sur l'autre, au haut de l'une desquelles il y a un portrait ou une image, et au bas de ce portrait ou de cette image les propositions que prétend soutenir le répondant et sur lesquelles on dispute un certain temps réglé (Une belle tèse. Sa tèse lui coûte cent pistoles). » Et le Richelet de 1759 ajoute : « On fait aussi des thèses de forme in-4° en une ou plusieurs feuilles, sans portrait ni image. »

De l'encombrement des hôpitaux.

Depuis plusieurs années, principalement au printemps et à l'automne, les services des hôpitaux se trouvent surchargés de malades et ne peuvent suffire aux besoins du Bureau central ou des consultations quotidiennes de chaque établissement. En ce moment, l'encombrement atteint des proportions auxquelles il est rarement arrivé. Pour ne parler que de ce que nous voyons chaque jour, on compte une moyenne de trente à soixante brancards à l'hôpital Necker; et quand nous disons « brancards », c'est une façon de parler ; car les brancards eux-mêmes font défaut. A certains jours, nous trouvons au milieu de nos salles un troisième rang de lits de sangle et de matelas occupés par les malades que le Bureau central nous envoie, malgré les réclamations que nous ne nous lassons pas d'adresser à l'Administration. Quand les salles sont ainsi remplies, ce sont les couloirs de passage qui sont à leur tour envahis. On arrive, de cette façon, à placer dans des grandes salles contenant une soixantaine de lits, près de quatre-vingts malades. Dix ou douze d'entre eux sont couchés à terre, sur deux matelas appuyés à une de leurs extrémités sur une table de nuit. C'est à genoux que le médecin doit se placer pour ausculter les malades, souvent atteints d'affections aiguës : rhumatismes, fièvres typhoïdes, pneumonies. En pareils cas, il est vrai, nous n'hésitons pas à déplacer d'autres malades moins grièvement atteints ; mais ceux-ci n'abandonnent pas sans de justes récriminations les lits qu'ils occupent. Il est inutile d'insister sur les inconvénients de tout genre attachés à un pareil état de choses, absolument contraire à l'hygiène, à la bonne tenue des salles, à l'application régulière des soins médicaux. Si nous en parlons, ce n'est pas pour le simple plaisir de récriminer et de signaler un abus; mais pour chercher le moyen d'y remédier. Nous mettons complètement en dehors la bonne volonté de l'administration centrale, qui déplore la première un fait contre lequel elle se déclare impuissante. Comme on le disait dernièrement dans une des séances du conseil municipal, les besoins se sont accrus et les ressources sont insuffisantes. La population parisienne a pris un développement considérable, tandis que les établissements de secours ne se sont pas étendus et multipliés dans la même proportion. En attribuant aux maladies chroniques les services de l'hôpital Laennec, on nous avait fait espérer que nos services pourraient être débarrassés, dans une certaine mesure, d'une catégorie de malades particulièrement encombrants. Il en a été ainsi, en effet, dans les premiers mois de l'année. Un grand nombre de phthisiques, en particulier, ont pu être dirigés sur l'hôpital Laennec ; mais bientôt celui-ci s'est trouvé à son tour absolument encombré, non-seulement de phthisiques, mais encore de paralytiques, de déments, de cancéreux, qui y attendent leur placement dans les hospices. En ce qui nous concerne, nous n'avons pas pu, depuis quatre mois, y faire placer plus de quatre ou cinq malades du service des hommes. Les évacuations sont relativemsnt un peu plus faciles pour les femmes.

En résumé, le nombre des lits, à Paris, est en ce moment hors de toute proportion avec les besoins de la population. Les calculs les plus modérés évaluent à 2000 le nombre des lits nécessaires. Pour une pareille fondation, il faudrait de l'argent, beaucoup d'argent, et le directeur général de l'Assistance publique, dont le zèle et le dévouement ne font pas question, en demande en vain. Certes, il ne s'agirait plus aujourd'hui, si l'on avait des capitaux disponibles, de les affecter à l'édification de ces hôpitaux-palais dont le nouvel Hôtel-Dieu sera, nous l'espérons, le dernier spécimen. Mais alors même que l'on se restreindrait à des établissements infiniment plus modestes, les sommes nécessaires dépasseraient encore de beaucoup la tolérance des budgets. C'est donc dans une autre voie qu'il faudrait s'engager.

Il nous semble tout d'abord que l'on pourrait, à bref délai, utiliser certains bâtiments qui ne sont actuellement affectés à aucun service déterminé. Dans les derniers temps de l'Empire, on avait fait construire, au voisinage des barrières, des bâtiments importants destinés à loger les employés de l'octroi et leurs familles. Cette destination a été abandonnée. On nous assure que plusieurs de ces constructions sont absolument vacantes, que d'autres servent provisoirement de dépôts militaires ou de casernes, et qu'on pourrait, sans aucun inconvénient, envoyer ailleurs les troupes qui y sont actuellement logées. Tous ces bâtiments sont placés en dedans des fortifications, parfaitement aérés, isolés de tous côtés. Bien qu'aménagés pour des familles d'employés, on pourrait, à peu de frais, y disposer des salles convenables et conserver le nombre de chambres que l'on jugerait utiles (1).

(1) Nous recevons aujourd'hui même des renseignements précis pris à l'état-major de la place. Les postes-casernes dont nous parlons sont au nombre de 36. Sur ce nombre, 26 sont occupés par le génie et par son matériel, par le recrutement, par les régiments de ligne et par la gendarmerie. Il reste *dix* postes absolument vacants et qui seraient immédiatement disponibles. L'officier supérieur qui nous donne ces renseignements affirme que plusieurs régiments pourraient être

---

La thèse à image de philosophie, précieusement conservée à l'Ecole de médecine, s'y trouve parce qu'elle a été dédiée au corps des docteurs régents de l'ancienne Faculté. Elle est de Philippe-François Collot, sur lequel j'ai dû faire des recherches qui seront publiées dans un article séparé.

Cette thèse, qui remonte à l'année 1673, est imprimée sur satin. Le premier volume de la collection du Cabinet des estampes en contient une tout à fait pareille, de 1657. Le morceau de satin blanc, mesurant 86 centimètres de hauteur, a sa largeur première, 61 centimètres, car ses bords ont un liséré de couleur. L'image, de 36 centimètres de haut sur 48 de large, assez nette, est un peu trop noire, comme toutes les impressions de gravure sur soie. Elle représente des groupes allégoriques montrant : à droite, l'écusson armorié du personnage auquel la thèse est dédiée; à gauche, deux autres écussons avec les devises illustrées : *Flammisque undisque resistit*. — *Fortius quo altius*, qui se rapportent au même personnage et qu'il serait trop long de décrire (1). Au-dessous de cette gravure, non signée, se trouve encadrée la dédicace : « Altissimo potentissimoque Viro Dom. D. Gabrieli Aldonso de Guilhem de Castelnau, comiti de Clermont, Carmaing, et Foix, Marchioni de Saissac, vice-comiti de Lautrec, Dom. et baroni de Castelnau, Caulmond, Venes, Queilhe, Beaulieu, Baussagues, etc.... Suas ex universa philosophia assertiones addictissimus cliens Petrus Jaubert, Bonaviolensis, D. D. D. (dat, donat, dedicat). » D'autres cadres aussi sans ornements comprennent les différentes parties de la thèse « Propositiones de Ente », qui a été soutenue en juillet 1657 dans le collège des jésuites de Cahors : « Has positiones (Deo auspice) tuebitur in Collegio cadurcensi Societatis Jesu. Die mensis julii, anno 1657. » En bas on lit :

(1) Une pyramide sur laquelle on répand de l'eau d'un côté et de l'autre des flammes. Deux angles ayant la même ouverture; le plus élevé, le plus aigu, figurant une voûte plus résistante que l'autre.

Pourquoi n'utiliserait-on pas ces constructions? Il y aurait naturellement des frais d'installation; mais ces frais seraient relativement peu considérables.

Le personnel médical est tout trouvé. Les médecins du Bureau central pourraient être chargés de ces services. Si leur nombre était insuffisant, ne pourrait-on pas s'adresser aux jeunes docteurs ayant déjà subi plusieurs concours pour le Bureau central. On choisirait ceux qui ont, une ou plusieurs fois, obtenu l'honneur de l'admissibilité. On recruterait de cette façon un personnel d'élite, qui serait largement à la hauteur de la tâche qu'on lui confierait.

Ce serait là un premier allégement pour les hôpitaux. — Serait-il absolument impossible de réduire le nombre des malades qui sollicitent l'admission dans les hôpitaux? Beaucoup d'entre eux sont atteints d'affections apyrétiques et n'ont besoin que de repos, de nourriture et de quelques médicaments peu coûteux. L'impossibilité où ils se trouvent de travailler tarit toutes leurs ressources. Ne pourrait-on pas les décider, au moyen d'un secours, à se faire traiter chez eux par les médecins du bureau de bienfaisance ou des associations mutuelles, qui recevraient naturellement une rétribution, ou simplement par voie de consultations prises plusieurs fois par mois à l'hôpital le plus voisin? Chaque malade hospitalisé revient à plus de deux francs par jour. Cette somme pourrait être affectée à leur traitement à domicile. Nous ne nous dissimulons pas que cette mesure rencontre des difficultés toutes spéciales, qu'il y a là une porte largement ouverte aux abus; mais nous croyons que ces abus pourraient être en partie conjurés par un ensemble de précautions prises concurremment par le service médical et l'Administration.

Une troisième mesure contribuerait plus que toutes les autres à désencombrer les services hospitaliers. On a dit et redit que l'encombrement était surtout dû à ces malades atteints d'affections chroniques des voies respiratoires, qui, une fois admis, occupent les lits pendant plusieurs mois. Depuis longtemps on agite la question des stations hivernales sur le littoral du Midi. Cette question si importante ne sortira-t-elle jamais des limbes où elle sommeille depuis plusieurs années? En est-il cependant de plus intéressante au point de vue humanitaire? Quel traitement vaudrait, pour les emphysémateux, les arthritiques, pour les phthisiques peu avancés, l'hivernation sur les bords de la Méditerranée ou sur les versants les mieux abrités des Pyrénées.

déplacés sans que cette mesure soulevât aucune réclamation. Chacun de ces postes pourrait contenir au minimum 100 lits, peut être le double. Les bâtiments appartiennent à la municipalité.

Résumons-nous en quelques mots. L'encombrement des hôpitaux de Paris devient excessif et tend cependant à augmenter encore. Il est nécessaire d'aviser au plus tôt. Nous proposons :

1° De multiplier les asiles hospitaliers, en affectant au service des malades des bâtiments actuellement sans destination fixe.

2° D'offrir à un certain nombre de malades des secours qui les déterminent à se faire traiter chez eux.

3° De revenir à la question, résolue en principe, des stations hivernales, si désirables à tous les points de vue.

Mais nous insistons tout particulièrement sur la première mesure, qui nous paraît susceptible d'une application immédiate : l'affectation des postes-casernes vacants, sur la ligne des fortifications, à des hôpitaux supplémentaires, qu'on y pourrait rapidement installer.

Blachez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

Désarticulation du genou, par le docteur E. Delorme, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Mon but, en publiant cette courte étude, est de rappeler l'attention sur la valeur de cette opération, qui n'est plus aujourd'hui que très-exceptionnellement pratiquée en France, et qui jouit au contraire à l'étranger d'un certain crédit. De nombreux insuccès, qu'il est possible d'expliquer en grande partie par les conditions déplorables dans lesquelles se trouvaient les blessés qui ont subi cette opération (guerre de Crimée), par des fautes opératoires, par la pratique défectueuse des pansements et la direction vicieuse des soins consécutifs, ont compromis cette opération aux yeux de la grande majorité des chirurgiens français. Aujourd'hui qu'à cette série d'insuccès, qui d'ailleurs appartiennent déjà à une époque éloignée (cette remarque a son importance); aujourd'hui qu'à cette série d'insuccès on peut opposer une série très-étendue de succès ; maintenant que les pansements des amputés ont subi des modifications si profondes et si heureuses, il paraît indiqué de revenir à la pratique de cette opération qui, ainsi que l'ont, du reste, rappelé dans ces tout derniers temps Spillmann et Duplouy, donne *une mortalité moindre et un résultat définitif plus satisfaisant que l'amputation de la cuisse au tiers inférieur*.

J'examinerai successivement : *a*. les inconvénients repro-

« Cadurci, apud Petrum Daluy, 1657, » ce qui prouverait qu'elle a été imprimée à Cahors.

La thèse de Ph.-Fr. Collot est de Paris. Le satin a un peu jauni dans son encadrement de fils or et argent, devenus noirs et ressemblant aujourd'hui à de la passementerie; mais c'est absolument la même disposition, les mêmes dimensions : hauteur, 88 centimètres; largeur, 65 centimètres. Au-dessous de l'image, toujours trop noire, et que nous décrirons tout à l'heure, est placé la dédicace : Saluberrimo et celeberrimo medicorum Parisiensium ordini. — *Philosophia, viri clarissimi, vitæ sol humanæ est. Ab ea mortales habent, etc...* Puis la thèse : Conclusiones philosophicæ *ex logica, ex ethica, ex metaphysica, ex physica*, avec dix propositions sur chaque sujet, et enfin la formule : « *Has theses, Deo duce et auspice Deiparæ, propugnabit Philippus Franciscus Collot, parisinus. Die Jovis* 10 *Augusti qui sacer est S. Laurentio* 1673, *a secunda ad sextam.* » Le président (*Arbiter*) était Charles Touraine, professeur de philosophie, et l'acte public soutenu au Collège royal de Navarre était pour obtenir le grade de maître ès arts, « *pro actu publico ex laurea artium in regia Navarra.* »

L'image de cette thèse de Ph.-Fr. Collot se trouve encore, mais imprimée cette fois sur papier (1), en tête du III[e] volume des thèses in-folio de l'ancienne Faculté, mises en ordre par Hyacinthe-Théodore Baron, en 1754. Elle serait évidemment mieux à sa place dans le VIII[e] volume de ce recueil (1663 à 1690). Quoi qu'il en soit, il est bien plus facile de l'examiner là que sur la thèse de satin, encadrée. Les deux gravures (35 centimètres de haut sur 46 centimètres de large), absolument pareilles, sont signées : *S. Le Clerc in.— G. Scotin, sculp.— Cum privil. Regis.* Elles portent également le cachet des Collot, qui a été ajouté après coup sur la planche. Les armoiries sont les mêmes; mais la petite inscription

(1) Et dans l'œuvre de Scotin, au Cabinet des estampes, *d. d. p. f. Collot*, avec les vers latins.

chés à la désarticulation du genou; j'insisterai sur les moyens de les faire disparaître; *b.* je comparerai, au point de vue de la mortalité, cette opération à l'amputation de la cuisse; *c.* enfin je parlerai des meilleurs modes opératoires et des indications de l'opération.

a. On a reproché à l'amputation fémoro-tibiale d'exposer: 1° aux *hémorrhagies;* 2° à la *gangrène de la peau* de la manchette ou des lambeaux; 3° aux *phlegmons profonds* de la face antérieure de la cuisse; 4° enfin, de laisser comme résultat définitif un *moignon effilé* sur lequel le blessé ne peut directement prendre point d'appui. Examinons la valeur de ces reproches.

1° L'*hémorrhagie* est un accident qui ne peut et ne doit se montrer plus souvent après la désarticulation du genou qu'après toute autre amputation. Lorsque l'opérateur, avant de porter un lien sur la poplitée, a soin de s'assurer que les articulaires sectionnées (inférieures ou moyennes, suivant l'étendue donnée au petit lambeau postérieur) naissent à une distance suffisamment éloignée du fil à ligature; lorsqu'il a soin de porter un fil sur ces collatérales, pour peu que l'intervalle qui sépare leur point d'origine de la surface de section soit inférieur à un bon centimètre, l'hémorrhagie ne peut ici se montrer qu'exceptionnellement, comme à la suite de toute amputation.

2° On peut avancer, sans crainte de se tromper, que le *sphacèle du lambeau* est lié à des *fautes opératoires* ou à des *irrégularités du pansement.* J'insiste sur ce point. Si l'on désarticule dans l'interligne fémoro-tibial pour un traumatisme grave de la jambe avec contusion des téguments étendue presque jusqu'à l'article; *a fortiori* dans les cas de blessures de l'articulation par coups de feu, comme on l'a fait assez souvent, on conçoit que le sphacèle du lambeau puisse survenir et rapidement; mais, dans ce cas, n'est-ce pas l'opérateur et non l'opération qu'il faut accuser?

Supposons, d'un autre côté, qu'on se soit adressé à la méthode à grand lambeau antérieur, que, bien à tort, nombre d'opérateurs ont utilisée; méthode qui laisse déjà comme résultat immédiat une grande languette cutanée de cinq travers de doigt de hauteur (10 centimètres); admettons encore qu'on ait commencé ce lambeau, non un peu au-dessous de l'interligne articulaire, mais un peu au-dessus, et qu'on ait sectionné, par le fait, des branches importantes, les articulaires supérieures nourricières de ce lambeau (les inférieures sont toujours coupées); supposons enfin qu'on ait enlevé la rotule, après désarticulation, et qu'on ait ainsi remonté la base du lambeau à deux ou trois travers de doigt plus haut, en le privant des nombreux rameaux qu'il reçoit au pourtour de cet os; on conçoit aisément qu'en se plaçant dans de si fâcheuses conditions, on ait pu avoir à regretter la mortification partielle ou totale du lambeau (Luecke).

Rappelons en dernier lieu, comme faute opératoire pouvant amener ce résultat, l'amincissement de la peau pendant la dissection de la manchette ou des lambeaux.

J'arrive maintenant aux fautes dans le pansement: lorsqu'on taille une manchette, un lambeau ou des lambeaux *un peu justes*, et qu'on cherche à réunir transversalement ou dans le sens antéro-postérieur, on tiraille manchette ou lambeaux et on comprime leurs vaisseaux nourriciers contre la surface résistante des condyles.

Que les lambeaux ou la manchette soient taillés trop courts, ou qu'ils aient même une longueur suffisante, lorsqu'on vient avec les pièces du pansement à les appliquer trop fortement contre la surface du fémur, on compromet encore leur vitalité.

La peau de la partie supérieure de la jambe et de la région du genou est des mieux nourrie; elle reçoit de nombreux vaisseaux du grand cercle anastomotique périrotulien, et des articulaires inférieures qui, bien que sectionnées en arrière, restent toujours anastomosées en haut, autour de la rotule, avec les supérieures. On peut donc affirmer qu'avec une manchette ou deux lambeaux latéraux d'une étendue largement suffisante, disséqués en avant au ras du tibia et de l'aponévrose; qu'en conservant la rotule; qu'en adaptant les surfaces cruentées de la manchette ou des lambeaux, exactement, mais mollement, sans tiraillements ni pression d'avant en arrière contre le fémur; on peut affirmer qu'en réunissant ces conditions on évitera sûrement cet accident grave, qui ne s'est d'ailleurs montré qu'assez rarement, et d'une façon presque exclusive, c'est là un point digne de remarque, dans la pratique de certains chirurgiens.

3° La *suppuration du cul-de-sac sous-tricipital*, amenant à sa suite des phlegmons diffus profonds de la partie antérieure de la cuisse, constituait autrefois la plus grave des complications de cette désarticulation, celle qui contribua pour la plus large part à la faire rejeter. On comprend bien que cette complication se soit montrée habituellement autrefois, étant donnée la manière, on serait presque tenté de dire irrationnelle, suivant laquelle on dirigeait alors le traitement consécutif. Ainsi, tandis que dans toute plaie pénétrante articulaire on assurait l'immobilité du membre, on rejetait la pratique des pansements fréquents, et on s'adressait au pansement occlusif; après la désarticulation du genou, qui ouvre largement la plus grande articulation du corps, on laissait la synoviale à découvert, on faisait des pansements fréquents; on imprimait au membre des secousses dès les premiers jours et plusieurs fois même pendant la journée; on forçait le triceps à se contracter, et, par le fait, la rotule à se déplacer; enfin on irritait souvent la synoviale par des substances médicamenteuses. La suppuration se montrait vite, s'accumulait dans le cul-de-sac synovial sous-tricipital rendu

---

placée au-dessous n'est pas tout à fait semblable. Sur la thèse de satin il y a: *d. d. p. f. Collot* (*dono dedit*), et sur la gravure séparée: *Off. ph. fr. Collot* (*offerebat*). En outre, sur cette dernière, on a mis six vers latins qui donnent l'explication de l'image:

Quid prosunt tot nata mèis feticia campis
Gramina? Quia succis tot condita munera divum?
Languida si nequeo morborum peltere noxas:
Ni melior Deus accedat; qui desuper orbi
Prospiciens, opibus nostris utatur, et illis
Inclusam expediat divina mente salutem.

(A quoi bon toutes ces plantes qui naissent dans mes campagnes? A quoi bon les sucs bienfaisants que les dieux ont mis en elles? Si, languissante, je ne puis détruire les ravages des maladies; s'il n'advient un Dieu meilleur qui, veillant du haut des cieux, nous fasse utiliser ces richesses et découvrir, par son divin esprit, le salut qu'elles renferment?)

Ce dieu propice, c'est Apollon avec sa lyre, le dieu soleil, sur un nuage à gauche. Au-dessous, sur la terre, la nature languissante, reconnaissable à ses quatre mamelles, est soutenue par une ville qui a l'empire du monde, Paris. Elle a une couronne de tours et le globe terrestre à ses pieds. En face de ce groupe, à droite, sur un plan plus élevé, Esculape, avec le coq et la baguette où s'enroule un serpent, lui désigne la Faculté de médecine qu'il protège. Celle-ci est couronnée de lauriers; un petit enfant ailé à côté d'elle soulève et montre l'écusson aux cigognes, avec le soleil rayonnant et la devise: Urbi et orbi salus. Ce groupe est sur un nuage avec Mercure, qui arrive derrière tenant à la main une fleur coupée. Au milieu, au second plan, Hercule accroupi déracine avec le petit bout de sa massue une grande ombellifère. A gauche, rampe un serpent. Çà et là des plantes: un aloès, deux pieds de chardon bénit, un lierre terrestre.

Au temps de ces thèses de satin (1657-1673), il y en avait de bien plus belles sur papier, comme on peut le voir dans

déclive, vu la direction imprimée au membre; et on assistait bientôt, pour peu qu'on n'ait pas pratiqué l'incision préventive sus-rotulienne de Salleron, le drainage préventif, ou l'incision hâtive sus-rotulienne, on assistait à la diffusion du pus dans la région antérieure de la cuisse. A supposer même qu'on ait écarté le danger de la diffusion des liquides, on avait à combattre une suppuration synoviale persistante, la plaie restait ouverte, et les cartilages se nécrosaient.

Certains chirurgiens avaient fondé de grandes espérances, pour prévenir ces dangers, sur l'ablation de la rotule ou l'excision du cul-de-sac synovial sous-tricipital. L'expérience n'a pas confirmé l'importance attribuée à ces pratiques, qui ne sont pas d'un autre côté sans inconvénient. L'ablation de la rotule nuit à la vitalité de la manchette ou des lambeaux; prive le triceps d'une partie des insertions qui ultérieurement se soudent à la cicatrice; l'excision du cul-de-sac augmente le traumatisme, produit la dénudation du fémur, n'amène qu'imparfaitement le résultat désiré, et facilite, au contraire, la diffusion des liquides, lorsque la suppuration est un peu abondante.

Est-il possible aujourd'hui d'éviter cette suppuration ou d'en atténuer grandement les dangers? On peut répondre hardiment oui. C'est là un point que l'expérience a établi, au dire des chirurgiens allemands, pour la pratique même de la désarticulation du genou, et c'est l'application exacte des nouvelles méthodes de pansement qui a permis d'atteindre ce résultat.

Parmi ces modes de pansement, je n'hésiterais pas, pour ma part, à donner la préférence au pansement ouaté. Il applique exactement et mollement les surfaces correspondantes du cul-de-sac sous-tricipital et celles des diverticules latéraux; il obture exactement ces culs-de-sacs; remplit toutes les conditions d'un pansement de plaie articulaire (occlusion, compression légère et exacte, immobilité absolue et persistante); aussi me paraît-il constituer l'idéal du pansement de la désarticulation du genou, aussi bien dans la pratique civile que dans la pratique militaire. En seconde ligne seulement viendrait le pansement de Lister, combiné au drainage préventif du grand cul-de-sac synovial. Si j'étais forcé de recourir aux pansements ordinaires, j'aurais soin de les faire rares, d'assurer au membre dans leur intervalle l'immobilité la plus absolue; enfin j'oblitérerais péventivement le cul-de-sac sous-tricipital, en le traversant avec plusieurs fils doubles de dehors en dedans et en fixant les extrémités de ces fils à des bouts de sonde assez fortement attirés les uns vers les autres. Je me suis assuré sur le cadavre qu'on obtient, en agissant de la sorte, l'accolement complet des surfaces synoviales.

4° Arrivons maintenant à la dernière objection faite à la désarticulation du genou: à savoir qu'elle laisse comme résultat définitif un *moignon effilé* sur lequel le blessé ne peut prendre directement point d'appui.

On a avancé que la surface articulaire du fémur s'atrophiait plus ou moins longtemps après l'opération. Admettons que ce reproche soit justifié, il ne serait pas suffisant pour faire rejeter la désarticulation du genou. En effet, s'il en était réellement ainsi, les blessés qui auraient subi l'amputation dans l'article fémoro-tibial en seraient quittes pour marcher comme le font les amputés de cuisse, c'est-à-dire avec un cuissard à pilon. Mais ce reproche n'est pas du tout fondé. Velpeau et Baudens avaient déjà cité des faits qui prouvaient la possibilité pour les opérés d'utiliser un appareil prothétique sur lequel ils pouvaient appuyer directement. Les chirurgiens américains, qui pendant la guerre de sécession ont pratiqué souvent cette opération, et les mécaniciens chargés de la confection de leurs appareils, ont été unanimes à déclarer que « le moignon de cette amputation donne une base de sustentation de beaucoup préférable à celle de n'importe quelle amputation de cuisse ». *Leurs blessés appuyaient directement sur les condyles fémoraux.* Les faits d'Arlaud, de Markoë, cités par Spillmann, de Duplouy, de Langenbeck, de Scheede et de beaucoup d'autres, sont encore des plus démonstratifs. J'ai pu voir l'année dernière, dans le service du professeur Verneuil, un ancien sergent de la ligne que mon regretté collègue Pingaud avait amputé sur le champ de bataille de Gravelotte. Huit ans après l'opération, les condyles fémoraux avaient conservé leurs dimensions dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur; la cicatrice, reportée en arrière, dans l'espace intercondylien, était à l'abri des pressions directes de l'appareil. La rotule était, comme cela est habituel, élevée de 8 centimètres au-dessus du plan des condyles; la cuisse très-peu atrophiée, et ses mouvements d'extension et de flexion étaient très-étendus, et s'effectuaient avec force. Le blessé n'était venu à l'hôpital que pour faire changer un appareil imparfait. M. le professeur Verneuil garde précieusement le moule de son moignon.

Non-seulement la large surface du moignon fournit une base de sustentation étalée et solide, mais encore les insertions musculaires, conservées directement ou indirectement par l'intermédiaire de la cicatrice, rendent les appareils solidaires des mouvements de la cuisse. Or c'est là, comme l'a fait remarquer Spillmann, un précieux avantage.

En somme, la désarticulation du genou donne un résultat définitif des plus satisfaisants; infiniment supérieur au point de vue de la prothèse, c'est-à-dire des usages du membre à l'amputation de la cuisse; et si elle expose à quelques accidents (gangrène du lambeau, suppuration des parties molles), ces accidents peuvent être prévenus ou combattus par des manœuvres opératoires ou des soins consécutifs appropriés.

b. Il me reste maintenant à parler de la mortalité de la

---

la collection du Cabinet des estampes. Leur disposition générale était toute différente, et il y en avait une grande variété. Ces énormes gravures, composées de deux feuilles grand in-folio collées ensemble, sont souvent d'une richesse inouïe; ce qui ne doit pas étonner, si l'on considère qu'elles portent des noms de princes et de très-hauts personnages. Mais combien n'ont pu se donner ce luxe! Beaucoup de ces thèses de théologie, de philosophie, de droit, de médecine, surtout au commencement, n'avaient pour toute image que des armoiries plus ou moins historiées. Pour éviter des frais trop considérables, et avoir cependant de grandes thèses illustrées, on dut se borner, dès la fin du dix-septième siècle (voy. le premier volume des thèses du Cabinet des estampes), à imprimer la thèse dans un cadre fait d'avance, et à le surmonter d'une gravure ou d'un portrait qui ne s'accordait plus complètement avec lui. C'est de ce procédé qu'on s'est servi pour les thèses de chirurgie (1750-1763) dont j'ai à parler maintenant.

Les grandes thèses illustrées de théologie et de philosophie avaient perdu leur splendeur première; la mode, qui avait duré plus d'un siècle, était passée. « Dailleurs, dit M. Pouy (*Iconographie*, p. 21), le luxe des thèses historiées, comme toutes les dépenses somptuaires, fut défendu sous Louis XV; mais néanmoins cet usage continua d'exister. » La Faculté de médecine, qui a eu aussi ses thèses à image (cette étude sera faite à part), avait abandonné le format in-folio pour prendre définitivement l'in-4° en 1725, et par cela même presque cessé d'illustrer ses thèses.

En cette même année 1725, la communauté des chirurgiens de Saint-Côme, grâce à Georges Mareschal, premier chirurgien du roi, et à François de la Peyronie, qui avait cette charge en survivance depuis 1719, fut dotée de cinq démonstrateurs royaux. Bientôt une Académie de chirurgie fut fondée: première séance, le 18 décembre 1731. Les chirurgiens du collège de Saint-Côme en faisaient tous partie. Nouveau règlement en 1739. « Par la déclaration du 23 avril

désarticulation du genou dans la pratique civile et dans la pratique militaire.

Velpeau, sur 30 cas rassemblés par lui, a noté 10 morts; Malgaigne, 4 morts sur 4 cas; Pollock, sur 48 désarticulations de provenance anglaise, 12 morts; sur 45 cas de provenance américaine, 13 morts; Duplouy (de Rochefort), sur 4 cas, 1 mort; Beau, sur 3 cas, 1 mort; Arlaud et Drouet, sur 2 cas, 1 mort; Langenbeck (VIIe congrès des chirurgiens allemands), sur 10 cas, 2 morts (un des amputés avait déjà présenté les symptômes de l'infection purulente avant l'opération); Uhde, sur 12 cas, 1 à 2 morts: je prends 2 morts; Roser, sur 4 cas, 4 guérisons; ce qui donne un total de 162 cas avec 46 morts ou approximativement un quart de mortalité.

En Crimée, sur 68 amputés français, on n'a constaté que 6 guérisons; mais ces chiffres ne peuvent servir à juger cette opération, ils représentent le *maximum* de mortalité qu'on peut atteindre, quand on opère dans les conditions malheureuses, déplorables, dans lesquelles se sont trouvés nos anciens (blessés épuisés, mal nourris, mal installés, souffrant du froid, scorbutiques, souvent transportés et au loin, soignés par un personnel insuffisant, etc., etc.); et d'ailleurs, comme l'a fait remarquer Malgaigne, et *tout est là*, la mortalité de l'amputation de la cuisse a été plus considérable encore (1 succès seulement sur 12). A côté de nous les chirurgiens anglais, mieux partagés, sauvaient 3 blessés sur 7. Pendant la guerre d'Amérique, 132 amputations ont donné 64 morts et 52 guérisons; 3 amputations consécutives de la cuisse, 3 guérisons et 3 morts. Dans 10 cas le résultat resta indéterminé. Quant à la mortalité de l'amputation de la cuisse au tiers inférieur, sans qu'on en ait bien précisé le chiffre, « elle a été plus considérable ». (Circular n° 6.) Les chirurgiens américains ont de plus prouvé une donnée déjà avancée par Baudens, à savoir que les résultats sont plus satisfaisants encore lorsqu'il s'agit d'amputations primitives. 49 amputations primitives leur ont donné 31 guérisons et 16 morts, soit une mortalité de 34 pour 100 seulement.

Ainsi, dans la pratique civile cette opération donne une mortalité relativement faible, qui diminuera encore dans la suite, et qui en tout cas est inférieure à celle de l'amputation de la cuisse dans les condyles (1/6e, Andrews (de Chicago); en chirurgie d'armée, sa supériorité sur l'amputation de cuisse au tiers inférieur semble également bien démontrée.

Je terminerai cette étude par quelques mots relatifs aux meilleurs des modes opératoires et aux indications de l'opération.

Le lambeau antérieur est plus mal nourri que la manchette ou que les deux lambeaux. Il a de plus l'inconvénient de laisser des cicatrices latérales. Le lambeau postérieur charnu est lourd, difficile à maintenir; il s'engorge facilement, les vaisseaux de la circulation en retour se trouvant comprimés au niveau du coude qu'il présente à sa base. Ces procédés ne doivent être utilisés qu'à titre de procédés de nécessité. Le résultat que donne la manchette de Velpeau est des plus satisfaisants. La cicatrice est reportée en arrière, vers l'espace intercondylien, c'est-à-dire qu'elle est à l'abri des pressions directes; mais sa dissection est un peu laborieuse, et pour peu qu'on n'ait pas une certaine habitude de l'opération, on est exposé à trop dénuder la face profonde de la peau. C'est à la méthode ovalaire ou à la méthode à deux lambeaux qu'on accorde, et avec raison, la préférence. La dernière méthode est encore d'une exécution plus facile que la première. Toutes deux donnent une cicatrice excentrique, petite, froncée, reportée en arrière dans l'espace intercondylien, par conséquent surélevée et à l'abri des pressions de l'appareil prothétique.

Quand on s'adresse à la méthode ovalaire, la section passe en arrière à trois doigts au-dessous du pli du jarret, en avant à cinq doigts de l'article. Les lambeaux latéraux doivent avoir une longueur égale au rayon du membre, augmentée de 3 à 4 centimètres, pour tenir largement compte de la rétraction de la peau. Leur dissection permet d'atteindre rapidement le niveau de l'article. On coupe d'avant en arrière le tendon rotulien sous la pointe de la rotule; le ligament adipeux, d'arrière en avant avec l'instrument engagé transversalement en arrière de lui. Les ligaments latéraux sont sectionnés sur les faces latérales des condyles fémoraux, pour laisser les cartilages semi-lunaires adhérents au tibia; le ligament croisé antérieur est entamé sur l'épine tibiale antérieure; le postérieur, dans la dépression comprise entre les deux condyles tibiaux, après avoir contourné avec le couteau le condyle interne du tibia; et on termine par la section d'un petit lambeau postérieur de quelques centimètres dans l'épaisseur duquel on recherche la poplitée.

1° Les tumeurs des os de la jambe ou des parties molles, l'article restant intact; 2° les traumatismes graves de l'extrémité inférieure ou de la partie moyenne de la jambe, avec désordres tels que toute tentative rationnelle de conservation serait impossible; 3° les arrachements du pied, toujours compliqués de l'arrachement de la majeure partie des muscles de la jambe; 4° les ostéites étendues de l'extrémité supérieure du tibia incurables par d'autres moyens; 5° les ostéomyélites diffuses spontanées ou consécutives aux fractures; 6° les ostéomyélites consécutives aux amputations de la jambe, réclament dans la pratique civile l'amputation du membre dans l'article fémoro-tibial. En chirurgie d'armée: 1° les traumatismes de l'extrémité inférieure ou moyenne de la jambe, à tel point graves que les tentatives de conservation ne seraient pas justifiées; 2° l'ostéomyélite consécutive aux fractures, complication fréquente et bien souvent funeste

---

1743, on sépare entièrement l'exercice de la *barberie* du corps des chirurgiens, qui se trouvait avili par le mélange d'une profession si *inférieure*, et on ordonna qu'aucun de ceux qui se destinaient *à l'art de la chirurgie* ne pourrait à l'avenir être reçu maître, pour exercer cet art dans la bonne ville et faubourgs de Paris, s'il n'avait obtenu le grade de *maître ès arts* dans quelques-unes des Universités du royaume. » Enfin l'Académie royale de chirurgie, autorisée jusque-là, fut établie par lettres patentes le 2 juillet 1748. C'est alors que le Collège des chirurgiens de Paris songea à faire revivre pour lui le luxe des thèses illustrées ou à images. La thèse ou acte public qui conduisait à la maîtrise en chirurgie, et qui a été ordonnée par arrêt du Conseil du roi du 12 avril 1749, se composait de propositions d'anatomie et de chirurgie sur un sujet donné. Elle était imprimée officiellement dans le format in-4°; mais on pouvait ensuite la faire illustrer, c'est-à-dire l'imprimer de nouveau tout entière dans un grand cadre préparé d'avance, auquel on adaptait une gravure de mêmes dimensions, existant déjà, et que chacun choisissait à sa fantaisie. Une devise ou une dédicace placée au-dessous, dans la partie supérieure du cadre, suffisait à l'approprier à sa nouvelle destination.

Antoine Louis, le célèbre secrétaire de l'Académie de chirurgie, serait le premier qui aurait soutenu pareille thèse le 25 septembre 1749 (*primum renovati Collegii actum publicum propugnante, pro solemni cooptatione salubri chirurgorum parisiensium ordini*. Bibl. nat, t. VI, 313), après avoir fini ses six années d'exercice dans l'hôpital de la Salpêtrière, où il avait servi comme chirurgien gagnant maîtrise. Viennent ensuite (Bibl. nat, t. VII, 162): François Frogier, 14 novembre; Etienne Recolin, 22 novembre; Antoine Deleuze, 24 novembre; Joseph de Villeneuve, 4 décembre; René-Michel Péan, 5 décembre; J.-B. Cassaing, 6 décembre; Jean-Pierre Pujol, 11 décembre; Jacques Daran, 13 décembre; Léonard Georget, 18 décembre; Jacques Bayart, 19 décembre; P. Léonard de Marlat, 20 décembre; Jean Cluseau, 22 décembre;

des fractures par coups de feu; 3° l'ostéomyélite consécutive aux amputations, peuvent imposer au chirurgien militaire la nécessité de pratiquer la désarticulation fémoro-tibiale.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Traitement du cancroïde par le chlorate de potasse.

Dans la séance du 8 octobre 1879, de la Société thérapeutique, M. le docteur Féréol a cité trois cas de guérison du cancroïde des lèvres par l'application du chlorate de potasse. Seulement, un cas a récidivé au bout de cinq ans.

La connaissance de ces faits m'a remis en mémoire un cas qu'il peut être intéressant de rapporter. Le voici :

M. de B..., intendant militaire en retraite, vint me consulter, il y a plusieurs années, pour une affection de la lèvre inférieure, qui l'inquiétait, et dans laquelle je crus reconnaître un cancroïde. Je lui déclarai que cette affection était de la compétence d'un chirurgien; et il fut convenu que nous irions consulter le professeur Nélaton qui, après avoir examiné avec soin la petite tumeur, fut de mon avis, et proposa au malade de l'enlever, non pas avec le bistouri, mais avec un caustique qui détruirait plus profondément les tissus.

M. de B... accepta, mais demanda, s'il n'y avait aucun inconvénient, un délai d'une quinzaine de jours, pour aller régler quelques affaires à la campagne. Ce délai lui fut accordé.

L'idée me vint de conseiller à M. de B... d'employer le temps qu'il avait devant lui à faire un petit traitement qui, peut-être, produirait une amélioration dans l'état de sa lèvre. Ce traitement consistait dans l'application d'un collutoire, composé de miel rosat et de chlorate de potasse, plusieurs fois par jour, avec le soin de la recouvrir d'un linge fin, pour empêcher le contact des lèvres.

Avant l'expiration de la quinzaine qui avait été fixée pour limite au jour de l'opération, une modification telle se produisit, que cette opération n'eut pas lieu. La tumeur disparut complètement, et n'a jamais reparu sur la lèvre de M. de B..., qui est âgé aujourd'hui de quatre-vingt-dix ans, et jouit d'une parfaite santé. En voyant le remède héroïque qu'avait proposé Nélaton, on ne peut pas douter de la gravité de son diagnostic.

Si vous jugez à propos d'ajouter ce fait à ceux de M. Féréol, je vous en serai reconnaissant.

Votre tout dévoué confrère,

Dr Tournié.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Réflexions critiques sur les expériences concernant la chaleur humaine. Note de M. *Hirn*. — L'auteur, après avoir rappelé que, il y a vingt-deux ans, il a établi par des expériences sur la *chaleur vitale* qu'il y a un *déficit* de chaleur quand la personne soumise à l'expérience exécute un travail *positif*, et un *bénéfice* de chaleur quand elle rend un travail négatif, quand elle exécute la marche descendante au lieu de la marche ascendante, rappelle le passage suivant d'une lettre adressée par M. Herzen, chargé du cours de physiologie à l'université de Florence.

Le *processus* de la contraction musculaire est *absolument le même*, que le muscle se contracte pour soutenir un poids sans aucun mouvement, ou qu'il se contracte un peu moins énergiquement, à la suite de quoi le poids descendra, ou qu'il se contracte un peu plus énergiquement, à la suite de quoi le poids montera. Entre ces trois cas, il n'y a pour le muscle qu'une seule différence, une légère différence d'*intensité* de la contraction qu'il exécute, et nullement une différence de *nature* du travail physiologique qu'il accomplit. L'élément *contraction musculaire* est un élément constant dans les trois cas, toujours présent, quoique plus ou moins considérable selon les cas. Or, si l'on admet que la contraction musculaire absorbe, pour se produire, une certaine quantité de chaleur, on aurait dans les trois cas un *déficit constant*, qui viendrait augmenter le déficit causé par un travail mécanique positif et diminuer le surplus dû à un travail mécanique négatif.

Cette interprétation, parfaitement légitime chez un physiologiste, dit M. Hirn, rend, en effet, compte de l'espèce de bizarrerie des rapports fournis par mes essais; mais elle ne saurait être admise en physique mécanique. Il en résulterait, en effet, qu'une personne, enfermée dans le calorimètre et ne produisant absolument aucun travail en dehors de l'instrument, consommerait une partie de la chaleur disponible, non-seulement en montant et en descendant alternativement d'une même hauteur, mais même en restant *immobile* et en soutenant seulement un poids à une position *constante*. Un tel fait, si par impossible il se vérifiait, constituerait la négation la plus absolue du principe de l'équivalence des forces.

Microscopie. — M. *F.-G. Fairfield* soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur un microscope d'une grande puissance. (Commissaires : MM. Robin, Desains.)

Extirpation de l'utérus. — M. *Queirel* demande l'ouverture d'un pli cacheté, déposé par lui le 8 octobre 1876, etc., relatif à l'opération césarienne et à l'ablation totale de l'uté-

Bonaventure Fournier, 14 mai 1750; *Toussaint Bordenave*, 2 juillet; Jean-Charles Duval, 7 juillet; Claude Pipelet, 11 juillet; *Pierre-Vincent Brassant*, 3 août; Jean Bordelin, 13 août; *François-Michel Disdier*, 25 septembre; Joseph Lagonelle, 3 octobre; *Louis-Joseph de la Roche*, 30 novembre; *Jacques Mothereau*, 24 décembre; *Antoine-Toussaint Amy*, 16 janvier 1751; *Ch.-Toussaint Vermond*, 31 juillet; *Jean-Joseph Sue*, 7 août; Jean Pelletan, 24 septembre; *Pierre Fabre*, 30 octobre; *Jean Séréis*, 13 novembre; *Claude-Gabriel Bertrand*, 31 décembre; *Honoré Gabon*, 20 mai 1752; *Raphaël-Bienvenu Sabatier*, 30 mai; *P.-Barthelemot Sorbier*, 15 juillet; *Bertrand Try*, 14 août; *Claude-Antoine Cadet*, 18 août; *Gaspard Thevenot*, 19 septembre; *Louis-François Busnel*, 22 septembre; *Antoine Tournay*, 25 septembre; *Jacques Bérard*, 3 octobre; *J.-B. Dupuid*, 17 octobre; *Pierre Brasdor*, 30 octobre; *Jean-Bertrand Sougue*, 17 février 1753; *G.-E.-Marie Ruffel*, 10 juillet; *Antoine-Guillaume Lachaud*, 27 juillet; *Steph.-Pierre Lelaumier*, 30 juillet; *J.-P. Ledoux*, 3 août; *A. Rousseau Duvigneau*, 4 août; *Isaac Goursaud*, 13 août; R. Braillet, 27 août; *Nic.-Louis Berthe*, 28 septembre (dédicace); *J.-B. Loustauneau*, 2 octobre; *Fr.-Dom. Lesne*, 24 novembre; *An.-J. Lagrave*, 29 décembre; *Ch.-Gabriel Hélie*, 31 décembre; *Fr. Gayat*, 28 juin 1754 (dédicace); *J.-B. Louis-Pierre Dumont*, 22 juillet; *J.-B. Masquilier*, 26 juillet; *J.-B. de Penne*, 19 août; *Jean-Thomas Vermond*, 10 septembre; *G. Osmont*, 20 septembre; *J.-Fr. Coquerel*, 31 décembre; *P.-J. de Livernette*, 8 avril 1755; *Fr.-Henri Dubois*, 11 avril; *Ed.-Ant. Malot*, 28 juillet (dédicace); *Laurent Herardin*, 13 septembre; *J.-P.-Arnolfe Chaupin*, 15 septembre; *J.-B.-Honoré Bourgarel*, 15 novembre; *Pierre Thomas*, 16 décembre; *Jean Lebas*, 26 janvier 1756; *Nicolas Flambe*, 17 mai; *Jean Bellay*, 30 octobre; *Jacques-René Tenon*, 14 janvier 1757; *Pierre-Etienne Lemaire*, 15 mars (dédicace à la mémoire de Lapeyronie); *G. Picqué*, 30 juillet; *Th. Coste*, 2 septembre; *Jacques-Henri Daviel*, 3 septembre; *J. Gueret*, 22 octobre; *Fr. Pipelet*, 31 décembre; *Cl. Bertho-*

rus. Ce pli, ouvert en séance par M. le Secrétaire perpétuel, est renvoyé à la section de médecine et chirurgie.

Sur la transmissibilité de la rage de l'homme au lapin. Note de M. *Maurice Raynaud*. — Dans la séance du 25 août dernier, M. Galtier a communiqué à l'Académie des sciences le résultat d'intéressantes recherches sur la transmission de la rage *du chien* au lapin. M. Maurice Raynaud ayant reçu dans son service, à l'hôpital Lariboisière, un homme atteint de rage, a fait des expériences d'inoculation avec le sang et avec la salive.

Avec le sang, résultat négatif. Le lapin inoculé n'a pas cessé jusqu'ici de se bien porter. C'était à prévoir, car il en a été de même dans l'immense majorité des tentatives faites précédemment avec le sang d'animaux enragés, y compris les expériences de transfusion. Avec la salive, résultat positif. Sur un lapin, ce liquide a été inoculé, le 11 octobre, à l'oreille et dans le tissu cellulaire sous-cutané du ventre. Le 15, cet animal était pris d'une sorte d'accès de fureur, se démenait, en proie à la plus vive agitation, dans sa cabane, dont il heurtait les parois en poussant des cris violents et en rejetant de la bave par la bouche; puis il tombait dans le collapsus et succombait la nuit suivante. Le malade mourut le lendemain; on recueillit les deux glandes sous-maxillaires séparément. Des fragments de la glande droite ont été introduits sous la peau d'un lapin; de même, des fragments de la glande gauche sous la peau d'un autre lapin. Les deux lapins de cette seconde série ont rapidement succombé, l'un le cinquième jour, l'autre le sixième. Tous deux étaient déjà visiblement malades dès le troisième jour après l'inoculation. On n'a remarqué ni chez l'un ni chez l'autre de stade de fureur; chez tous deux, le phénomène prédominant et bien caractéristique a été la paraplégie. A l'autopsie, il n'a été trouvé que des lésions asphyxiques allant, chez l'un de ces animaux, jusqu'à l'apoplexie pulmonaire.

Recherches sur le daltonisme. Note de MM. *J. Macé* et *W. Nicati*. (Voy. le dernier numéro de la *Gazette hebdomadatre*, aux *Travaux originaux*.)

Sur l'origine des propriétés toxiques du curare des Indiens. Note de MM. *Couty* et *de Lacerda*. — Les recherches des auteurs conduisent aux conclusions suivantes :

Parmi les divers sucs végétaux ou animaux le plus souvent surajoutés par les Indiens au produit des lianes strychnos, aucun ne possède les propriétés du curare, pas même ceux qui, comme le *Cocculus*, le venin, paraissent agir, dans certaines conditions, sur l'excitabilité du nerf moteur périphérique. On pourrait penser, en présence des résultats négatifs obtenus avec ces substances accessoires, et les résultats positifs fournis par le *Strychnos triplinervia*, que le curare des Indiens tire aussi ses propriétés toxiques d'un strychnos, et des lianes diverses de cette famille qui entrent constamment dans sa composition. Mais cette conclusion, les auteurs n'ont pu l'établir directement, au moins pour une des espèces de strychnos employées par les tribus les plus importantes, entre autres les Tecunas, c'est-à-dire pour le *Strychnos castelnææ* (Weddel). Leurs expériences, jointes à celles qui avaient été faites depuis plusieurs mois par l'un d'eux, établissent que ce *Strychnos castelnææ*, comme le *triplinervia*, suffit à fournir un curare actif et complet; et sur deux chiens ils ont pu suivre toutes les phases primitives de la curarisation, et après l'arrêt de la respiration spontanée ils ont constaté, avec le kymographe, la persistance des fonctions circulatoires, des réflexes vasculaires et de l'excitabilité du pneumogastrique.

Recherches expérimentales sur la chaleur de l'homem pendant le repos au lit. Note de M. *L.-A. Bonnal*. — Les expériences de l'auteur, au nombre de plus de mille, l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Les variations de température de l'air extérieur influencent d'une manière très-appréciable la chaleur d'un sujet placé dans un appartement, bien que la température de ce dernier n'ait pas varié. L'action du milieu ambiant se borne à modifier la température périphérique du corps.

2° En toute saison, le *minimum* de la température s'observe entre minuit et trois heures du matin (à Nice, ce minimum, en hiver, est rarement inférieur à 36°,3). En automne, à Paris et à Millau, après que la température nocturne se fut abaissée pendant plusieurs jours jusqu'à zéro, j'ai trouvé un minimum de 36°,05. En été, lorsque la température est élevée depuis plusieurs jours, le minimum est, en général, de 36°,4 à 36°,5. L'abaissement nocturne ne se produit pas d'une manière aussi nette si, au lieu d'être au lit, on reste assis à lire ou à écrire.

3° A partir de trois heures du matin, la température s'élève constamment jusqu'à neuf heures du matin, où elle atteint 36°,7; et 36°,9 en hiver; et 36°,9 ou 37°,35 en été, alors même qu'à huit heures il n'y aurait eu que 36°,3, ainsi que je l'ai constaté en automne, à Paris, la température nocturne s'étant rapprochée de zéro.

4° En toute saison, le *maximum* se trouve entre deux et quatre heures du soir. En été, cependant, quand la température atmosphérique est très-élevée depuis une ou deux semaines, l'apparition du maximum peut être reculée jusqu'à huit heures du soir.

5° En hiver, de neuf heures du matin à neuf heures du soir, les variations de la température ne dépassent pas 3/10 ou 4/10 de degré centigrade. En été, dans la même période, le chiffre de l'oscillation peut atteindre 6/10 de degré.

6° A neuf heures du soir, la température est, en général, de 36°,7, 36°,9 en hiver, et de 37°, 37°,5 en été.

7° A partir de neuf heures du soir, la température s'abaisse lentement jusqu'à ce qu'elle ait atteint le minimum. Cependant, vers minuit, l'abaissement est ordinairement très-rapide, surtout quand la température de l'air extérieur est basse.

---

let, 25 mars 1758; *René Camus*, 23 juin; *Cl.-Fr. Garre*, 14 octobre; *J.-Fr. Lataste*, 27 novembre (dédicace); *Fr.-Ange Deleurye*, 30 décembre; *Fr. Poyet*, 31 août 1759; *Pierre Cosson*, 7 septembre; *J.-Claude Mertrud*, 8 octobre; *P.-Denis Martin*, 13 octobre; *Pierre Dejean*, 26 janvier 1760; *Cl.-Guill. Beaupreau*, 12 juillet; *G.-L. Piet*, 12 septembre (dédicace); *Ant.-Martin Gilles*, 30 septembre; *J.-B. de Cheverry*, 17 octobre; *F.-G. Levacher*, 13 décembre.

Deuxième volume : *Léonard Bonnand*, 17 janvier 1761; *Jean Picquet*, 24 juillet; *J.-Fr. Debalz*, 14 août; *F. Rojare*, 10 octobre; Fr. de Trussy, 19 octobre; *Nic. Leger*, 24 octobre; *Fr. Sautereau*, 17 avril 1762; *Ant.-L. Joseph Mojault*, 28 août; *Claude Dupont*, 24 septembre; *G.-P. Frigard*, 16 octobre; *J. Debauve*, 24 octobre; *Louis-Benoist Cervenon*, 20 novembre; *Louis-Ant. Valentin*, 26 févricr 1763; *P.-M. Allonel*, 8 juillet; *J.-B. Guill. Ferrand*, 9 juillet; *L. Coste*, 23 juillet; *Pierre Dufouart*, 13 août; *Pierre Sue*, 17 septembre; *Ant. Destremeau*, 24 septembre; *P. Capdeville*, 26 novembre; *N. Fromont*, 24 décembre, etc. Les thèses de chirurgie ont duré ainsi jusqu'au 4 juin 1785, *Guillaume Burard*. (Voy. *Dissertationes chirurgicæ parisienses*, qui commencent par Goursaud (13 août 1753), 2 *volumes in-4°*. *Bibliothèque de l'Ecole de médecine*.) Tous ceux dont le nom est écrit en italique ont leur thèse dans la collection in-4° de Pierre Sue, qui finit le 4 septembre 1773 (*Thesium in Collegio chirurgiæ parisino propugnatarum collectio, ex dono Petri Sue, antiquo ejusdem collegii præposito et quæstore. 2 volumes in-4°*). La première est d'Antoine Louis; la deuxième, de Bonaventure Fournier; la troisième, de Toussaint Bordenave; la quatrième, de Pierre-Vincent Brassant; la cinquième, de François-Michel Disdier; la sixième, de Louis-Joseph de la Roche, etc. Toutes sont sur le même modèle in-quarto et en latin. Celle de Louis, par exemple : au-dessous d'un petit frontispice : « D. O. M. et le titre, Positiones anatomicæ et chirurgicæ. » Puis la thèse divisée en deux parties : « ex anatomia, ex chirurgia. » Elle a pour sujet

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. *Caventou*, nommé trésorier de l'Académie à la dernière séance. L'honorable membre, retenu loin de Paris par un deuil récent, remercie ses collègues du témoignage de bienveillante sympathie qu'ils lui ont accordé. — 2° Des lettres de candidature de M. *Polaillon*, pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie; de M. *Alfred Fournier*, à la place vacante dans la section de pathologie médicale. — 3° M. le docteur *Demeaux*, médecin à Puy-l'Évêque (Lot), fait connaître un cas d'empoisonnement par les champignons : cinq personnes, qui avaient mangé des champignons le soir, sont mortes dans la nuit. M. Demeaux a recueilli des champignons analogues, qu'il envoie à l'Académie, dans un flacon, afin qu'on puisse les soumettre à l'analyse chimique et toxicologique. (Renvoyé à l'examen de MM. Chatin et Vulpian.)

M. *Béclard* présente, au nom de M. le docteur *Defresne*, un mémoire *sur la digestion*.

M. *Legouest* dépose sur le bureau le compte rendu du congrès médical des armées en campagne, tenu à Paris en 1878.

M. *Tarnier* dépose sur le bureau, au nom de M. *de Sinéty*, un *Manuel de gynécologie*.

M. *J. Guérin* présente, au nom de M. le docteur *Masse*, un ouvrage intitulé : *De l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations*.

M. *Maurice Raynaud* dépose sur le bureau une note *sur la transmissibilité de la rage de l'homme aux animaux*. (Voy. p. 717.)

NÉCROLOGIE. — M. *le Président* annonce à l'Académie la mort de M. *Boutron*, qui appartenait à la compagnie depuis 1824.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS. — La présentation d'une seringue à injections intra-utérines et interstitielles, présentée dans une séance précédente par M. *Tarnier*, au nom de M. *Delore* (de Lyon), ayant donné lieu à une réclamation de priorité de la part de M. Aubry, M. Larrey demande que ses collègues soient toujours excessivement sobres dans la présentation des instruments, afin d'éviter les réclamations de toute sorte que ne manquent pas de faire les fabricants.

SPHYGMOGRAPHE DE MAREY. — M. *A. Broudel*, médecin de la marine, vient d'apporter une deuxième modification au sphygmographe de M. Marey. Cette modification, véritable changement de principe, consiste essentiellement dans la suppression du ressort artériel qui est remplacé par un levier inerte, n'obéissant par suite qu'à la pesanteur, et suivant passivement les mouvements de l'artère; un petit levier mobile et gradué adapté en arrière du levier artériel, permet de faire varier la pression au moyen de curseurs dont le poids est connu, et de l'évaluer en grammes. Les avantages sont les suivants : pas de pression élastique, délicatesse très-grande des tracés qui montrent dans le pouls des éléments nouveaux; possibilité de supprimer les liens; évaluation en grammes de la pression exercée sur l'artère et de la tension *relative* du sang; application facile de l'appareil; longueur très-grande des tracés qui peuvent être pris avec n'importe quelle encre.

— L'auteur est arrivé aux résultats suivants : Le pouls normal est polycrote, et peut se décomposer en plusieurs éléments dont les variations relatives donnent toutes les formes de pouls pathologiques où n'entre aucun élément nouveau; le plateau athéromateux n'existe pas (tricrotisme très-accentué); enfin la lecture des tracés permet d'apprécier très-justement l'état d'innervation de la circulation générale, renseignement précieux pour la physiologie, la pathologie et la thérapeutique.

ÉTIOLOGIE DE LA MYOPIE. — M. le docteur *Javal* communique une note sur le rôle que joue le mauvais éclairage des salles d'école sur la production de la myopie.

DES MANIFESTATIONS CUTANÉES DE LA LYMPHADÉNIE. — M. le docteur *Paul Fabre*, médecin des mines de Commentry, communique une note sur cette affection à propos d'un cas de mycosis fongoïde. Cette maladie, heureusement si rare, que Bazin, en 1876, disait n'en connaître que 11 cas dans la science, se caractérise autant, sinon plus, par l'étrangeté de sa marche que par la nature de ses lésions.

D'une durée habituellement longue, puisque cette affection met généralement plusieurs années à parcourir les diverses phases de son évolution, elle a toujours jusqu'ici abouti à une terminaison fatale, à l'exception d'un seul cas terminé par la guérison.

On peut, dans la succession des symptômes de cette singulière maladie, reconnaître quatre périodes, quelquefois bien distinctes, mais le plus souvent empiétant l'une sur l'autre:

1° Une période initiale caractérisée par l'apparition sur la peau, en poussées successives, de taches congestives, simulant l'urticaire ou l'érythème papuleux, ou encore de l'eczéma au début de l'éruption.

2° Une période lichénoïde présentant des papules persistantes à démangeaisons très-vives accompagnées d'insomnie.

3° Une période de transition dans laquelle l'éruption de lichen coïncide avec la présence de plaques indurées d'un rouge brun, puis enfin avec l'apparition des premières tumeurs néoplasiques, parfois aussi avec l'engorgement des ganglions lymphatiques.

4° Enfin, une période de cachexie; alors les tumeurs mycosiques se multiplient, s'ulcèrent à la surface, se mettent à suinter; quelques-unes s'affaissent, disparaissent même, mais il s'en produit de nouvelles. Une diarrhée colliquative, une anémie globulaire de plus en plus marquée, quelquefois de la leucocythémie, un affaiblissement progressif, souvent de la fièvre, tels sont les symptômes précurseurs les plus habituels de la mort qui vient terminer la scène.

Depuis les travaux du docteur Gillot et du docteur Demange, appuyés sur les examens microscopiques du professeur Ranvier, on s'accorde à considérer les tumeurs du

---

les plaies de tête. A la fin, selon la formule habituelle : « *Has positiones, Deo favente, et præside* M. Salvatore Morand, artium et chirurgiæ magistro, e regiis scientiarum parisiensi et londinensi academiis, etc., regio librorum censore, militarium nosocomiorum inspectore generali, regiæ chirurg. academ. olim secretario et directore, *tueri conabitur* Antonius Louis, mutensis (de Metz), artium magister Mussipontanus (de Pont-à-Mousson), regiæ chir. acad. Socius et nosocomii generalis parisiensis in domo dicta la Salpêtrière, chirurgus præcipuus. *Parisiis, in regiis chirurgorum scholis.* Die jovis 25ª septembris *a sesqui secunda post meridiem ad septimam.* Anno domini 1749. PRO ACTU PUBLICO ET SOLEMNI COOPTATIONE.

On ne sait pas si cette thèse de Louis, qui a eu au moins deux éditions avec un frontispice différent, a été historiée, c'est-à-dire tirée sur une seule feuille dans un grand cadre illustré et surmonté d'une gravure.

(*A suivre.*) Dr TURNER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Cette Société reprendra ses séances le lundi 10 novembre prochain, à trois heures précises, au Palais de Justice (salle d'audience de la cinquième chambre du tribunal civil. Entrée par le boulevard du Palais).

La Société reçoit toutes les communications qui lui sont adressées, et elle admet même les personnes qui lui sont étrangères à faire des lectures en séance sur les questions afférentes à l'objet de ses études. Elle donne des consultations détaillées et motivées sur tous les cas particuliers de médecine légale qui sont soumis à son examen, à la seule condition qu'on lui communique tous les documents de l'affaire à propos de laquelle on la consulte.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. Tixier, professeur d'histoire naturelle, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'anatomie à ladite Ecole. M. Lamotte, professeur de pharmacie et matière médicale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'histoire naturelle. M. Rocher, suppléant pour les chaires de chimie et de sciences accessoires, est chargé du cours de pharmacie et matière médicale.

mycosis comme étant de la nature des ganglions lymphatiques. Mais jusqu'ici ces recherches n'ont trait qu'aux productions de la dernière période de la maladie. Il reste à mieux éclairer la nature de l'ensemble de l'affection et à en découvrir la pathogénie.

Dans le cas dont il donne l'observation, l'auteur a noté comme élément étiologique les conditions malsaines d'une habitation humide, mal éclairée, étroite, pendant de longues années.

Enfin, M. Fabre fait remarquer la coexistence chez son malade d'un affaiblissement de la mémoire et des autres facultés intellectuelles, affaiblissement qui avait déjà débuté plusieurs années avant l'explosion du mycosis fongoïde.

De l'analgésie thérapeutique locale déterminée par l'irritation de la région similaire du côté opposé du corps. — M. *Dumontpallier* lit un mémoire sur ce sujet. Il résulte de cette communication qu'une douleur siégeant en un point du corps cède à une injection d'eau simple (qui produit, comme on le sait, une irritation locale) sur un point similaire du côté opposé.

« Dans les névralgies de siège et de nature divers, dans le rhumatisme articulaire aigu, dans les névralgies rhumatismales ou toxiques, je demandais aux malades de marquer avec le doigt les points douloureux; cela fait, je cherchais les points similaires du côté opposé du corps, et au niveau de ces derniers points, non douloureux le plus souvent, je pratiquais des injections d'eau ordinaire ou de simple piqûres. Aussitôt l'irritation produite du côté sain, les malades accusaient un soulagement et souvent une cessation complète de la douleur du côté malade, et, cela, je le répète, dans des cas d'arthrite rhumatismale aiguë. J'ai fait choix de ce dernier exemple pour la démonstration, parce que l'on ne pouvait guère en ce cas être trompé par les malades: l'articulation étant rouge, tuméfiée, chaude, douloureuse à la palpation et au moindre mouvement. *Aussitôt* la petite opération terminée, les malades sentaient que la douleur diminuait, disparaissait, et ils pouvaient imprimer à la jointure des mouvements de flexion et d'extension. « La douleur n'existe plus, disaient-ils, « et si je ne remue pas davantage ma jointure, c'est qu'elle « est gonflée, mais je ne souffre plus. »

Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes:

1° Toute injection sous-cutanée médicamenteuse est une opération complexe, dans laquelle il convient de faire la part du médicament et la part de l'irritation locale.

2° L'irritation locale est transmise de la périphérie aux centres sensitifs, et détermine dans ces centres une modification dont la conséquence est la cessation ou la diminution de la douleur périphérique.

3° Le siège réel, anatomique, de certaines douleurs périphériques serait donc dans les centres sensitifs. Cette assertion nous semble démontrée par l'action croisée de l'irritation périphérique provoquée.

4° L'irritation provoquée *loco dolenti*, ou dans le voisinage du point douloureux, calme ou fait cesser la douleur. De plus, lorsque l'irritation est pratiquée en des points symétriques, sur le côté du corps opposé au siège de la douleur, cette irritation suffit souvent pour déterminer la cessation complète et durable de la douleur. (Renvoyé à la section de thérapeutique.)

Charbon et virulence. — M. *Colin* donne lecture d'un mémoire sur la durée de la conservation du pouvoir virulent des cadavres et des débris cadavériques charbonneux.

Voici les conclusions de l'auteur:

1° La virulence charbonneuse attachée aux liquides et aux tissus est une propriété éphémère qui s'éteint avec plus ou moins de rapidité mais sûrement dans le sang, la lymphe, les sérosités, le tissu des organes, les dilutions étendues ou concentrées, en un mot les solides ou les liquides s'altérant d'eux-mêmes ou soumis à la dessiccation, à l'ébullition, à l'action de l'alcool, des acides, etc.

2° Cette virulence met à disparaînre, en moyenne, trois, quatre, cinq jours dans le sang et la plupart des organes, au plus huit, dix, douze jours lorsque les liquides ou les cadavres sont maintenus à une basse température, et séparés des parties très-putrescibles.

3° L'extinction de cette propriété n'est pas un fait exceptionnel, mais un fait constant prouvé par la stérilité des inoculations de tous les produits charbonneux dont la putréfaction s'est emparée, ou qui ont été modifiés d'une manière quelconque par des agents énergiques.

Les nombreuses circonstances dans lesquelles s'éteint la virulence charbonneuse une fois précisées, on se demande comment les cadavres et leurs produits pourraient, pendant et après leur décomposition, devenir le point de départ du charbon qui sévit sous les formes sporadique ou épizootique sur la Beauce, la Brie, les montagnes d'Auvergne, et une foule d'autres localités. Si, par une exception bizarre, la putréfaction laissait au cadavre enfoui la virulence dont elle le dépouille dans toutes les autres conditions; si la bactéridie était la cause de la virulence; si cette bactéridie pouvait vivre, se multiplier ou se cultiver dans le sol comme dans l'organisme, la question de l'étiologie du charbon se débrouillerait comme par enchantement. Ce qu'il faut donc tenter maintenant, c'est de produire des maladies charbonneuses en inoculant la terre qui touche aux cadavres putréfiés, les eaux des mares et des fossés, celles qui lavent le sol, les engrais et les plantes des pays dans lesquels ces maladies se développent spontanément.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Ulcérations consécutives à des pustules de vaccine chez un enfant mal portant: M. Constantin Paul. — Kyste hydatique suppuré du foie; opération et guérison: M. Gérin-Roze. — Appareil pour injections hypodermiques: M. Damaschino. — Maladie d'Addison: M. Bucquoy. — Recherches sur les hémianesthésies et leur traitement par les aimants: M. Debove.

M. *Constantin Paul* présente un enfant chez lequel les pustules de vaccine ont laissé depuis trois mois des ulcérations persistantes. Cet enfant, âgé de six ans et demi, a été vacciné au mois de juillet dernier, en même temps que sa sœur âgée de six mois. Tandis que, chez celle-ci, l'évolution était normale, chez le petit garçon les pustules n'ont pas séché et se sont transformées en ulcérations.

A quoi rattacher cette anomalie? La durée de l'incubation, l'immunité des ganglions axillaires, l'absence d'accidents secondaires, éloignent toute idée de syphilis. Les ulcérations sont, selon toute apparence, de nature scrofuleuse. Bien que l'enfant ne porte pas de signes caractéristiques de scrofule, son teint blême, sa tête énorme, sa constitution étiolée, indiquent tout au moins un lymphatisme exagéré. Il s'agit donc chez lui de pustules d'ecthyma consécutives aux pustules de vaccine.

— Le malade présenté par M. *Gérin-Roze* est un jeune homme de dix-neuf ans. Il était en traitement depuis cinq ans et avait subi plusieurs ponctions. Il y a six mois, son kyste s'était ouvert dans la poitrine et donnait lieu, depuis cette époque, à une série de vomiques renouvelées tous les dix ou quinze jours et représentant chacune plusieurs verres de liquide purulent. M. Gérin-Roze pratiqua d'abord une ponction, et retira environ 300 grammes de pus, mais, en présence de l'insuffisance de ce moyen, il se décida à ouvrir largement la poche; l'incision donna issue à un flot de pus et à une masse énorme de membranes. Aujourd'hui, deux mois après l'opération, la plaie est cicatrisée; le malade a repris sa force et son embonpoint.

— M. *Damaschino* présente, au nom de M. *Bay*, un appareil pour injections hypodermiques. Cet appareil consiste en un corps de pompe plongeant dans le flacon qui contient la solution titrée; la tige du piston est graduée de telle sorte que chaque division représente 10 centigrammes de liquide; une disposition particulière de soupapes permet au liquide de passer du flacon dans le corps de pompe et de celui-ci dans un tube de caoutchouc à l'extrémité duquel est adapté le trocart.

Cet instrument a un double avantage; d'une part, il permet de pratiquer coup sur coup, sans perte de temps, un grand nombre d'injections, et à ce point de vue il sera utile dans les services d'hôpitaux; d'autre part, l'adaptation exacte du corps de pompe au flacon soustrait le liquide au contact de l'air, s'oppose à son évaporation et prévient ainsi le développement des microphytes et la production des cristaux dont la présence dans le liquide injecté est la cause habituelle des abcès consécutifs aux injections.

— M. *Bucquoy* présente un jeune homme de dix-neuf ans offrant au plus haut degré les caractères pigmentaires de la maladie d'Addison. Le début remonte à une dizaine d'années; antérieurement le malade avait la peau parfaitement blanche; on n'a observé dans sa famille aucun cas de pigmentation cutanée. La pigmentation a commencé par le nez, le pourtour des lèvres, la peau de la verge; puis elle s'est généralisée, en conservant au niveau des points initiaux son maximum d'intensité. Depuis un mois elle s'est notablement prononcée et aujourd'hui le malade présente sur tout son corps une coloration bistrée de la peau qui, dit M. Bucquoy, lui donne presque l'aspect d'un nègre. La pigmentation s'observe sur les muqueuses au même degré que sur la peau, ainsi qu'on peut le constater aux lèvres, à la voûte palatine, à la face interne des joues, à la conjonctive. Jusqu'à ces derniers temps, la santé générale ne semble pas avoir sérieusement souffert.

Mais, depuis un mois la santé s'est notablement altérée : diarrhée habituelle, quelques vomissements, amaigrissement rapide, diminution des forces; le malade se cachectise. En même temps, la pigmentation augmente considérablement depuis une quinzaine et le malade éprouve des douleurs lombaires qu'on peut rapporter à une lésion de la capsule surrénale droite.

— M. *Debove* rappelle brièvement les faits déjà publiés sur les relations de l'hémianesthésie avec l'hémiplégie, et sur leur guérison par l'application des aimants. Dans tous ces faits, il n'est question que de l'hémianesthésie et de l'influence des aimants sur le retour de la sensibilité. Aucun des observateurs ne fait mention de l'influence des aimants sur la motilité, et M. Debove lui-même dans une précédente communication n'a pas cru devoir aborder cette question avant d'avoir recueilli d'autres faits à l'appui de ce qu'il avait constaté une première fois. Ces faits, il les possède aujourd'hui, et ce sont eux qu'il vient communiquer à la Société. Dans toutes ses observations, M. Debove a déterminé avec soin l'état de la motilité; il est en mesure d'affirmer que l'influence des aimants s'exerce sur l'hémiplégie en même temps et au même degré que sur l'hémianesthésie. L'auteur revient avec détails sur l'observation communiquée antérieurement par lui à la Société, et en cite cinq autres, dont trois peuvent se résumer comme suit:

1° Il s'agit d'un homme ayant eu à plusieurs reprises des attaques épileptiques, tombé sur la voie publique et amené dans le service de M. Debove. Il présente une hémianesthésie avec hémiplégie complète. Une application d'aimant fait disparaître non-seulement l'hémianesthésie, mais aussi l'hémiplégie. Le malade quitte l'hôpital le lendemain, boîtant un peu, il est vrai, mais pouvant marcher sans appui et ayant recouvré toute la force de son bras.

2° Malade atteint d'hémiplégie, d'origine syphilitique, traité par l'iodure de potassium dans le service de M. Fournier et sorti guéri après plusieurs mois de séjour.

Il y a un mois ce malade se réveille, atteint du côté gauche d'hémiplégie complète et d'hémianesthésie avec abolition de la vue du côté malade. Application d'un aimant sur le bras pendant une heure, sans résultats; application continue d'un aimant pendant vingt-quatre heures; les accidents cessent, mais au bras seulement; même application de vingt-quatre heures à la jambe, suivie de guérison limitée au membre touché par l'aimant; une troisième application, pratiquée cette fois à la face, rétablit la vue et amène une guérison complète.

3° Il s'agit d'un malade de M. Proust; l'application d'un aimant n'avait fait cesser que momentanément les accidents. Ce malade entre dans le service de M. Debove, avec hémianesthésie et hémiplégie. Une application d'une demi-heure ne donne, comme avec M. Proust, qu'une guérison momentanée. Une application continue de vingt-quatre heures est pratiquée et donne un plein succès.

En outre, M. Debove possède deux observations analogues que lui a communiquées M. Vigouroux; dans les deux cas, il y a eu guérison sans transfert.

Les cas observés par M. Debove sont très-dissemblables au point de vue de l'étiologie des accidents; dans l'un, ramollissement cérébral; dans un autre, saturnisme, syphilis; mais dans tous, nous trouvons un caractère commun, d'une importance capitale, qui les relie et permet de les ranger en un seul groupe, c'est la coïncidence de l'hémianesthésie et de l'hémiparésie. Un autre fait important qui résulte des observations, c'est que dans tous les cas où ces deux phénomènes coexistent ils semblent inséparables; l'un ne disparaît pas sans l'autre; quand l'un reparaît, l'autre se reproduit au même degré, et quand il y a transfert, comme cela s'observe dans l'hystérie, le transfert a toujours lieu pour les deux en même temps.

La communication de M. Debove, interrompue par un comité secret, sera continuée dans la prochaine séance.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

De la ligature de l'artère linguale. — Présentation d'instruments. Traitement du cancroïde par le chlorate de potasse.

M. *Théophile Anger* a fait cinq fois la ligature de l'artère linguale pour le traitement atrophique de certains cancers de la langue. Il n'a pas obtenu un très-bon résultat. Cela tient à ce qu'on ne lie pas en même temps l'artère dorsale de la langue, qui fournit le plus d'éléments nutritifs pour le cancer lingual. Il faudrait lier la linguale au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde, afin de comprendre dans cette ligature la dorsale de la langue.

M. Desprès a considéré sa malade comme atteinte de grenouillette sanguine; M. Th. Anger ne partage pas cette opinion. Il s'agissait d'un anévrysme artérioso-veineux, avec quelque chose de plus. M. Anger a vu, dans le service de Nélaton, une femme qui portait au niveau du bord inférieur du maxillaire une tumeur molle, pulsatile, et sur laquelle on constatait un thrill évident; on essaya la compression, qui ne donna aucun résultat. La malade mourut à l'hôpital, d'une hématocèle péri-utérine. A l'autopsie de la tumeur voici ce que l'on constata : L'artère faciale et la veine faciale furent injectées. Il n'y avait pas de communication directe entre ces deux vaisseaux; mais de nombreux petits vaisseaux agglomérés communiquaient d'un côté avec l'artère et par l'autre extrémité avec la veine. Ces vaisseaux avaient dû se développer aux dépens des *vasa vasorum*, car ils entouraient l'artère et la veine.

M. *Le Dentu* a lié plusieurs fois l'artère linguale. Chez un premier sujet, il a lié les deux linguales dans le but d'atrophier un cancer de la langue; le résultat immédiat fut très-net : la tumeur diminua de volume; le malade avalait plus facilement.

Mais, au bout de deux mois, le mal était revenu aussi fort et le malade mourut quatre mois après l'opération.

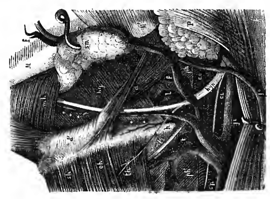
Chez un autre malade, atteint de cancer de la base de la langue, une seule artère fut liée. Affaissement de la langue et amélioration qui ne dura pas très-longtemps.

Chez un troisième malade, M. Le Dentu voulait enlever la langue. Il lia d'abord la linguale, comme méthode hémostatique préventive; il put enlever la partie malade avec des ciseaux. Il n'y eut qu'une perte de sang insignifiante.

M. Le Dentu a lié dans le triangle classique; il y aurait peut-être avantage à lier la linguale au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde, à cause de l'origine de l'artère dorsale.

La blessure de la glande sous-maxillaire donne une hémorrhagie en nappe, qui gêne les temps suivants de l'opération. En outre, quand le malade fait des mouvements de déglutition, le tendon du digastrique remonte et l'on a peu de place pour la recherche de l'artère. Enfin, la section du muscle hyo-glosse donne du sang, ce qui rend difficile l'isolement de l'artère.

M. *Farabeuf*, lisant les diverses observations de ligature de la linguale publiées par les chirurgiens, a été frappé de la nécessité qu'il y a de fixer le tendon du digastrique ou l'os hyoïde, selon le point où l'on cherche l'artère. Il faut toujours lier l'artère au delà de l'origine des artères secondaires desservant le territoire envahi; c'est un principe admis. Aussi, pour la linguale en particulier, il vaut mieux faire la ligature au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde. La figure 1



Fig

montre l'origine de l'artère linguale, naissant de la carotide externe, à 12 millimètres de la bifurcation de la carotide primitive et au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. La linguale décrit une courbe et s'engage ensuite sous le muscle hyo-glosse, tandis que le nerf grand hypoglosse et une veine linguale restent superficiels. Dans la première partie de leur trajet, ils répondent à une gouttière sensible au doigt, formée par la grande corne et le ventre postérieur du digastrique. L'artère linguale fournit des rameaux au pharynx; l'artère dorsale de la langue, qui a 1 millimètre de diamètre, est souvent multiple; elle va à la base de la langue et à la région du pilier antérieur du voile du palais.

Dans la ligature de la linguale, une fois sur trois, on place le fil au delà de l'origine de la dorsale de la langue et l'on n'ischémie point cet organe. Il est cependant facile de trouver la linguale au-dessus de la grande corne; on rencontre des veines, qu'il est facile de rejeter en arrière. Dans la rainure, formée par l'os hyoïde en bas et le ventre postérieur du digastrique en haut, on arrive facilemnnt jusqu'à l'artère linguale. La section du muscle hyo-glosse ouvre une boutonnière dans le sens de l'artère et donne une voie facile pour la ligature, bien plus facile que l'écartement des fibres, conseillé par M. Després. M. Farabeuf conseille de dénuder le vaisseau avec deux pinces.

M. *Terrier*. La malade de M. Després avait une tumeur intermédiaire à la tumeur érectile et à l'anévrysme cirsoïde. Même en liant la carotide externe, M. Després n'eût pas guéri sa malade. Quand on a lié une artère dans une région aussi vasculaire, les nombreuses anastomoses rétablissent rapidement la circulation. Il vaut mieux employer les injections coagulentes; ou, si ces injections sont dangereuses, lier d'abord les vaisseaux autour de la tumeur et faire les injections ensuite.

M. Terrier a fait une fois la ligature de la linguale pour une tumeur cancéreuse de la base de la langue. Au lieu de lier dans le triangle antérieur, il a fait la ligature au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde. Arrivé sur la glande sous-maxillaire, il eut une hémorrhagie en nappe, bien qu'il eût relevé la glande en disséquant avec une sonde cannelée. Au niveau du nerf grand hypoglosse, on était à 4 centimètres de profondeur et la manœuvre était difficile; de la linguale à la peau il y avait 5 centimètres. La malade ne fit aucun mouvement de déglutition. Amélioration du cancer pendant une quinzaine de jours. Cette opération n'a qu'une médiocre valeur au point de vue du traitement atrophique des tumeurs de la langue.

M. *Farabeuf*. Il faut recommander à un aide de soutenir le larynx, qui fuit du côté opposé et augmente ainsi la profondeur de la plaie.

M. *Després* a fait les deux ligatures à sec; il n'a pas été gêné par les mouvements de déglutition, quoique la malade ne fût pas chloroformisée.

M. *Terrier* ne fera jamais la ligature de la linguale pour atrophier une tumeur érectile sublinguale.

— M. *Panas* présente, au nom de M. *Landolt*, un blépharostat.

— M. *Ollier* (de Lyon) présente une nouvelle scie destinée à couper les os avec netteté et sécurité. Cet instrument coupe les os, comme le bistouri coupe les parties molles. La force est produite par un mécanisme et le chirurgien la dirige. L'appareil se compose d'un volant de 60 centimètres de diamètre, transmettant la force au moyen d'une corde en caoutchouc, pour éviter les secousses et permettre de manœuvrer facilement la scie. La scie, qui est circulaire, tourne très-rapidement; on la fixe solidement, au moyen d'une double poignée. On peut adapter à la poignée diverses espèces de scie (circulaire, en champignon, trépan, foret, etc.).

Cette scie permet de tailler facilement des lambeaux ostéoplastiques et de scier les os dans les résections sans décoller le périoste, comme cela a lieu avec la scie à chaîne.

— M. *Pilate* lit les conclusions d'un mémoire sur le traitement du cancroïde par le chlorate de potasse. (MM. Forget, Tillaux, Després.)

— M. *Maurel* médecin de la marine, fait une lecture sur l'onyxis ulcéré à la Guyane.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude des maladies des artisans (*Beiträge zur Gewerbe-Pathologie*), par M. Popper.

« Mes recherches ont pour but de déterminer l'influence de divers métiers sur la santé en général et sur la durée de la vie : elles sont basées sur les listes mortuaires officielles de la ville de Prague. » Le chiffre des morts appartenant à cette catégorie d'habitants, de 1876 à 1878, fut de 2670.

Les résultats d'une pareille enquête ne peuvent guère être exprimés que par un tableau graphique que l'on trouvera

dans le mémoire de Popper. Les professions les plus salubres sont celles dont le travail se fait en plein air.

Comparant ses résultats avec ceux de Neufville à Francfort, et de Korosi à Pesth, l'auteur signale quelques différences peu importantes. Au point de vue des causes de décès, on constate que trois professions sont particulièrement prédisposées à la fièvre typhoïde: les serruriers, forgerons et boulangers. Il en est de même dans les villes citées plus haut. Les mêmes professions sont aussi prédisposées à la variole; au contraire, la phthisie pulmonaire exerce plutôt son action sur les métiers cités en tête du tableau ci-joint. Les boulangers sont souvent atteints de rhumatisme, et par suite de maladies du cœur, d'hémorrhagie cérébrale. Les mineurs souffrent relativement peu de tuberculose (en accord avec Hirt). Les brasseurs sont peu exposés à la phthisie, et en général aux affections du poumon; beaucoup aux maladies des reins; il en est de même des bouchers! Les tisserands occupent le premier rang pour la pneumonie, un des derniers pour la phthisie. La profession de cocher est décidément des plus salubres : toutes leurs maladies proviennent de l'alcoolisme. Parmi les maçons, beaucoup de cancéreux; de même parmi les tailleurs. (*Vjschft für ger. Med. und off. San.*, t. XXX, p. 98.)

De l'emploi du brome dans le traitement du croup, par M. le docteur W. Redenbacher.

L'auteur a obtenu d'excellents effets, dans deux cas de croup laryngé, par l'administration à l'intérieur du brome, sous forme de bromure de potassium. Pendant quelque temps on avait employé les inhalations de brome de la manière suivante : On dissout, dans 120 grammes d'eau, 20 ou 30 centigrammes de brome, avec une quantité égale ou un peu plus grande de bromure de potassium; on en imbibe un mouchoir ou une éponge, que l'on fixe devant le nez et la bouche du malade, et l'on fait inhaler les vapeurs bromurées pendant cinq ou dix minutes, à des intervalles variant d'une demi-heure à une heure. Mais ce moyen n'avait pas donné de bons résultats.

Deux petites filles, âgées respectivement de cinq et de sept ans, ayant été atteintes de croup grave du larynx et des bronches, on leur fit prendre toutes les heures une cuillerée à bouche de la potion suivante : décoction d'althœa, 120 grammes; brome, 30 centigrammes; sirop simple, 30 grammes. Sous son influence, la raucité du murmure respiratoire, la dyspnée, la toux sèche caractéristique, l'aphonie, avaient disparu; la respiration était libre, la toux grasse, et la raucité avait diminué. Plusieurs fragments de membrane croupale avaient été rejetés par la toux. L'amélioration continua le lendemain et la guérison survint en peu de jours. On n'observa aucun signe d'intoxication.

Pour les enfants au-dessous d'un an, la quantité de brome qui entre dans la potion doit être réduite à 10 centigrammes, et pour ceux de un à quatre ans à 20 centigrammes. (*Aerztliches intelligenzblatt*, janvier 1879, et *Bulletin de thérapeutique*, juillet 1879.)

Du traitement des convulsions post-puerpérales, par le docteur Hubbard.

Voici comment l'auteur formule ce traitement :

1° Phlébotomie de 300 à 400 grammes si la céphalalgie persiste, si la face est congestionnée, si la malade est agitée, si les convulsions sont cloniques, si l'hémorrhagie a été faible au moment de l'accouchement; 2° infusion de digitale pour tonifier le cœur, modérer l'irritation nerveuse, provoquer de la diurèse (et, dans ce but, ajouter du bitartrate de potasse); 3° chloroformiser avec modération; 4° donner préférablement du chloral (75 centigrammes à 1 gramme en lavement), dont l'action paraît plus favorable que celle du chloroforme et semble moins troubler le cerveau; 5° si la perte de sang a été considérable, si la prostration est grande par suite d'épuisement nerveux, s'adresser aux injections de morphine; le chloroforme ou le chloral augmenteront l'épuisement nerveux, favorisant un retour de l'hémorrhagie utérine. (*New-York medical Journal*, décembre 1868.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les rétrécissements de l'urèthre et les autres désordres des organes génito-urinaires, par R. Harrison, chirurgien de l'Infirmerie royale et de l'hôpital de Liverpool. 1 vol. de 192 p., avec 10 planches noires. — Londres, Churchill, 1878.

Ce petit livre élémentaire, dédié aux étudiants de Liverpool, est un résumé clinique concis, clair, bien lisible, intéressant, écrit sur la partie la plus importante de la pathologie des voies génito-urinaires, sur leur traitement. Toutes les discussions, les longues descriptions plus ou moins utiles, sont écartées avec grand soin, pour laisser toute la place au précepte important que l'auteur met bien en vue. Il rappelle les leçons cliniques de Thompson. C'est la même simplicité, le même esprit pratique. On y trouve de plus, à côté des préceptes généraux, une partie de la pratique d'un chirurgien placé dans un milieu riche en cas intéressants.

La première leçon est consacrée à des *généralités* sur les rétrécissecements; la seconde, à l'*anatomie chirurgicale de l'urèthre*, ce qui amène l'auteur à rappeler succinctement les déductions cliniques qui se rapportent à chaque partie constituante; la troisième aux *symptômes des rétrécissements* et à leurs conséquences. L'auteur y cite un cas de rupture de la vessie qu'il a observé. La quatrième a trait au *traitement des rétrécissements* par la dilatation graduelle et continue qu'il a employée souvent avec succès. La cinquième a trait aux *accidents* liés au traitement des rétrécissements; à la fièvre uréthrale, que M. Harrison rattache au choc nerveux; à la suppression d'urine, aux hémorrhagies de l'urèthre, aux fausses routes. A propos des hémorrhagies, il parle d'un beau cas de succès obtenu dans une hémorrhagies uréthrale grave par l'emploi de l'ergotine en injections hypodermiques. Deux injections suffirent. La *rétention d'urine* consécutive aux rétrécissements est étudiée dans la sixième. La part qui revient à l'élément spasmodique et congestif, les avantages des moyens médicaux, entre autres d'un morceau de glace dans le rectum, préconisé par Cazenave, du cathéter et de la ponction, sont bien précisés.

L'*uréthrotomie externe* occupe la septième leçon. L'auteur rappelle les indications bien connues de cette opération qu'il a pratiquée 20 fois avec succès complet, tant au point de vue de la vie que des résultats consécutifs. Il insiste sur le manuel opératoire de l'uréthrotomie sans conducteur, que les classiques décrivent souvent d'une façon trop écourtée. Enfin, il mentionne l'incision sous-cutanée des rétrécissements péniens.

La huitième leçon, intéressante, est consacrée à ces *nodus syphilitiques* qui, développés autour de l'urèthre, dans la région périnéale, diminuent le calibre du canal. Il cite l'observation d'un matelot qui présentait de semblables indurations syphilitiques, conjointement avec d'autres accidents spécifiques, et qui guérit sous l'influence d'un traitement mercuriel combiné à la dilatation.

A propos des *abcès uréthraux* (neuvième leçon), l'auteur rappelle qu'il n'est peut-être pas de cas où l'emploi du bistouri soit plus rapidement indispensable que dans les inflammations périuréthrales, et que l'oubli de cette règle est suivi

de fâcheuses conséquences. Le traitement des *fistules* urinaires l'amène à cette donnée connue, à savoir que ce traitement est dans une très-large mesure subordonné à l'état de l'urèthre ; que lorsque l'urèthre est dilatable, les fistules se guérissent rapidement. Les indications de l'opération de Syme, les inconvénients de la sonde à demeure, les avantages du cathétérisme au moment des besoins, sont précisés. Enfin il insiste sur les indications principales du traitement de l'*extravasation d'urine :* 1° permettre à l'urine de s'écouler librement par une large *incision périnéale ;* 2° donner issue aux liquides épanchés dans les divers points du corps.

L'auteur aborde ensuite l'étude des *contusions* et des *rupture de l'urèthre*. Après avoir rapporté plusieurs observations, il conclut que : *dans tous les cas de contusions, la section périnéale est la méthode la plus sûre à suivre :* 1° à cause de l'impossibilité de déterminer l'étendue et la direction de la déchirure ; 2° parce que l'incision est le plus sûr moyen de prévenir l'extravasation d'urine ; 3° enfin parce que l'incision diminue les risques de rétrécissements ou leur gravité.

Pour l'*uréthrotomie interne* (onzième leçon), il donne la préférence, soit à l'instrument de Watson, soit à un instrument imaginé par lui, et qui consiste dans une gaîne renflée à son extrémité et terminée par un conducteur filiforme. La partie renflée de l'instrument cache une lame tranchante sur ses deux bords, qui peut sortir de sa gaîne et couper parallèlement à l'axe de l'urèthre. La dilatation par l'instrument de Holt lui a donné aussi de bons résultats, dans les 70 cas dans lesquels il l'a utilisé ; jamais il n'a déterminé d'accidents.

L'*extraction des corps étrangers* par la lithotritie ou l'extracteur prend la douzième leçon. Quelques observations intéressantes viennent à l'appui des préceptes. La treizième leçon est consacrée à l'*hypertrophie de la prostate* et aux troubles urinaires consécutifs : rétention, incontinence. M. Harrison insiste à propos de la rétention d'urine sur la sage pratique conseillée par nombre de chirurgiens éminents, et qui consiste à ne jamais vider complètement la vessie, à cause des accidents qui suivent l'évacuation complète (hémorrhagie, cystite, etc.). Il parle enfin de la ponction appliquée aux cas de rétention liée à l'hypertrophie prostatique, alors que la sonde ne peut parvenir à la vessie.

Les quatorzième et quinzième leçons sont consacrées à la *cystite*, à ses causes, aux injections vésicales, aux calculs du rein, de la vessie, de l'urèthre. La seizième leçon, aux traitements des calculs : lithotritie, lithotomie, dissolution. L'auteur passe en revue les indications, le manuel opératoire de la lithotritie et les soins à prendre pendant et après l'opération. Il emploie toujours la taille latéralisée, laisse une sonde en gomme vingt-quatre heures dans la vessie, et dans les cas d'hémorrhagies graves emploie le tampon dilatable de Browne. Les questions relatives aux tumeurs de la vessie, aux ulcérations tuberculeuses, malignes et autres, sont sommairement traitées dans les deux dernières leçons. Des observations succinctes suivent les descriptions.

Dr E. D.

Index bibliographique.

DE LA SECTION DES NERFS CILIAIRES ET DU NERF OPTIQUE, par le docteur REDARD, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique du docteur Abadie. — Paris, J.-B. Baillière, 1879.

Dans cette bonne monographie, l'auteur étudie une opération toute nouvelle, destinée à prendre un rang honorable dans la chirurgie opératoire oculaire. Après de courts résumés historique et anatomique, il rappelle les expériences physiologiques étrangères et nous parle d'expériences personnelles, qui les unes et les autres ont bien mis en lumière ce fait, à savoir que, si la section complète du trijumeau s'accompagne de troubles oculaires graves, la section des nerfs ciliaires en arrière du globe de l'œil, au point de vue de la nutrition, n'amène que des accidents très-peu accusés, ou n'en détermine même pas, quand on se place dans certaines conditions spéciales. C'était là une donnée fort importante à établir pour affirmer la valeur de l'opération en question.

Il résume ensuite toutes les observations connues, au nombre de trente-six seulement, et qui appartiennent surtout à Meyer, Dianoux (de Nantes), Schœler (de Berlin) et Abadie.

La dernière partie de ce travail est consacrée au manuel et aux indications opératoires. Le mode opératoire est très-simple. S'agit-il d'une section de quelques nerfs ciliaires ? Au niveau du point douloureux, on dégage la conjonctive, puis, comme l'a recommandé Meyer, on ponctionne la sclérotique en arrière du cristallin, et l'on fait une section parallèle à la cornée et proportionnée à l'étendue de la région douloureuse. S'agit-il, au contraire, de faire une section plus complète ? On coupe avec des ciseaux à strabisme, très-courbes, la conjonctive au ras du globe, au bas et en dehors (on a fait le dégagement aux quatre extrémités des deux diamètres obliques de l'œil), puis on sectionne le muscle droit externe pour se donner du jour ; on porte l'œil en dedans, et soit avec un ténotome mousse, soit avec les ciseaux à strabisme, on divise le nerf optique et les nerfs ciliaires qui l'avoisinent. Une compression légère exercée sur l'œil arrête l'hémorrhagie, et si l'attouchement de la cornée avec un stylet indique que la sensibilité de cette membrane n'est pas totalement détruite, on promène à nouveau les ciseaux dans la plaie. Pour éviter des déviations consécutives, il est bon de faire une suture de la conjonctive ou du muscle sectionné.

Cette opération simple n'est pas suivie d'accidents. Moins effrayante que l'énucléation, elle permet de conserver un *très-beau moignon*, doué de mouvements étendus en tous sens et sur lequel les pièces prothétiques s'adaptent directement. Elle permet en outre d'éviter, chez les enfants, l'atrophie de la cavité orbitaire et celle du côté correspondant de la face.

La section des nerfs ciliaires et du nerf optique est destinée à *remplacer l'énucléation dans les ophthalmies sympathiques*. Elle détermine une atrophie légère du globe dans les *staphylômes volumineux* avec augmentation de la tension intra-oculaire, et rend ainsi facile l'application d'une pièce prothétique parfaite. Enfin la section du nerf optique permet d'éviter l'énucléation dans les *photopsies gênantes*.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Laboulbène a commencé son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 6 novembre, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Ball commencera son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 16 novembre 1879, à neuf heures et demie, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches, à la même heure. La leçon du jeudi sera consacrée à des exercices pratiques de diagnostic. MM. les élèves en médecine qui désirent y prendre part sont priés de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine.

HÔTEL DIEU. — *Clinique médicale.* — M. le professeur Sée fera ses leçons de clinique les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures un quart, à partir du 10 novembre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le professeur Moitessier est nommé doyen de ladite Faculté, pour une période de cinq ans, en remplacement de M. Bouisson, qui est relevé de ses fonctions, sur sa demande, et nommé doyen honoraire. — M. Blaise (Henri-Joseph) est chargé, pendant l'année scolaire 1879-1880, des fonctions de chef de clinique des maladies des vieillards. — M. Zolotovitz est chargé, pendant le même temps, des fonctions de chef de clinique des maladies des enfants. — M. Guibal est chargé des fonctions de chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — M. Jouillié, est nommé prosecteur pour une période de trois années, à dater du 1er novembre 1879, en remplacement de M. Lannegrâce.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — La chaire d'accouchements et maladies des enfants, et la chaire de clinique obstétricale et gynécologie de la Faculté de médecine de Nancy, sont réunies sous le titre de chaire de clinique obstétricale et accouchements.

— La chaire d'anatomie générale descriptive et topographique de la même Faculté est dédoublée en chaire d'anatomie descriptive et chaire d'histologie. — MM. Gross et Charpentier, agrégés, ont été nommés : le premier, professeur de médecine opératoire, et le second, professeur d'hygiène et physique médicale.

— M. Rohmer est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Gross, démissionnaire.

HÔPITAL NECKER. — *Clinique interne.* — M. le docteur Blachez, médecin de l'hôpital Necker, agrégé libre de la Faculté, commencera des conférences cliniques le jeudi 13 novembre, et les continuera les jeudis suivants.

La visite aura lieu à huit heures et demie, salles Saint-Louis et Sainte-Thérèse.

HÔPITAL DE LOURCINE. — *Cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie.* — M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera ce cours le mercredi 19 novembre, à neuf heures, et le continuera les mercredis et samedis, à la même heure, pendant l'année scolaire 1879-1880. — Le mardi, à neuf heures, consultation et traitement externe.

Nota,— MM. les étudiants en médecine recevront, pour assister à la visite des malades et au cours, une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

HÔPITAL DES ENFANTS. CÉRÉBROSCOPIE. — M. Bouchut commencera son cours le mardi 11 novembre, à l'hôpital des Enfants, rue de Sèvres, 149, à huit heures du matin. La première leçon sera consacrée à l'ophthalmoscopie médicale et à la cérébroscopie à l'aide de projections par lumière oxydrique.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le docteur H. Picard commencera le lundi 17 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, un cours complet sur les maladies de l'appareil urinaire, et il le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Ce cours comprendra vingt-quatre leçons.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie des voies urinaires le lundi 10 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, pour le continuer les mercredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Hygiène et maladies des nourrissons.* — M. le docteur Brochard commencera ce cours le mercredi 19 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 2, et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 30 octobre 1879, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé militaire, savoir :

A un emploi de médecin principal de 1re classe : M. Widal (Henri-Victor), médecin principal de 2e classe.

A un emploi de médecin principal de 2e classe : M. Tarneau (Jean), médecin-major de 1re classe.

A sept emplois de médecin-major de 1re classe : (Choix.) M. Robert (médecin-major de 2e classe. — (Ancienneté.) M. Delmas (Raimond), médecin-major de 2e classe. — (Choix.) M. Bouchez (Emile-François-Dominique), médecin-major de 2e classe. — (Ancienneté.) M. Willigens (Joseph-Guillaume), médecin-major de 2e classe. — (Choix.) M. Bertelé (Alphonse-Balthazard), médecin-major de 2e classe. — (Ancienneté.) M. Taquoy (Léon-Sosthène-Emile), médecin-major de 2e classe. — (Choix.) M. Corties (Alphonse-Edouard), médecin-major de 2e classe.

A un emploi de pharmacien de 1re classe : M. Schmitt (Charles-Marie-Jean-Baptiste), pharmacien principal de 2e classe.

A un emploi de pharmacien de 2e classe : M. Marty (Jean-Hippolyte).

A un emploi de pharmacien-major de 1re classe : (Tour de la non-activité. M. Lancelot (Charles).

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC. — M. Parrot professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, pour cinq ans, membre du Comité consultatif de l'enseignement public (section de l'enseignement supérieur), en remplacement de M. Gavarret, nommé, comme inspecteur général, membre dudit Comité. M. Parrot siégera à la commission spéciale de scolarité et de discipline et à la commission spéciale de médecine et de pharmacie.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE (Séance du 30 octobre 1879). — M. Morin donne lecture d'un projet de vœu demandant que l'assistance publique soit réformée d'après les bases suivantes : 1° le directeur serait élu par le conseil municipal et révoqué par lui ; 2° le conseil de surveillance sera composé du préfet de la Seine, président, du préfet de police et de quinze membres élus par le conseil municipal. Ces membres seront élus pour cinq ans, rééligibles, partagés en cinq séries et renouvelés par cinquième chaque année. Chaque bureau de bienfaisance sera composé du maire, président, et de douze membres élus par le conseil municipal. — Renvoyé à la commission des vœux.

NÉCROLOGIE. — L'Académie de médecine vient de perdre un de ses membres les plus anciens : M. Boutron-Charlard, nommé en 1824, et appartenant à la section de pharmacie. On éprouvait quelque peine à le voir, dans ces derniers temps, se traîner aux séances, soutenu par un domestique. M. Boutron a publié un *Traité sur les falsifications des drogues* (en collaboration avec M. Bussy); un *Manuel des eaux minérales* (avec Patissier); une *Analyse chimique des eaux de Paris*, etc.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Frédéric Dupareque, un des doyens de la médecine française. Il avait quatre-vingt-dix ans et n'avait tout à fait renoncé ni à la vie professionnelle, ni à la vie scientifique; c'était un membre toujours fidèle de la Société de médecine de Paris. On lui doit quelques mémoires estimés.

— M. le docteur Louis Choussy, qui avait beaucoup contribué à populariser les eaux de la Bourboule, vient de succomber à Gignat, son pays natal.

ERRATUM. — EMPLOI DU GURGUM. — Dans le compte rendu de la Société de thérapeutique, supprimer dans la formule le sirop diacode, qui est incompatible avec le sirop de cachou. M. Vidal se sert habituellement du sirop de cachou. Chez les malades qui ont une disposition à la diarrhée il le remplace par le sirop diacode.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 23 au 30 octobre 1879, on a constaté 865 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 14. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 2. Variole, 12. — Croup, 8. — Angine couenneuse, 13. — Bronchite, 46. — Pneumonie, 56. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 22. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 3. — Affections puerpérales, 7. — Erysipèle, 5. — Autres affections aiguës, 238. — Affections chroniques, 366 (dont 156 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 38. — Causes accidentelles, 29.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Éléments de pathologie chirurgicale, par A. Nélaton. Tome IV, 2e partie, par le docteur Péan (Affections de la bouche et de ses annexes, du cou, du corps thyroïde, maladies chirurgicales du larynx et de la trachée, maladies de l'œsophage). 1 fort vol. gr. in-8, avec figures. Paris, Germer Baillière et Cie. 7 fr.

Le tome IV complet (1re et 2e parties réunies). 1 fort vol. gr. in-8, avec 209 fig. dans le texte. 14 fr.

Contribution à l'étude des amblyopies symptomatiques de la syphilose cérébrale, par Ch. Mauriac. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 13 novembre 1879.

Société médico-psychologique : DES RAPPORTS ENTRE LA SYPHILIS ET LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

La question des rapports entre la syphilis et la paralysie générale, qui, pour n'être pas nouvelle, n'en présente pas moins un très-grand intérêt, a été récemment l'objet d'une discussion à la Société médico-psychologique. Cette discussion, disons-le tout de suite, n'a pas épuisé le sujet; mais, par les observations intéressantes qui y ont été présentées et les opinions nouvelles qui y ont été émises, elle mérite d'être connue du public médical.

M. Achille Foville en a été le promoteur, en communiquant à la Société un important mémoire, intitulé : *Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale; difficulté de distinguer la paralysie générale de certaines altérations syphilitiques du cerveau* (*Ann. médico-psychol.*, numéro de mai 1879). Ce travail comprend trois parties : la première est consacrée à une observation des tumeurs syphilitiques du cerveau ayant simulé une paralysie générale, et à des commentaires sur ce fait intéressant; la deuxième, à des recherches de bibliographie critique; la troisième, à l'appréciation de la treizième leçon du livre de M. Fournier sur *la syphilis du cerveau*, qui traite de la pseudo-paralysie générale syphilitique. Nous ne nous occuperons que de la première et de la dernière.

Existe-t-il des malades présentant à l'observation tous les symptômes de la paralysie générale et n'offrant à l'autopsie aucune des lésions classiques de cette affection? Des tumeurs syphilitiques du cerveau peuvent-elles produire les symptômes ordinaires de la paralysie générale? A ces deux questions, le fait rapporté par M. Ach. Foville semble répondre affirmativement.

Il s'agit d'un M. L..., âgé de trente-sept ans, lieutenant d'infanterie, qui, lors de son entrée à Charenton, le 10 juillet 1870, présentait les symptômes suivants : hémiplégie gauche incomplète, hésitation dans la parole, affaiblissement non douteux de l'intelligence, sans toutefois qu'il y eût trace de délire. En présence de cet ensemble de manifestations morbides, M. Foville hésitait à accepter le diagnostic : paralysie générale, posé par M. Colin, médecin du Val-de-Grâce, et pensait avoir affaire à une démence simple, symptomatique d'une lésion organique du cerveau. Les renseignements anamnestiques et la marche ultérieure de la maladie devaient enlever toute hésitation et plaider en faveur du diagnostic de M. Colin. Ce savant médecin inséra même l'observation de M. L... dans un travail publié dans la *Gazette hebdomadaire* (numéro du 19 août 1870) et intitulé : *De la paralysie générale des aliénés, consécutive à des lésions locales du cerveau, spécialement à l'hémorrhagie cérébrale.* Le fait que cherchait à démontrer M. Colin dans son article est rare; mais l'observation de M. L... semblait lui donner raison. L'hémiplégie existait certainement, et ne pouvait être mise en doute; sa cause était moins évidente; tout ce qu'on pouvait en dire, c'est qu'elle était survenue d'une manière lente, après deux attaques épileptiformes. Seule, l'autopsie pouvait éclairer le problème de pathogénie soulevé par le cas de M. L... Elle ne se fit pas longtemps attendre; le malade, en effet, après avoir présenté une courte phase d'excitation avec idées de grandeurs et de richesses, ne tarda pas à tomber dans une sorte d'hébétude intellectuelle; la langue fut de plus en plus pâteuse et embarrassée, l'affaiblissement musculaire devint général, le gâtisme survint, ainsi que le dépérissement physique; enfin la mort mit un terme à la triste existence de M. L... dans le courant du mois de novembre, six mois après son entrée à Charenton. Rappelons, avant de

FEUILLETON

Quelques thèses à image exposées momentanément dans les salles d'examens de l'École de médecine de Paris.

(Suite. — Voyez le numéro 45.)

I. Thèse de BONAVENTURE FOURNIER (n° 2 du recueil de Pierre Sue). — La dédicace au saint roi fondateur du Collège des chirurgiens, « DIVO REGI COLLEGII CHIRURGORUM FUNDATORI » (1), semblerait indiquer qu'elle est la première thèse de chirurgie à image. Elle fut soutenue dans les écoles royales de chirurgie, le jeudi 14 mai 1750, de deux heures et demie à sept heures, sous la présidence de maître Jean-Baptiste-Antoine Andouillé, maître ès arts et en chirurgie, démonstrateur royal, prévôt de l'Ecole et ex-premier chirurgien des hôpitaux militaires et de la garde du roi. Bonaventure Fournier (d'Aix) « aqui sextanus » était maître ès arts et chirurgien principal des hôpitaux à Bicêtre « nosocomii generalis parisiensis in domo dicta Bicêtre chirurgus præcipuus ». Les propositions d'anatomie (sur le thorax) et de chirurgie (sur les plaies de poitrine) sont imprimées les unes au-dessous des autres dans toute la largeur du cadre, tandis que le plus souvent, comme nous le verrons, elles sont disposées sur trois colonnes : la première pour l'anatomie « ex anatomia », les deux autres pour la chirurgie « ex chirurgia ».

L'image n'est pas tout à fait aussi large que le cadre qu'elle surmonte; elle mesure 61 centimètres de largeur sur 46 de hauteur; le cadre, 65 centimètres de largeur sur 51 de hauteur. La gravure signée : *Halle invenit; I. I. sculpsit; à Paris, rue Saint-Jacques, chez Malbouré*, représente le roi saint Louis pansant un blessé. Dans le fond, des tentes et des soldats; au premier plan, sous une belle draperie, le roi, vêtu

(1) On est convenu de faire remonter à 1226 la fondation du Collège des chirurgiens jurés.

passer au récit des lésions anatomiques, que le malade portait toujours, qu'il fût sur son oreiller ou dans son fauteuil, dans les derniers mois de sa vie, la tête de côté, renversée sur l'épaule gauche, la face tournée à droite et un peu en haut, et, en outre, qu'il présentait une dysphagie hors de proportion avec l'ensemble des autres accidents.

En procédant à l'autopsie du cerveau de M. L..., M. Ach. Foville s'attendait à trouver : d'une part, les lésions de la folie paralytique; d'autre part, une altération unilatérale qui expliquerait l'hémiplégie, et qui serait située vers la base du crâne ou vers le bulbe, de manière à intéresser les origines du spinal, du pneumogastrique et du glosso-pharyngien, et à expliquer par là le torticolis et la dysphagie. « Ces deux pré- » somptions furent trompées, avoue le savant aliéniste, ainsi » que celle de M. Colin, qui avait cru à une hémorrhagie cé- » rébrale. Le cerveau, examiné avec soin, ne présentait » aucune trace des altérations de la folie paralytique, et les » lésions locales très-importantes dont il était le siége n'étaient » pas celles qui succèdent à une hémorrhagie; leur siége » n'était pas rapproché du bulbe. » Quelles étaient donc ces lésions locales? « A la face externe de l'hémisphère gauche, vers la réunion du tiers postérieur et du tiers moyen (sur les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, sans doute?), il existe une altération locale ayant environ la largeur d'une pièce de 2 francs. Là, les méninges adhèrent un peu; elles peuvent néanmoins être enlevées... La substance cérébrale est, par places, infiltrée d'une matière caséeuse non ramollie, de consistance dure, à l'entour il y a augmentation de vascularité. Une coupe verticale permet de voir que cet aspect n'est pas nettement limité en profondeur, qu'il dépasse la couche corticale pour gagner la substance blanche, et que son épaisseur est de 5 millimètres à 1 centimètre. » Les deux couches optiques présentent, la droite à toute la moitié postérieure, la gauche à toute la moitié antérieure, la même infiltration de matière caséeuse. Quoique l'examen micrographique n'ait pu être fait, la nature syphilitique de ces tumeurs ne fait aucun doute pour M. Ach. Foville, et des renseignements ultérieurs qu'il put obtenir sur M. L... lui apprirent en effet qu'il avait été atteint de syphilis constitutionnelle. Ces renseignements *post mortem* permettent à l'éminent aliéniste de conclure que, si la nature des accidents observés pendant la vie avait pu mettre sur la voie, on aurait pu soumettre le malade à un traitement syphilitique « qui, s'il avait été employé à temps et d'une manière énergique et prolongée, aurait peut-être conjuré la marche rapide de l'affection cérébrale »

Nous ne nous arrêterons pas aux considérations dont l'auteur fait suivre cette intéressante observation d'un malade qui a présenté tous les symptômes de la paralysie générale, et à l'autopsie duquel on a trouvé des lésions auxquelles on ne s'attendait guère. Faut-il classer ce cas dans ce que M. Fournier appelle la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique (*la Syphilis du cerveau*, leçon XIII[e], p. 333), c'est-à-dire parmi ces cas « offrant bien la plupart des attributs de la paralysie générale, mais différant de cette dernière par des traits nombreux et variés »? Mais ces pseudo-paralysies générales, comme cela ressort de la description même de M. Fournier, ne diffèrent en rien de la paralysie générale classique : troubles intellectuels, troubles moteurs, troubles congestifs, accès épileptiformes, lésions anatomiques, tout y est identique avec ce que les aliénistes sont habitués à observer. M. Ach. Foville n'hésite donc pas à conclure que cette distinction proposée par M. Fournier ne paraît pas suffisamment justifiée dans l'état actuel de la science; car, les symptômes essentiels étant les mêmes, le siége et la nature des lésions présentant la plus grande ressemblance, le diagnostic différentiel entre les deux affections ne peut être fondé que sur des nuances ou des détails secondaires dont aucun n'a de valeur réellement pathognomonique. Par contre, — et le fait cité plus haut le démontre, — il y a quelques cas exceptionnels où des tumeurs syphilitiques, isolées dans les hémisphères cérébraux, déterminent un groupe de symptômes tellement semblables à ceux de la paralysie générale, que le diagnostic différentiel ne peut pas être établi, du moins à l'aide des seuls signes cliniques, quoique la nature et la localisation des lésions anatomiques soient complétement différentes. Aussi M. Foville propose-t-il d'appliquer à ces cas seulement la dénomination de pseudo-paralysie générale, et il termine son travail par ce conseil pratique : rechercher toujours avec soin si un paralytique n'a pas des antécédents syphilitiques, et, dans le cas de l'affirmative, instituer un traitement spécifique.

Des praticiens sagaces ont mis en pratique ce judicieux précepte et s'en sont bien trouvés. Nous citerons M. le docteur Rendu, qui a publié deux faits intéressants de paralysie générale d'origine syphilitique, guérie à la suite d'un traitement mercuriel (voy. *Ann. méd.-psych.*, numéro de mars 1879, p. 229). M. Lunier, dans la discussion à la Société médico-psychologique, en a cité deux autres : l'un guérit de son affection au bout d'un an à dix-huit mois de traitement; l'autre est susceptible d'une amélioration sérieuse, grâce au même traitement spécifique.

---

du manteau fleurdelisé, applique un premier pansement à un homme assis sur un lit, et portant une blessure à la partie supérieure et interne de la jambe droite. Six aides les entourent. A côté de ce groupe principal, à droite, un autre blessé attend sur un matelas, à terre. Cette grande composition est probablement de Noël Halle (1711-1781). On ne devine pas aux initiales I. I. le nom du graveur. Le cadre, sans signature, est très-orné; il offre toujours la même disposition : un grand espace, au milieu, destiné à l'impression de la thèse; dans le bord supérieur, un espace plus petit, cartouche supérieur, de forme variable, suivant le dessin, réservé à la dédicace ou à une devise en rapport avec la gravure; en bas, un autre petit espace, le plus souvent rond ou arrondi, cartouche inférieur, où est mentionné la nature de l'acte : *Pro actu publico et solemni cooptatione;* ou *pro actu publico et magisterii laurea*, quand il s'agit de la chirurgie; *pro tentativa, pro minore ordine*, etc., pour la théologie; *pro apolinari laurea, pro artium liberalium laurea, pro baccalaureatu*, pour la philosophie; *pro licentiatu*, pour les thèses de droit, etc.

II. Thèse de Toussaint Bordenave (n° 3, rec. cit.). — L'image, signée : *Philipe de Champagne pinxit. A Paris, chez I.-F. Cars, rue Saint-Jacques, au N. de Jesus*, ne manque pas de signification. Jésus-Christ ressuscite Lazare. Au lieu de dédicace, on lit en haut du cadre : Sic et chirurgia. La chirurgie en fait autant. Philippe de Champaigne (1602-1674) a placé la scène de la résurrection de Lazare à l'entrée d'une grotte funéraire qui fait songer à l'époque néolithique. Lazare est placé sur la dalle de pierre qui le recouvrait. Cette belle gravure mesure 66 centimètres de largeur et 47 centimètres de hauteur. Le cadre de la thèse a exactement la même largeur et 51 centimètres de hauteur. Les propositions d'anatomie et de chirurgie sur les blessures par armes à feu sont imprimées en trois colonnes. Il n'y a pas de partie anatomique distincte. Elles ont été soutenues « has positiones tueri conabitur » le 2 juillet 1750, sous la présidence de

Mais un point important à rechercher et sur lequel M. Foville a déjà insisté, sans pouvoir donner une réponse satisfaisante, étant donné l'état actuel de la science, est de savoir s'il existe des signes distinctifs entre cette pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique et la paralysie générale. M. Lunier croit trouver cette distinction dans l'absence de certains symptômes, tels que le délire ambitieux, l'inégalité pupillaire, etc. Mais, dans le fait rapporté par M. Foville, n'y a-t-il pas eu du délire ambitieux? Et la dilatation inégale des pupilles n'est-elle pas un symptôme très-mobile? Ne fait-elle pas défaut dans beaucoup de cas de paralysie générale type?

M. le professeur Lasègue établit d'abord que, de même qu'il existe une épilepsie type, présentant des symptômes toujours les mêmes et des états épileptoïdes dans lesquels font défaut un ou plusieurs symptômes de l'épilepsie type, il existe aussi une paralysie générale type et des états qu'on pourrait appeler *paralysoïdes*. C'est dans ces derniers cas qu'il faut ranger ce qu'on appelle la paralysie générale d'origine syphilitique. Mais quels sont les symptômes de la paralysie générale type, qui manquent ou peuvent manquer dans ces états paralysoïdes ou pseudo-paralysies générales. C'est là le point sur lequel de nouvelles recherches sont nécessaires, et qui ne pourra être éclairci que par de nouvelles observations cliniques prises avec soin; l'étude de la marche de la maladie devra être faite et fournira, sans doute, quelques-uns des éléments du problème à résoudre. Quoi qu'il en soit, quand, chez un malade présentant des symptômes de paralysie générale, existeront des antécédents syphilitiques, de grandes réserves devront être faites sur le pronostic, et un traitement spécifique devra être institué.

M. Christian, élargissant le débat, recherche si réellement il existe des folies simples syphilitiques et des paralysies générales syphilitiques. Il ne le croit pas, et voici les raisons qu'il en donne. « Que la folie simple, dit-il, sous forme de manie ou de mélancolie, survienne chez un individu atteint de syphilis, le fait est commun. Mais est-ce la syphilis, en tant que syphilis, qui est la cause efficiente de la maladie mentale? Ne faut-il pas, dans certains cas, faire jouer un rôle aux traitements longs et fatigants (notamment par la *cura famis*) qu'a eu à supporter le malade? D'autres fois n'est-ce pas le chagrin de se voir défiguré à jamais, de voir reparaître sans cesse des symptômes qui bouleversent toutes les relations sociales, qui empêchent de faire un mariage souhaité, etc., n'est-ce pas là ce qui détermine le délire? Et enfin, pourquoi n'arriverait-il pas pour la syphilis ce que nous observons pour toute autre maladie? Pourquoi ne verrait-on pas un délire éclater à l'occasion de la maladie et guérir en même temps qu'elle? Ce serait un nouveau chapitre à ajouter à l'histoire des folies sympathiques. » Tout aussi catégoriques sont les opinions de M. Christian sur la pseudo-paralysie générale syphilitique. Mais que répondre à un fait? Le malade de M. Foville a présenté pendant la vie tous les symptômes de la paralysie générale, et à l'autopsie on n'a rencontré aucune des lésions classiques de la maladie. Faut-il admettre l'hypothèse que les symptômes de la paralysie générale ne sont pas absolument liés à ces lésions que l'on a toujours données comme caractéristiques? M. Christian ne peut souscrire à un tel renversement des idées reçues, et il croit que la question des rapports de la paralysie générale avec la syphilis ne saurait être résolue actuellement d'une manière définitive. Toutefois, son observation personnelle le conduit à considérer la paralysie générale et l'encéphalopathie syphilitique comme deux affections absolument indépendantes l'une de l'autre; ainsi, quand ces deux affections sont réunies chez le même individu, le traitement spécifique fait disparaître les accidents vénériens, et la paralysie générale ne subit aucune modification; en outre, M. Christian croit pouvoir admettre que, lorsque l'encéphalopathie syphilitique survient chez un individu *prédisposé, par suite d'autres causes*, à la paralysie générale, elle hâte ou provoque l'explosion de cette dernière.

Après l'analyse que nous venons d'en faire, on peut voir que cette discussion n'a fait que poser la question sans la résoudre. Les divergences d'opinions restent les mêmes : d'un côté, les syphiliographes, M. Fournier en tête, soutiennent qu'il existe des folies et des paralysies générales syphilitiques; de l'autre, les aliénistes — sauf certaines exceptions — ne peuvent se résoudre à l'admission de cette nouvelle forme de folie. Il appartient à la Société médico-psychologique d'éclairer ce débat en provoquant une nouvelle discussion, dans laquelle chacun des membres apportera son contingent d'observations cliniques et les réflexions qu'elles lui ont suscitées. La discussion qui fait le sujet de cet article ne devrait être considérée par elle que comme une escarmouche précédant une grande bataille.

Dr Ant. Ritti.

Prudent Hévin (1715-1789), maître ès arts et en chirurgie, premier chirurgien de la sérénissime dauphine, démonstrateur royal, associé des académies de Stockholm et de Lyon, par Toussaint Bordenave (de Paris), maître ès arts. Il avait alors vingt-deux ans. Il devint bientôt professeur de physiologie à Saint-Côme. On lui doit la traduction des *Eléments de physiologie* de Haller, in-12, 1768.

La quatrième thèse du recueil de Pierre Sue, celle de P.-V. Brassant, qui a été aussi très-probablement illustrée, s'est perdue.

III. Thèse de François-Michel Disdier (n° 5 du recueil de Pierre Sue). — Elle donne le réservoir de Bethezda. *Bon Bologne* (1649-1717) *pinxit. P. Langlois sculpsit. A Paris, chez L. Cars, graveur du roy, rue Saint-Jacques, au non* (sic) *de Jésus*. L'image avec son inscription : « Inde exoptata salus », n'est pas moins significative que la précédente. L'allusion ne peut pas être plus flatteuse. Quand un malade était plongé dans le réservoir de Bethezda, il était guéri à l'instant (saint Jean, ch. v). On obtenait la même guérison quand on avait recours au Collège des chirurgiens. Les propositions d'anatomie et de chirurgie sur la hernie étranglée sont imprimées sur trois colonnes : la première, « ex anatomia »; les deux autres, « ex chirurgia », dans un beau cadre de la même largeur exactement que l'image, 69 centimètres. Il a 2 centimètres de moins en hauteur, 54 centimètres.

La thèse a été soutenue sous la présidence de Nicolas Jallot, maître ès arts et en chirurgie dans les écoles royales des chirurgiens de Paris, le 25 septembre 1750. Fr.-Michel Disdier, né vers 1708 à Grenoble, avait étudié d'abord à Lyon. Quand il se fit recevoir maître en chirurgie à Paris, il avait déjà publié quelques ouvrages. Plus tard, il fut démonstrateur d'anatomie dans l'Académie de peinture et de sculpture de Saint-Luc. J'ai déjà parlé de son *Exposition exacte des tableaux anatomiques, en taille-douce, des différentes parties du corps humain*. Paris, 1758. (Voy. *Gaz. hebd.*, 1878, n° 4, p. 54.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Traitement de la fièvre intermittente par la pilocarpine, par M. Picot, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le *Journal de thérapeutique*, dans son numéro du 25 octobre 1879, a rapporté d'après le *medizin. Jahrbücher* des recherches du docteur H. Rokitanski sur l'action de la pilocarpine dans le traitement de la fièvre intermittente. Il a indiqué pareillement, d'après le *New-York medical Record*, les observations du docteur Gaspard Griswold montrant les beaux résultats obtenus à l'aide de ce médicament dans la fièvre en question. Ces résultats m'ayant beaucoup frappé, j'ai institué dans mon service de clinique médicale des recherches dans la même direction. Les effets me semblent tellement remarquables que je crois devoir les publier bien que le nombre des observations soit extrêmement restreint. La raison qui me détermine à agir de la sorte, c'est d'appeler de suite l'attention sur les faits que j'ai observés, afin que chacun puisse les contrôler et répéter l'expérimentation. D'après mes observations, le nitrate de pilocarpine serait doué de propriétés fébrifuges extrêmement puissantes; à faible dose, 1 centigramme à 15 milligrammes, il empêcherait l'accès fébrile et guérirait le plus souvent complètement la fièvre intermittente, en amenant même la diminution de volume de la rate. Ce serait donc un médicament extrêmement précieux appelé à rendre les plus grands services à la pratique médicale. Il me semble donc important que des études suivies soient faites sur ce nouveau mode de traitement et que la science puisse être rapidement fixée à son sujet. Voici mes observations :

Obs. I. — Domesse (Pierre), âgé de quarante-sept ans, entre à la clinique le 28 octobre 1879. C'est un homme robuste, bien musclé, mais qui présente tous les signes d'une anémie manifeste. Depuis le 25 août, il est atteint d'une fièvre intermittente quotidienne dont les accès, débutant à neuf heures du matin, durent jusqu'à une heure. Ces accès ont un type absolument classique avec frisson, chaleur et sueur; le frisson dure environ trois quarts d'heure. Domesse depuis le 15 septembre a fait le traitement classique de sa maladie; il a pris des éméto-cathartiques, des purgatifs, et tous les jours dans l'après-midi il a absorbé du sulfate de quinine. Suivant son dire la dose de médicament aurait été de 40 à 50 centigrammes. Malgré ce traitement la fièvre a persisté et revient encore tous les jours. A part l'anémie précédemment signalée, cette fièvre toutefois n'a produit aucune lésion chez le malade; la rate cependant est légèrement augmentée de volume.

Le 29 octobre à six heures du matin, Domesse prend un vomi-purgatif et à neuf heures et demie on lui fait sous la peau de l'avant-bras droit une injection de 1 centigramme de nitrate de pilocarpine. Deux minutes après la salivation se montre et le malade est couvert de sueurs. La quantité de salive excrétée est de 350 grammes. Après une heure et demie, salivation et sueurs ont cessé; mais la fièvre ne vient pas et le malade est parfaitement calme. Le lendemain, 30, la fièvre ne se montre pas et depuis cette époque elle n'a plus reparu.

Le 4 novembre, après six jours d'apyrexie complète, le malade se sent parfaitement guéri, rien ne persiste que l'anémie consécutive à la fièvre et l'on institue un traitement ferrugineux, Domesse reste dans le service jusqu'au 10, et sort ce jour-là pour reprendre son travail. La fièvre n'a pas reparu.

Obs. II. — Berlandier, âgé de vingt ans, entre le 31 octobre à la clinique. C'est un charron qui, habitant Arles au mois d'août, fut atteint le 31 de ce mois d'une fièvre intermittente à type quotidien. Il entra à l'hôpital de cette ville, y fut traité par les purgatifs et le sulfate de quinine, et put en sortir débarrassé de sa fièvre le 5 septembre.

Le 29 septembre, le malade étant allé à Béziers, fut de nouveau pris par la fièvre qui à ce moment changea de type et devint tierce; il fut obligé d'entrer à l'hôpital, fut traité par le sulfate de quinine et sortit guéri le 9 octobre. Il vint alors à Bordeaux, et jusqu'au 27 octobre ne vit pas reparaître ses accès.

A cette date la fièvre revint tous les deux jours.

Berlandier est très-anémié, ses muqueuses sont pâles; il n'a cependant pas bruit de souffle ni au cœur, ni dans les carotides. La langue est saburrale et il existe dans la région splénique une douleur que la pression augmente et qui semble liée à une augmentation de volume de la rate. Cet organe, qui déborde un peu les fausses côtes, mesure, en effet, 15 centimètres dans son diamètre longitudinal et 10 centimètres dans son diamètre transversal. Le jour de son entrée la fièvre survient comme d'habitude, à une heure après-midi, avec ses trois stades classiques, elle dure trois heures et la température s'élève à 40°,5. Aucun traitement n'est institué ce jour-là. Le lendemain, jour d'apyrexie, on laisse également le malade sans médicament.

Le 2 novembre, jour où la fièvre doit venir, on fait à neuf heures et demie du matin une injection de 1 centigramme de nitrate de pilocarpine. La salivation et la sueur apparaissent cinq minutes après l'injection; le malade perd 270 grammes de salive et la sueur est très-abondante. L'accès de fièvre ne vient pas.

Le 3 novembre, jour d'apyrexie, aucun traitement.

Le 4, nouvelle injection à neuf heures et demie du matin avec 1 centigramme de nitrate de pilocarpine; la fièvre ne vient pas. La rate a diminué de moitié.

Les 5, 6, 7, 8, 9 et 10, aucun nouvel accès de fièvre ne s'est montré.

Le 11, le malade est mis à un traitement ferrugineux.

Obs. III. — Bertrand (François), âgé de quarante-trois ans, est atteint de fièvre tierce depuis le 25 septembre. Pendant un mois entier, il resta sans traitement, puis entra à la clinique médicale le 23 octobre, très-anémié. Le jour de son entrée, il prit un vomi-purgatif et dès le même jour, jour d'apyrexie, fut soumis au traitement classique par le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme. Pendant six jours on dut continuer la médication en diminuant

---

Ces trois belles pièces de 1750, si heureusement préservées de la destruction, constituent le premier groupe des thèses de chirurgie à image. Il donne une idée exacte de ce qu'elles ont été à leur origine. Un second groupe se compose de trois autres pièces presque semblables de 1752. Il y a eu dans l'intervalle, en vingt mois, du 25 septembre 1750 au 20 mai 1752, neuf ou dix thèses, dont l'édition illustrée ne nous est pas parvenue.

IV. Thèse d'Honoré Gabon, *chez Cars, rue Saint-Jacques, au nom de Jésus.* — La gravure, 77 centimètres de largeur sur 52 centimètres de hauteur, représente Jésus-Christ guérissant des malades qui venaient toucher ses habits. Ce tableau qui porte dans le catalogue du Louvre de Fr. Villot, 1874, le n° 296, n'est plus exposé aujourd'hui dans les galeries. On lisait au bas, à droite : Matth., chap. 14, *Jouvenet Pinxit*, 1689. Le futur maître en chirurgie, à l'exemple de ses prédécesseurs, a fait mettre dans le haut du cadre cette inscription qui s'adresse au Collége des chirurgiens de Paris : pro votis confert salutem. Il donne la guérison à qui la demande. Sans image, on n'aurait pas pu faire passer à l'adresse du collége de Saint-Côme ces éloges immodérés. Les propositions d'anatomie et de chirurgie appelées cette fois *theses* au lieu de *positiones* (sur la hernie ombilicale) sont très-courtes et disposées sur trois petites colonnes, occupant peu de place dans un grand cadre, qui par cela même offre un entourage très-orné. Il mesure 81 centimètres de largeur et 59 centimètres de hauteur. C'est celui qui a les plus grandes dimensions. Aussi dépasse-t-il un peu la gravure de chaque côté. La thèse d'Honoré Gabon (Leonensis), né à Lion-la-Forest? maître ès arts et chirurgien principal de l'hôpital de Paris, était présidée par Toussaint Amy, maître ès arts et en chirurgie, premier chirurgien de l'hôpital des Incurables, le samedi 20 mai 1752. Elle a le n° 14 dans le recueil de Pierre Sue.

V. Thèse de Pierre Barthelemot Sorbier, n° 16. — Bien que la disposition générale soit la même, il faut noter ici une

toutefois les doses du médicament. Il sortit le 2 novembre paraissant guéri ; depuis cinq jours il n'avait pas eu de fièvre.

Cependant ayant repris son travail de terrassier aux docks de Bacalan, il vit reparaître la fièvre dès le lendemain et se décida à rentrer à la clinique le 4 novembre. Il est très-anémié, se plaint d'une douleur dans la région splénique, et présente un état saburral de la langue très-manifeste.

Le lendemain de son arrivée on le laisse sans traitement. A une heure de l'après-midi, il a son accès de fièvre, avec frisson, chaleur et sueur ; cet accès dure trois heures.

Le 6 novembre, jour d'apyrexie, pas de traitement.

Le 7, jour de fièvre. A neuf heures du matin, injection de 1 centigramme et demi de nitrate de pilocarpine. Salivation 150 grammes, peu de sueur, l'accès ne vient pas.

Le 8, pas de fièvre.

Le 9, jour de fièvre, pas d'accès.

Le 10 et le 11, pas d'accès.

Obs. IV. — Larrieu (Justin), terrassier, travaillant aux docks de Bacalan, est atteint depuis deux mois de fièvres intermittentes qui pendant le premier mois ont été quotidiennes, sont devenues tierces pendant quinze jours et ont disparu pendant huit jours sous l'influence du sulfate de quinine pour reparaître quotidiennes encore depuis les dix derniers jours après la cessation du traitement. Ces accès qui reviennent régulièrement à midi ont beaucoup affaibli le malade chez qui la rate mesure 14 centimètres en hauteur et 12 centimètres en largeur. Le 27 octobre, jour de son entrée, Larrieu prend un vomi-purgatif; la fièvre revient comme d'habitude.

Le lendemain 28 octobre, à dix heures du matin, injection de 1 centigramme de nitrate de pilocarpine. Sueurs très-abondantes, salivation 650 grammes. L'accès de fièvre ne vient pas.

Le 29, injection de 15 milligrammes de nitrate de pilocarpine. sueurs très-abondantes, salivation 440 grammes. Pas de fièvre.

Le 30 et 31, aucun médicament. Pas de fièvre.

Le 1er et 2 novembre, Larrieu a très-bon appétit. Pas de fièvre.

Le 3, à quatre heures après midi, le malade éprouve un très-léger frisson, sans chaleur ni sueur.

Le 4, nouvelle injection de pilocarpine. Pas de fièvre.

Le 5, à une heure très-léger mouvement fébrile qui dure une demi-heure.

Les 6, 7, 8 et 9, pas de fièvre.

Le 10, à une heure, très-léger mouvement fébrile qui dure une demi-heure.

L'observation continue.

Clinique chirurgicale.

De la périostite externe chronique, par M. le docteur Charvot, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

(Suite. — Voyez les numéros 40, 41 et 44.)

Marche. — L'évolution de la périostite externe est caractérisée par la lenteur avec laquelle se déroulent ses différentes phases. La douleur, qui parmi les symptômes est le premier en date, peut durer seule pendant longtemps; aussi n'est-il pas rare de voir les malades rester cinq ou six mois en médecine pour douleurs névralgiques. A la paroi thoracique la douleur précède toujours au moins de deux à trois mois l'apparition du gonflement.

La tuméfaction ne grossit que lentement et met de deux à trois mois au minimum à acquérir son développement. C'est alors que le malade découvre la tumeur par hasard. On voit donc que la période de début est en moyenne de six à huit mois. La maladie peut en rester là et se terminer par guérison spontanée.

Quand la maladie continue à évoluer, elle passe à la période de suppuration. Cette transformation se fait sans symptômes généraux inflammatoires; la douleur même diminue ou disparaît. Le pus, qui se forme d'abord au centre de la tumeur, met deux ou trois mois à se collecter, et l'abcès qui en résulte acquiert d'ordinaire le volume d'un œuf. L'affection reste alors indolente; le militaire qui en est atteint peut continuer son service pendant des mois et n'entre le plus souvent à l'hôpital que lorsque la collection purulente commence à le gêner par son volume.

L'abcès ainsi formé peut disparaître par résolution ou bien s'ouvrir en donnant issue à une plus ou moins grande quantité de pus.

1° *Résolution.* — La guérison spontanée par résolution de la collection purulente est rare. Cependant M. Gaujot en a vu un certain nombre d'exemples. Une fois, l'abcès siégeait à l'extrémité supérieure du péroné; une autre fois à la paroi thoracique. Dans deux cas de périostite de l'extrémité inférieure du fémur les collections purulentes se sont résorbées : chez l'un, l'abcès prit même la forme subaiguë, avec chaleur et rougeur à la peau, et l'on fut sur le point de l'ouvrir; mais l'abcès disparut sous la compression et l'application d'emplâtres de Vigo. Dans l'observation III, on voit un abcès périostique se former à l'extrémité supérieure du tibia, puis disparaître complètement en ne laissant comme trace qu'un léger gonflement de l'os.

La résolution est donc un mode de terminaison assez rare et sur lequel il ne faut pas compter. Quand elle survient, la disparition de l'abcès ne coïncide pas avec une amélioration dans l'état général; on voit souvent d'autres abcès évoluer pendant que l'un d'eux guérit, et même l'état du malade s'aggraver. En résumé, l'amélioration locale semble indépendante de l'état général.

2° *Ouverture de l'abcès.* — Le plus souvent, l'abcès s'ouvre en passant par la période ulcérative, inflammatoire. Le pus use les tissus sus-jacents; mais il a beaucoup de peine à entamer les plans aponévrotiques et met souvent des mois à les traverser. Les manipulations chirurgicales précipitent parfois l'évolution de ces collections purulentes. Il est préfé-

---

première différence pour l'image. Ce n'est plus une gravure reproduisant un tableau plus ou moins célèbre, mais une composition spéciale fort bien ordonnée et qui ne manque pas de grandeur. A mon avis c'est de toutes la plus belle. *Antoine Dieu pinxit. Galley sculpsit. Gautret excudit.* En l'examinant avec un peu d'attention, on s'aperçoit que l'éditeur Gautret a utilisé encore une gravure ancienne pour cette thèse, que M. Pierre Barthelemot Sorbier, désireux d'y être admis, offrait et dédiait au Collège royal des chirurgiens de Paris. « Regio et salubri chirurgorum Parisiensium Collegio, cooptationis cupidus, offerebat et vovebat, M. Petrus Barthelemot Sorbier. »

La thèse est de 1752. Antoine Dieu était mort à cette époque, et cependant l'image représente Louis XIV (avec un peu de bonne volonté on peut y voir Louis XV) trônant sur les nuages et couronné par une renommée. A droite derrière lui, des ennemis vaincus, domptés par Hercule appuyé sur son énorme massue et tourné vers le puissant monarque. A gauche l'Eloquence avec son caducée, suivie des arts, personnifiés par trois femmes, et conduite par Mercure, apporte aux pieds du roi un gros volume (pour le moment, les mémoires de l'Académie de chirurgie). Partout des trophées. En haut, sur celui du milieu, le grand écusson aux armoiries des chirurgiens, avec la devise : Cosilioque manuque. Il portait d'azur aux trois boîtes d'argent posées 2 et 1, ayant au centre la fleur de lis d'argent, que Louis XIII, né le jour des saints Côme et Damien, y avait ajoutée à cause de cette circonstance, et du bien qu'il voulait à la corporation dont il était membre honoraire.

Au temps où les médecins étaient les plus forts, avant la fleur de lis en abîme, il y avait au centre du blason de la confrérie des chirurgiens une vulgaire spatule, comme on le voit sur l'image de la thèse de médecine d'Antoine Ruffin, soutenue aux écoles de la rue de la Bûcherie en 1659. (N° 1102 des thèses in-folio de l'ancienne Faculté, t. VII.)

Plus tard, les rôles étant intervertis, dans les mémoires de

rable que le chirurgien donne issue au pus; car, lorsque l'abcès s'ouvre spontanément, les décollements sont plus considérables, le travail d'ulcération inflammatoire pouvant amener la formation de fusées purulentes.

L'ouverture spontanée ou chirurgicale de la collection purulente donne lieu à la formation d'un ou plusieurs trajets fistuleux communiquant avec la cavité de l'abcès. Cette période de la périostite externe, dont nous avons donné les caractères, peut durer un an et même dix-huit mois. Il est même rare que la périostite guérisse spontanément après l'ouverture de l'abcès, et l'intervention chirurgicale est le plus souvent nécessaire. Parmi ces abcès, les uns restent à l'état de simple cavité pyogénique, les autres se remplissent de bourgeons fongueux. C'est ainsi qu'on peut voir, sur un même malade, des abcès évoluer vers la fongosité, tandis que d'autres guérissent après l'expulsion du pus, ce qui prouve bien que chaque abcès évolue pour son compte.

En règle générale, la plupart des abcès, après leur ouverture, passent à la période de fongosités. A ce moment, l'os dont le périoste est malade présente ordinairement des signes d'ostéite superficielle ulcéreuse; parfois une nécrose parcellaire. Cette période de la périostite externe est interminable; elle peut durer jusqu'à dix-huit mois et même deux ans.

Quand survient la guérison, elle est très-rapide ; elle peut être complète en quelques semaines. Il se passe là quelque chose d'analogue à la guérison des ulcères syphilitiques : les ulcérations fongueuses prennent subitement tous les caractères des plaies simples, en même temps que l'état général s'améliore. Les modifications de la plaie indiquent une guérison prochaine : les fongosités s'affaissent et sont remplacées par des granulations de bonne nature; les bords des fistules prennent une teinte plus rosée; le pus devient franchement phlegmoneux. La cicatrisation achève la guérison, qui peut être le résultat de l'évolution spontanée de la maladie, mais qui le plus souvent est due à l'intervention chirurgicale, dont l'influence est incontestable.

La cicatrisation ne s'opère pas en même temps pour toutes les manifestations de la périostite externe; les abcès se ferment les uns après les autres, et même, quand les uns guérissent, d'autres peuvent s'ouvrir. Il est très-rare que la guérison soit complète du premier coup. La cicatrise rose, tendre, adhérente à l'os, est peu solide. La moindre irritation, un simple frottement, amènent son inflammation et la réouverture des orifices fistuleux. Puis, la cicatrisation de l'ouverture cutanée se fait souvent sur un clapier dont les parois ne se sont pas recollées; le pus s'accumule dans les diverticules, l'abcès se reforme et la fistule se rouvre. Dans d'autres cas, c'est un nouvel abcès qui se forme juste à côté du point qui vient de guérir, ou un peu plus loin sur le même os; ceci s'observe surtout aux côtes. Le plus souvent l'abcès passe par plusieurs alternatives de fermeture et de réouverture avant d'être définitivement cicatrisé.

Après la guérison, on trouve la cicatrice adhérente et l'os tuméfié. Ce gonflement osseux persiste très-longtemps et parfois ne disparaît plus; c'est qu'alors il est dû à une périostite plastique ossifiante. Le membre conserve pendant longtemps une atrophie notable; mais ses fonctions sont peu entravées.

Quand l'abcès ne guérit pas par cicatrisation, la maladie ne peut se terminer que de deux façons : 1° par propagation de la dégénérescence fongueuse ou développement des granulations caséeuses dans les régions voisines; 2° par généralisation de la tuberculose et infection granuleuse.

1° *Propagation de l'affection aux régions voisines.* — Nous savons que, dans ce cas, la maladie progresse et envahit les synoviales tendineuses ou l'article voisin. Il est rare qu'elle se propage directement à la synoviale articulaire, car la périostite ne dépasse pas ordinairement la ligne épiphysaire pour aller ainsi envahir l'articulation. Le plus souvent c'est par l'intermédiaire des gaînes tendineuses que s'opère cette propagation; d'autres fois, c'est l'abcès qui, arrivé au contact de la synoviale articulaire, en amène l'ulcération. On voit, dans ce cas, éclater subitement une synovite aiguë.

2° *Terminaison par tuberculose et mort.* — Nous ne reviendrons pas sur ce sujet, que nous avons suffisamment développé au chapitre précédent.

Diagnostic. — Le diagnostic de la périostite externe est difficile, surtout parce que cette maladie est encore peu connue et fort discutée. Les erreurs auxquelles il peut donner lieu sont nombreuses et se rapportent aux différentes périodes de l'affection.

La *douleur* du début fait presque toujours croire à l'existence de névralgies : pleurodynie pour le thorax; névralgie sciatique pour le fémur, etc. La chronicité et les caractères de la douleur devront mettre sur la voie du diagnostic. Il n'est pas impossible que, dans un certain nombre de cas, cette douleur localisée au thorax, et qui persiste longtemps avant l'éclosion de l'affection, ne fasse croire à une pleurite antérieure. Quand la périostite siége près d'une articulation, on peut songer à une arthropathie. C'est ainsi qu'une périostite des malléoles est prise, dans certains cas, pour une tarsalgie. Tous les doutes sont levés quand le gonflement devient sensible.

Le *gonflement* qui suit la douleur simule très-bien les tumeurs bénignes ou malignes du périoste et des os : fibromes, gommes, exostoses épiphysaires, etc. Il est fort probable que souvent on a pris pour des exostoses gommeuses des tuméfactions périostiques des membres. L'erreur inverse peut être commise.

---

l'Académie royale de chirurgie, les vignettes de C. N. Cochin le fils et de Fr. Boucher n'ont plus conservé que la fleur de lis rayonnante.

Le cadre (largeur 73 centimètres, hauteur 50 centimètres), fort bien orné aussi, forme avec l'image (largeur 72 centimètres, hauteur 54 centimètres) un très-bel ensemble. Les propositions d'anatomie et de chirurgie, disposées sur trois colonnes, ex anatomia le testicule, ex chirurgia le sarcocèle, ont été soutenues, sous la présidence de M. Roch Dubertrand, maître ès arts et en chirurgie, de l'Université de Paris, prévost des Écoles, par Pierre Barthelemot Sorbier, de Sarlat, maître ès arts, et chirurgien ordinaire de sérinissime prince le duc d'Orléans, le samedi 15 juillet 1752.

Au Cabinet des estampes, à la fin des œuvres d'Ant. Dieu, qui a dessiné plusieurs grandes thèses, se trouve une pièce intéressante : *Veüe de l'*AMPHITHÉATRE ANATOMIQUE *construit sous le règne de Louis le Grand par les soins et aux dépens de la compagnie royalle des Mes chirurgiens depuis* 1694. C'est l'école de dessin qui existe encore rue de l'Ecole-de-Médecine, autrefois des Cordeliers. Le dôme portait alors, à son sommet, une lanterne surmontée de la couronne royale.

VI. Thèse de Bertrand Try, 14 août 1752, n° 17. — Elle suit donc immédiatement la précédente. L'image, *chez L. Cars, graveur du roi, rue Saint-Jacques*, n'est pas signée; elle a 69 centimètres de largeur sur 54 centimètres de hauteur. C'est une jolie composition moderne, sorte de sujet biblique avec des personnages en costume Louis XV, dans la manière d'Ant. Coypel. On y devine la première entrevue de Jacob et de Rachel, fille de Laban, sa cousine (*Genèse*, ch. 29, v. 12). Mais il n'est pas aussi facile de pénétrer l'allusion actuelle au Collège des chirurgiens, d'autant plus que l'inscription très-laconique, placée au-dessous, est à moitié détruite : Spem non ment... mer...

Le cadre, de même dimension que l'image (largeur 70 centimètres, hauteur 55 centimètres), renferme comme d'habitude en trois colonnes les propositions d'anatomie et de

La douleur qui accompagne le gonflement a pu faire penser à un ostéosarcome. Le diagnostic différentiel entre le cancer des os et la périostite chronique est assez délicat; car dans les deux affections on sent une tumeur dure, adhérente à l'os. On devra s'aider des signes suivants :

Dans la périostite, on ne sent l'os qu'à travers une masse pâteuse, qui n'est autre chose que le périoste épaissi; dans l'ostéosarcome, cette membrane est intacte et le doigt a la sensation directe de la tumeur osseuse.

La *direction* est différente : la tuméfaction périostique s'étend suivant l'axe de l'os et s'allonge dans cette direction sans se développer en épaisseur. Le cancer des os pousse ses productions dans tous les sens et s'élargit en travers; les prolongements remontent au rebours de la déclivité. La périostite, au contraire, se développe dans le sens de la pesanteur.

La *forme*, la *consistance* et le *volume* sont de bons caractères diagnostiques. La tumeur d'origine périostique a des limites diffuses, mais une forme régulière; quand elle subit la fonte purulente, c'est par le centre qu'elle se ramollit. Elle n'atteint pas le volume d'un œuf sans passer à la suppuration. L'ostéosarcome forme une tumeur irrégulière, à limites très-nettes. Les points de ramollissement n'ont rien de fixe : la pression donne la sensation de lamelles osseuses cédant sous le doigt. Son volume augmente constamment et peut devenir considérable.

Enfin on peut pratiquer des *ponctions exploratrices*. Quand on hésite, on doit mettre le malade en observation et attendre quelques mois; la marche de l'affection viendra lever tous les doutes.

On comprend de quelle importance est ce diagnostic différentiel, et à quelle thérapeutique dangereuse peut entraîner une erreur, puisque la question d'amputation peut être posée dès le début de l'ostéosarcome.

Abcès. — La collection purulente peut être méconnue ou prise pour une tumeur molle : un lipome, une bourse séreuse kystique, etc. Cette erreur est commune pour les périostites du thorax, surtout quand l'abcès se forme en arrière, siége de prédilection des lipomes. Mais la tumeur lipomateuse donne partout la même sensation aux doigts et peut être déplacée sur la cage thoracique, tandis que l'abcès périostique présente une circonférence dure et rénitente, qui contraste avec la mollesse du centre de la tumeur; de plus, il est adhérent à la côte sur laquelle il se développe.

Dans les cas où la collection purulente est bien reconnaissable, il reste à compléter le diagnostic en précisant l'origine et la nature de l'abcès. C'est là surtout que les erreurs d'interprétation peuvent se produire, si elles ne sont évitées par une observation exacte. Parfois, l'on pense à un abcès froid idiopathique et l'on méconnaît la périostite. On devra se souvenir que l'abcès périostique ne débute pas d'emblée dans les parties molles, mais succède à un gonflement de l'os sous-jacent. Le plus souvent, on considère ces collections purulentes froides comme symptomatiques d'altérations osseuses; on va même jusqu'à les prendre pour des abcès par congestion. Cette erreur est surtout commise à la partie supérieure de la cuisse et à la région dorsale inférieure; on peut, du reste, prendre réciproquement un abcès par congestion pour une périostite de ces régions. C'est principalement autour de l'articulation coxo-fémorale que l'erreur est difficile à éviter; tout ce que l'on peut dire pour les différencier, c'est que, dans la périostite, l'abcès est sessile, adhérent à l'os et semble faire partie du gonflement osseux.

Enfin, l'erreur commise chaque jour en clinique consiste à prendre ces collections purulentes froides pour des abcès ossifluents, symptomatiques d'une ostéite à forme carieuse ou nécrosique. Nous avons assez insisté sur ce point pour n'avoir pas besoin d'y revenir. Dans les périodes ultimes de l'affection, cette interprétation présente quelque apparence de vérité, quand la couche superficielle de l'os est entamée en quelques points par l'ostéite ulcéreuse. Mais, au début de l'affection, il suffit d'introduire le stylet ou le doigt pour se convaincre que l'os est intact et partout recouvert de sa lame périostique. L'erreur dont nous parlons peut devenir très-préjudiciable pour le malade, quand le chirurgien, persuadé qu'il a affaire à une altération osseuse inguérissable, se laisse aller à l'intervention chirurgicale. On a vu pratiquer des résections de côtes, de métacarpiens, etc., pour une périostite externe, dans laquelle l'ostéite concomitante était prise pour une carie et, comme telle, jugée incurable, alors que, d'après les observations de M. Gaujot, elle ne constitue qu'une lésion suceptible de guérison spontanée.

Anatomie pathologique. — Cette partie de l'histoire de la périostite externe chronique est la plus obscure, pour deux raisons principales : le manque de constatations nécropsiques et le défaut d'un examen histologique approfondi. En effet, la périostite externe n'est pas une affection ordinairement mortelle et les autopsies sont rares; puis, même dans les cas où l'on peut disséquer ces lésions périostiques, on n'étudie que les altérations extrêmes de la maladie, le plus souvent les lésions de la tuberculose qui entraîne la mort.

Cependant, on peut dès à présent se faire une idée des lésions anatomiques propres à la périostite externe, en utilisant les notions puisées à diverses sources : 1° par les explorations sur le vivant, faites accidentellement ou volontairement, à la suite de ponctions, incisions ou excisions; 2° par les pièces enlevées dans une opération, amputation ou résection; mais alors on a sous les yeux des altérations qui ne sont plus seulement celles de la périostite primitive; 3° enfin, par les autopsies pratiquées dans les cas où une affection intercurrente amène la mort du malade.

---

chirurgie (positiones anatomicæ et chirurgicæ) sur les maladies des os. Il n'y a pas de partie anatomique distincte. Le président de la thèse était Antoine Louis, maître ès arts et en chirurgie, professeur royal des écoles, conseiller secrétaire pour les extraits de l'Académie royale de chirurgie, censeur royal des livres et membre de la Société royale de Lyon. Le postulant était Bertrand Try, de Pau, « polensis » maître ès arts « in alma Parisiensi artium facultate magister » et chirurgien ordinaire de l'hôpital royal des frères de la Charité.

VII. Thèse de Jean-Baptiste Honoré Bourgarel, 15 novembre 1755, n° 50. — Plus de trois années se sont écoulées. Pour les 33 thèses inconnues qui ont paru pendant ce temps là, il a fallu 33 images. Les gravures dont on s'est servi, en y joignant une devise, ont fini par s'épuiser. Force a été, je suppose, d'entrer dans une voie nouvelle, celle des dédicaces. Mais, si l'image est un peu différente, la disposition générale de la thèse n'a pas changé, bien qu'elle provienne d'un autre éditeur. Sur le cadre comme sur la gravure on lit : *A Paris, chez Hecquet, rue Saint-Jacques, à l'image Saint-Maur, sur la place Cambrai.* La gravure (largeur 61 centimètres, hauteur 48 centimètres) est signée : *Mignard pinxit. Hecquet sculpsit.* C'est, avec l'entourage de figures allégoriques, le portrait du personnage auquel la thèse est dédiée : « Illustrissimo Augustissimo Galliarum senatus principi, offert, vovet et consecrat Joannes Baptista Honoratus Bourgarel, chirurgiæ studiosus. » Cette dédicace n'est pas renfermée cette fois dans le petit espace qui lui est ordinairement réservé en haut du cadre. Le dessin d'une peau de lion sur laquelle est imprimée la thèse a fait remettre la dédicace sur deux lignes séparées par un simple trait de THESES ANATOMICO-CHIRURGICÆ. Ces propositions d'anatomie et de chirurgie, sur les hémorrhagies à la suite des blessures, sont imprimées dans un cadre qui n'est pas suffisant pour les contenir; si bien que les dernières lignes de la formule : « quas, Deo juvante et præside M. Raphaele Benevento Sabatier, artium liberalium et chirurgiæ magistro, tueri conabitur Joannes

M. Gaujot possède six autopsies de périostites; les malades avaient succombé à des complications éloignées ou indépendantes : méningite tuberculeuse, fièvre typhoïde, arthrite aiguë coxo-fémorale. C'est d'après ces documents que ce chirurgien a pu arriver à déterminer les altérations anatomiques de la périostite chronique.

Ces altérations peuvent se présenter sous quatre degrés.

Premier degré. — Il est caractérisé par l'hyperhémie et la turgescence vasculaire du périoste, qui est gonflé, épaissi et ramolli : au microscope, on trouve un réseau vasculaire très-développé entouré de jeunes cellules, et parsemé çà et là de quelques granulations jaunes. Ces modifications ont été observées par les chirurgiens qui ont incisé des périostites au début, à la suite d'erreurs de diagnostic ou dans un but thérapeutique.

Deuxième degré. — On trouve les mêmes altérations qu'au degré précédent; mais, de plus, le périoste est infiltré par un liquide gluant, rosé et abondant. Il a été appelé gélatineux par Lobstein, gommeux par Bichat, albumineux par Ollier; M. Gaujot le croit de nature analogue à celle de la lymphe. Au microscope, on trouve en abondance des globules blancs. De petits grumeaux caséeux sont déposés dans les interstices de la couche vasculaire. L'épaisseur du périoste est presque doublée et triplée; son adhérence à l'os diminue, et il suffit d'une faible traction pour l'en décoller; il ne tient plus à la surface osseuse que par des tractus fibreux et s'enlève tout d'une pièce. On a alors entre les doigts un lambeau de périoste épaissi, de consistance lardacée; la face interne, d'un blanc mat, a un aspect crayeux; la face externe, tomenteuse, villeuse, est d'un rouge foncé.

Troisième degré. — Il correspond au développement de l'abcès froid périostique, dont nous n'avons pas à étudier l'anatomie pathologique, en tant que collection purulente; nous devons nous borner à indiquer les modifications du périoste à cette période. Sa couche externe se couvre de granulations, tandis qu'à sa face interne se déposent des couches osseuses de nouvelle formation. La lame périostique subit donc une double périostite : suppurante à sa face superficielle et ostéoplastique par sa face profonde. Elle est devenue plus dense et a pris une consistance ligneuse. Le périoste redevient plus adhérent à l'os, auquel il est rattaché par les aspérités de la couche osseuse nouvelle; il est comme piqué par les ostéophytes.

Quatrième degré. — Les granulations se transforment en bourgeons fongueux, et la surface du périoste se couvre de fongosités. A ce moment, la membrane périostique peut se mortifier en certains points. L'os mis à nu est alors atteint d'ostéite. Ceci ne veut pas dire qu'il soit resté sain jusqu'à ce moment; depuis le début, l'os participe à l'affection du périoste qui le recouvre, et à chaque période de la maladie correspond une forme d'ostéite : elle est congestive au début, condensante à la seconde et à la troisième période; à la quatrième elle devient suppurante, et prend, dans les points où l'os est mis à nu, la forme spéciale de l'ostéite ulcéreuse. Cette ulcération de l'os reste superficielle, ne s'étend pas en profondeur, et par suite n'atteint pas le canal médullaire; en étendue, elle ne dépasse pas les limites de l'érosion périostique. Il est exceptionnel qu'elle prenne la forme carieuse ou nécrosique. Dans ces cas, on note l'issue de petits séquestres lamellaires. Il est inutile de dire que ces différentes formes d'ostéite peuvent se combiner et même se trouver réunies sur le même os qui est érodé ou creusé de petits amas caséeux par places, et se recouvre en d'autres points d'une couche osseuse de nouvelle formation.

Telles sont les diverses sortes d'altérations osseuses que l'on observe dans le cours de la périostite externe commune; mais quand l'affection s'éternise sur un os, et surtout quand survient une complication, l'ostéite change de nature. Si la dégénérescence fongueuse envahit l'articulation voisine, les os subissent les altérations propres aux tumeurs blanches. Quand la périostite se complique de tuberculose généralisée, l'ostéite prend la forme spéciale bien connue de l'ulcère tuberculeux, qui ronge l'os et le creuse à l'emporte-pièce. La surface osseuse, érodée, reste lisse et se couvre d'une suppuration sanieuse, noirâtre, semblable à du marc de café.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Alimentation par lavements de pancréas et de viande.

Paris, 10 novembre 1879.

Dans la savante analyse des recherches récentes sur les lavements alimentaires, que vient de publier le docteur J. Michel (voy. les nos 43 et 44 de la *Gazette hebdomadaire*), il arrive à une conclusion qui, si elle est exacte pour les lavements de lait, de bouillon, d'œuf et de sang défibriné, n'est certainement pas applicable aux lavements de viande et de pancréas. La question pratique n'est pas de savoir si le gros intestin sécrète ou non des sucs doués de la puissance digestive. Au point de vue thérapeutique, la question aujourd'hui est de savoir si en mêlant à des matières alimentaires, soit du suc gastrique, soit du suc pancréatique, et en injectant le mélange dans l'intestin, il y aura digestion de ces matières et absorption du produit de cette digestion. Les

---

Baptista Honoratus Bourgarel, carnutensis (de Chartres) liberalium artium magister. Parisiis in regiis chirurgorum scholis. Die Sabbati, 15 novembris anno salutis 1755. A sesqui secunda post meridiem ad septinam », empiètent de quelques centimètres sur la gravure de l'ovale inférieur où est inscrit « pro actu publico et solemni cooptatione ». Le cadre (largeur 65 centimètres, hauteur 50 centimètres) est un peu plus grand que l'image. Cette thèse dans son ensemble est de même dimension que la première. Ce sont les deux plus petites.

Dr E. TURNER.

(*A suivre.*)

BUDGET DES ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le nombre des aliénés traités, tant dans les grands asiles que possède le département (Sainte-Anne, Ville-Evrard et Vaucluse), que dans les asiles des autres départements auxquels le département de la Seine paye une pension, était, au 31 décembre 1877, de 7547; dans le courant de l'année 1878, le nombre des admissions a été de 2921; le chiffre des aliénés traités en 1878 a donc été de 10468; les sorties définitives, guérisons, décès, se sont élevés à 2791; de sorte que le 31 décembre 1878, le nombre des aliénés traités aux frais du département était de 7697.

Cet entretien coûte plus de quatre millions au département de la Seine.

GALVANI. — La ville de Bologne a inauguré hier le monument élevé à Galvani, un de ses enfants. L'illustre physiologiste est représenté au moment où il découvre l'électricité animale en touchant avec deux métaux différents les nerf lombaires d'une grenouille écorchée.

expériences de Leube sur des chiens, les faits cliniques qu'il a rapportés, ceux de Fiechter, de Bâle (cités p. 679 de la *Gazette hebdomadaire*, n° 43), et ceux que j'ai observés par moi-même, ne laissent aucun doute à cet égard. Les expériences démontrant que le gros intestin n'a pas de fonction digestive n'ont rien de contradictoire avec ces faits, pas plus que n'en aurait la démonstration universelle qu'un vase contenant du lait ne possède pas de fonction digestive. Dans ce vase inerte, au contraire, la digestion de substances albumineuses peut se faire sous l'influence du suc gastrique ou celle de suc pancréatique. Le gros intestin n'agit peut-être ni *plus* ni *mieux* que ce vase inerte quand on y a injecté de la viande et du pancréas, mais ce qui est important, c'est qu'il n'agit pas *pis* et surtout que les vaisseaux de cet intestin sont capables d'absorber les produits liquides de la digestion (artificielle si l'on veut) qui s'y fait.

Dans un cas où un spasme de l'œsophage empêchait toute alimentation par l'estomac, j'ai eu recours, avec le docteur Morrill Wyman, de Cambridge (Etats-Unis), à des lavements de viande et de pancréas, deux fois par jour, et avec ce résultat, que le malade n'a rien perdu en poids pendant les huit jours d'emploi de ce procédé. Dans deux cas d'hystérie que j'ai mentionnés dans un article publié l'an dernier dans le journal *The Lancet*, de Londres (vol. I, 1878, p. 144), j'ai employé le même procédé, avec le même succès: dans un des cas pendant cinq jours, dans l'autre pendant six jours. Dans un cas de gastralgie où tout aliment introduit dans l'estomac était la cause de violentes douleurs et de vomissements, cas dans lequel mon procédé, ordinairement si utile, d'alimentation fragmentée (une bouchée de pain et de viande toutes les six ou huit minutes : voy. mon mémoire in *American Archives of scientific Medicine*, janvier 1873) avait échoué, j'ai réussi pendant plus d'un mois à entretenir un état général de santé très-notable, et à nourrir efficacement la malade par des lavements de viande de bœuf ou de mouton et de porc. J'ai obtenu des résultats très-satisfaisants sur deux autres malades qui continuent encore maintenant l'usage de ces lavements. L'un de ces malades, qui ne peut prendre par la bouche qu'une quantité très-minime d'aliments demi-liquides, par suite d'une paralysie provenant d'une apoplexie capillaire encéphalique, n'a guère perdu de force ou de chair depuis plus d'un mois, grâce surtout à l'alimentation artificielle par lavements de viande et de pancréas. Ce malade, que je soigne avec le docteur Faure-Miller, a été vu deux fois par mon savant collègue M. Vulpian. L'autre malade, atteinte de tumeur pressant sur le nerf vague et, en conséquence, de vomissements chaque fois qu'elle prend des aliments, a été nourrie surtout à l'aide de lavements de viande et de pancréas depuis le jour où je l'ai vue en consultation avec son médecin ordinaire, le docteur Faure-Miller, le 4 août dernier, c'est-à-dire depuis plus de trois mois. La quantité de viande à employer lorsqu'on nourrit un malade entièrement par ces lavements est de 4 à 500 grammes au moins, par jour, et celle de pancréas de 150 à 200 grammes. Ces quantités de viande et de pancréas servent pour deux injections quotidiennes. Lorsque le pancréas est absolument frais, la digestion de ces substances est si complète, que l'on ne trouve dans les fèces parfaitement formées que rend le malade, aucune trace de leur présence : les tissus de la glande comme ceux de la viande étant évidemment digérés d'une manière complète (1).

C. E. Brown-Séquard.

(1) Voir sur un sujet analogue page 735.

A M. LE PRÉSIDENT DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

L'analgésie thérapeutique locale par irritation de la région similaire du côté opposé.

Paris, 8 novembre 1879.

Très-honoré confrère,

Merci pour vos remarques au sujet de ma communication à l'Académie de médecine sur « l'analgésie thérapeutique locale par irritation de la région similaire du côté opposé ».

Ces remarques, toutes bienveillantes du reste, demandent une réponse. Cette lettre sera donc un complément de ma communication ; je vous remercie de m'avoir mis en demeure de l'écrire, et j'espère que vous voudrez bien la placer sous les yeux de vos lecteurs.

Je n'ai lu à l'Académie qu'une note, et avec intention ; j'aurais craint d'abuser de ses moments en lisant un mémoire. Mais rassurez-vous, j'avais tous les éléments d'un mémoire dans les nombreuses observations que mes élèves et moi nous avons recueillies depuis le mois de juin dernier — et ce n'est qu'après quatre grands mois d'expériences, répétées dans des circonstances variées, et cela en présence des personnes qui suivent mon service hospitalier, que je me suis décidé à soumettre au jugement de l'Académie la note dont j'ai eu l'honneur de lui donner lecture.

Vous pourrez apprécier la méthode que j'ai suivie dans lesdites expériences, car elle me fournira réponses satisfaisantes, je l'espère, à vos justes remarques, et tout le monde y gagnera.

Votre bienveillante argumentation repose sur les deux questions suivantes :

1° La disparition, supposée réelle, de la douleur est-elle due à ce que l'injection a été pratiquée sur un point symétrique de celui où la douleur siégeait?

2° Y a-t-il eu véritablement cessation de la douleur?

Ces deux questions sont très-nettement posées. Voici mes réponses :

A. Mes expériences comparatives établissent que la diminution ou la disparition de la douleur peuvent être obtenues lorsque l'on pratique une injection hydrique sous-cutanée ou une simple piqûre à la peau: 1° *loco dolenti;* 2° au-dessus ou au-dessous du point douloureux ; 3° en un point quelconque du corps, soit du côté correspondant, soit du côté opposé au siége de la douleur.

Mais l'analyse expérimentale révèle les degrés suivants dans les résultats obtenus : pratiquée au siége de la douleur, l'irritation cutanée ou sous-cutanée détermine la diminution ou la cessation de la douleur plus rapidement, plus profondément et d'une façon plus durable que si cette irritation est produite au-dessus ou au-dessous de la douleur. De plus, les résultats sont moins satisfaisants, c'est-à-dire moins rapides, moins profonds, moins durables, lorsque l'irritation porte sur un point quelconque du côté opposé au siége de la douleur ; mais plus on se rapproche du point similaire, plus les résultats s'accusent satisfaisants.

Enfin, et c'est là le point nouveau, la diminution ou la cessation de la douleur a lieu presque constamment, lorsque, sur le point *exactement symétrique* de celui où siége la douleur, on pratique une simple piqûre de la peau ou une injection hydrique sous-cutanée.

En résumé, les résultats sont douteux, lents et de peu de durée lorsque l'on agit en un point quelconque du côté opposé à la douleur; ils sont presque certains, plus rapides et plus durables lorsqu'on agit dans le point exactement similaire, et cela dans les cas d'arthrite rhumatismale ou dans les névralgies de nature diverse.

B. A la deuxième question: Y a-t-il véritablement cessation ou diminution de la douleur, je réponds :

Les malades qui ont été soumis à ce mode de traitement demandent souvent eux-mêmes qu'on pratique de nouvelles piqûres ou de nouvelles injections hydriques sous-cutanées, lorsque la douleur est revenue. Ils préfèrent donc la douleur provoquée, thérapeutique, à la douleur spontanée, pathologique, et l'on est dès lors autorisé à croire que le mal qu'on leur fait est un bien. Notons qu'on ne choisit pas des hystériques, pour les expériences.

Quant à la part qu'il conviendrait de faire, dans la disparition de la douleur, à la contention d'esprit, à cette variété d'*expectant attention* des Anglais, je réponds que souvent j'ai procédé à l'opération sans dire aux malades ce que j'allais faire, ce que je voulais obtenir, et que dans ces cas le résultat a presque toujours été

satisfaisant. Je ne citerai que deux observations : Un cocher, entré de la veille dans mon service, souffrait d'une douleur sciatique gauche ; je le fais lever et, me plaçant derrière lui, je le pique, sans l'avoir prévenu, *loco dolenti*, avec la canule-aiguille, et j'injecte quelques gouttes d'eau ordinaire sous la peau ; il se retourne fort mécontent du mal que je venais de lui faire. Je l'invite à marcher; il marche, il ne souffre plus et il dit : « Pourquoi m'a-t-on laissé souffrir si longtemps, puisqu'on pouvait me guérir si vite ? » Le lendemain il souffrait encore un peu, il demanda une seconde piqûre. On n'en fit pas une troisième, et quelques jours après il sortait guéri.

Seconde observation : Un jeune homme, affecté de rhumatisme articulaire aigu et dont le poignet gauche était très-douloureux, me désigne, sur ma demande, avec l'index de la main droite, le point le plus douloureux de son articulation. Je ne lui dis rien et, sur le point similaire du poignet droit, je pratique une simple piqûre qui traverse la peau, sans injection hydrique. Immédiatement le malade fléchit, étend la main, remue les doigts, et me regarde tout étonné : il ne souffre plus. Je n'ai pas eu besoin de lui faire une seconde piqûre.

Enfin, pour agir avec méthode, je procède depuis longtemps de la façon suivante : Armé d'une petite seringue Pravaz, remplie d'eau ordinaire, je pique avec la canule-aiguille dans le point d'élection ; j'attends quelques secondes en laissant la canule-aiguille en place, et je ne fais d'injection *in eodem loco* que si le soulagement ne s'est pas produit. La piqûre le plus souvent est suffisante.

Quant à l'interprétation physiologique des phénomènes croisés, je l'ai proposée avec une grande réserve, et elle m'a été inspirée par des expériences personnelles et par l'enseignement de Brown-Séquard. C'est avec justice que mon collègue le docteur Hénocque, à l'appui de mon interprétation, a rappelé les phénomènes d'arrêt de l'aura épileptique. Il me suffit aujourd'hui d'avoir appelé l'attention sur la part qui revient aux centres sensitifs dans les douleurs périphériques mécaniques ou spontanées.

Est-il besoin, mon cher confrère, d'ajouter que les propositions susmentionnées reposent sur de nombreuses observations et sur des expériences qui sont répétées, chaque jour, dans mon service de la Pitié ? De plus, vous m'accorderez que j'ai pris grand soin, dans ma note à l'Académie, de déterminer la part qui appartient à chaque procédé de l'irritation périphérique. Mais les faits nouveaux de ma communication, et je tiens à le rappeler, portent : 1° sur l'analyse physiologique de l'acte complexe de toute injection sous-cutanée ; 2° sur la possibilité expérimentale presque constante de calmer ou de faire cesser une douleur périphérique en pratiquant l'irritation thérapeutique cutanée ou sous-cutanée, du côté du corps opposé au siége de la douleur, en un point rigoureusement symétrique ; 3° sur la vraisemblance du siége réel, anatomique, de la douleur périphérique dans les centres sensitifs.

Agréez, très-honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

A. DUMONTPALLIER.

RÉPONSE.

Voilà donc l'état des choses. 1° Nous avions dit que, pour savoir si une injection d'eau simple sur un point symétrique du point douloureux faisait disparaître la douleur, il fallait, par comparaison, déterminer les effets d'une injection semblable sur un point quelconque du corps. Or, l'auteur déclare que précisément les effets sont les mêmes dans les deux cas ; seulement moins profonds, moins rapides, moins durables dans le second que dans le premier. 2° Nous avions ajouté qu'il serait bon d'expérimenter même la simple piqûre de la peau sans injection hydrique, entendant par là que ce serait un moyen de juger de la véracité du sujet; or, il se trouve que nombre de sujets se sont sentis soulagés après cette simple piqûre, faite tantôt *loco dolenti*, tantôt sur le point symétrique, tantôt enfin sur un point quelconque du corps. Laissant, pour le moment, la question de sincérité ou d'action morale, que peut laisser debout le fait de la guérison par une véritable piqûre d'épingle loin de la douleur, nous ferons remarquer, relativement à la question principale, celle de la sympathie symétrique, que la démonstration, perd notablement de sa valeur, du moment où elle n'est plus appuyée que sur des nuances dans l'intensité ou la durée d'un phénomène subjectif tel que la douleur.

A. D.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

RECHERCHES SUR LE DALTONISME. Note de MM. *J. Macé* et *W. Nicati.*

« L'objet principal de nos recherches a été d'obtenir des mesures comparatives entre les quantités de lumière perçues dans les différentes parties du spectre par le daltonien d'une part et l'œil normal d'autre part. La méthode que nous avons employée est basée sur ce fait que l'acuité visuelle diminue en même temps que l'intensité de la lumière, et elle consiste à mesurer cette acuité visuelle, pour le daltonien, dans les diverses parties du spectre, en la comparant chaque fois à l'acuité visuelle, dans les mêmes circonstances, pour une vue normale. Nous utilisons un spectre d'une longueur totale de plus de 50 centimètres, projeté sur une règle graduée tendue de velours noir. Sur cette règle glisse à volonté un carré de carton blanc dans lequel est découpée une lettre de l'alphabet de 5 millimètres de côté. La mesure consiste à chercher la distance maximum d à laquelle le daltonien doit se rapprocher pour distinguer le signe, et immédiatement après la distance D correspondante pour l'un de nous, toujours le même.

» En déterminant de la sorte les valeurs du rapport $\frac{d}{D}$ pour les diverses régions du spectre, nous avons obtenu des courbes qui se rapportent à trois types : les unes, au nombre de trois, s'abaissent vers l'extrémité rouge du spectre; une autre s'abaisse vers l'extrémité violette; deux enfin présentent un minimum de perception dans le vert. Nous devons insister tout particulièrement sur les faits d'abaissement de la courbe dans le vert, que nous croyons être des premiers à constater d'une manière certaine. Voici les chiffres de l'une des expériences pour une longueur du spectre de 7 centimètres, prise dans la région intéressante : $\frac{d}{D} = 1{,}09$; 0,83; 0,76; 1,02. Le minimum d'acuité correspond sensiblement au milieu de la distance entre les lignes E et F dans le vert. En ce dernier point, d et D diffèrent de 60 centimètres, et quatorze mesures effectuées sur toute l'étendue du spectre donnent une courbe parfaitement régulière. Qu'on ne s'étonne pas de voir, dans l'observation qu'on vient de rapporter, l'acuité visuelle correspondre encore dans la région défectueuse aux trois quarts environ de l'acuité normale. Des expériences directes nous ont montré que l'acuité visuelle varie lentement, alors que la lumière diminue dans une proportion considérable. »

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DU TYMPAN QUI PROVOQUENT LES PHÉNOMÈNES NERVEUX ATTRIBUÉS EXCLUSIVEMENT AUX CANAUX SEMI-CIRCULAIRES. Mémoire de M. *Bonnafont*. — On sait que, d'après les expériences de Flourens, selon que les canaux semi-circulaires sont divisés en totalité ou partiellement, l'animal soumis à l'opération tourne à droite ou à gauche, ou garde l'équilibre, mais il semble pris de vertiges. De Goltz suppose que les canaux semi-circulaires sont les organes principaux du sens de l'équilibre de la tête, et conséquemment de tout le corps. Cette théorie trouve quelque confirmation dans les observations recueillies par M. Bonnafont, qui, du reste, avant de Goltz, avait attribué à la pression subie par l'étrier les vertiges consécutifs à certaines affections de la membrane du tympan :

La membrane du tympan, outre ses mouvements partiels et latéraux, en éprouve deux principaux, l'un qui s'éloigne de la paroi interne de la caisse du tympan, et l'autre qui l'en rapproche. Ces mouvements ne pouvant s'accomplir sans y faire participer

toute la chaîne des osselets, il en résulte que, lorsque le tympan s'éloigne de la caisse, il tire à lui le manche du marteau et successivement tous les osselets jusqu'à l'étrier. La base de ce dernier, entraînée du côté de la caisse, augmente la cavité vestibulaire de toute la fraction de déplacement qu'il subit, et opère ainsi un ébranlement du liquide contenu dans le vestibule, lequel se transmet aussitôt à celui des canaux semi-circulaires. Le liquide contenu dans les canaux, obéissant aux lois de la pesanteur, se porte à la région la plus déclive et laisse dans ces canaux un vide égal au déplacement produit.

Supposons, au contraire, que par une cause quelconque, telle qu'une concrétion de cérumen au fond du conduit auditif, une excroissance polypeuse, ou tout autre corps étranger comprimant le tympan, ou même par la simple contraction des muscles qui meuvent les osselets, cette membrane soit refoulée du côté de la caisse. L'étrier subira une pression qu'il exercera, à son tour, sur le liquide du vestibule et par suite sur celui des canaux semi-circulaires; ce liquide produira alors un effet par pression ou par tension, selon l'expression de de Goltz : ce qu'il y a de certain, c'est que, si l'on exerce une légère pression sur l'étrier avec un stylet à bout plat, on produit des vertiges qui disparaissent aussitôt qu'on cesse de comprimer.

L'auteur rapporte quelques observations en rapport avec son explication.

Digestion stomacale et digestion duodénale; action de la pancréatine. Mémoire de M. *Th. Dufresne*.

Conclusions. — 1° L'acide chlorhydrique, dans le suc gastrique, est combiné à une base organique qui en modère l'action et en change les propriétés; il est donc nécessaire, pour étudier les digestions pepsique et pancréatique, de se servir d'une solution de chlorhydrate de leucine préparée avec la muqueuse stomacale. Sous cette influence, la digestion pepsique est comparable à celle qui se passe dans l'estomac; elle n'est plus sans limite, elle peut être filtrée et l'on peut en évaluer les résidus.

2° L'acidité du suc gastrique mixte, après une demi-heure d'ingestion, n'est plus due au chlorhydrate de leucine, mais aux acides lactique, sarcolactique, tartrique, malique, etc., et le meilleur réactif de cette transformation est la pancréatine, qui, après avoir séjourné deux heures dans le suc gastrique pur, ne touche pas sensiblement à l'amidon, après saturation du milieu, tandis qu'elle en saccharifie sept fois son poids dans le suc gastrique mixte après neutralisation.

3° Cette différence dans l'acidité du suc gastrique pur et du suc gastrique mixte est rendue plus manifeste encore par des digestions artificielles sur les aliments azotés : si l'albumine a été préalablement lavée à l'eau chlorhydrique, la pancréatine, après neutralisation du milieu, ne peptonise que 5 grammes d'albumine; mais si l'albumine est mise directement dans l'eau, un chyme artificiel prend naissance, et la pancréatine, après neutralisation, peptonise 38 grammes d'albumine.

La pancréatine ne subit donc aucune altération au milieu du chyme, retrouve toute son activité dans le duodénum, et 1 gramme de cette substance digère simultanément 38 grammes d'albumine, 7gr,5 d'amidon, 11 grammes d'axonge. (Commissaires : MM. Wurtz, Vulpian, Chatin.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. Farabeuf, se portant candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. — 2° Un rapport de M. le docteur Weber, médecin principal de 1re classe, sur le service médical de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

M. *H. Roger* présente deux brochures de M. le docteur Louis Pénard : l'une, sur *l'intervention du médecin légiste dans les questions de blessures, de plaies*, etc.; l'autre, sur *le rétablissement des tours*.

M. *Larrey* présente un travail manuscrit et une série de brochures destinées au concours pour le prix Godard, de la part de M. le docteur Bourgeois.

M. *Bourdon* offre en hommage, au nom de M. le docteur Gaston Decaisne, une brochure sur *les paralysies corticales des membres supérieurs*.

M. *Gosselin*, au nom de M. le docteur Reliquet, présente une brochure sur *les coliques spermatiques*.

M. *Tarnier* offre en hommage, de la part de M. le docteur Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare, la traduction du *Traité clinique des maladies des femmes* de Gaillard Thomas (de New-York).

M. *Jules Guérin* présente, de la part de M. le docteur Dartot (de Mons), une brochure sur *l'ophthalmie granuleuse dans les écoles*.

M. *Legouest* offre en hommage, de la part de M. le docteur Guichet, une *Étude sur la fièvre jaune à Madrid en* 1878.

Sur l'invitation de M. *le Président, M. Planchon* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Boutron-Charlard. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

Étiologie du charbon. — A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, dans laquelle M. Colin avait fait une communication sur le charbon, M. *Pasteur* donne lecture d'une note dans laquelle il maintient les conclusions de son dernier travail sur la persistance des germes et de la bactéridie dans le sol du département d'Eure-et-Loir, conclusions que M. Colin avait contestées. Il s'efforce de démontrer que les conséquences négatives de M. Colin ne sauraient confirmer les faits positifs qu'il a produits devant l'Académie. M. Pasteur termine en disant qu'à côté de la jeune médecine qui entre résolûment dans la voie scientifique, il existe encore une vieille médecine qui s'effondre et dont il espère détruire les derniers vestiges par la théorie des germes. Il dit aussi qu'il a vu, *avec une grande tristesse*, la manière dont la question a été traitée par la presse. La *Gazette hebdomadaire*, ayant presque toujours défendu les idées de M. Pasteur, espère qu'elle n'est pour rien dans ses tristesses.

M. *Bouillaud* répond à M. Pasteur qu'il a approuvé hautement les belles découvertes de ce savant, mais il nous dit qu'il y a erreur de sa part lorsqu'il dit que la veille médecine doit faire place à la nouvelle. Il pense que c'est au contraire l'ancienne médecine qui a le plus défendu la contagion par la fermentation putride.

En somme, tout ce que dit aujourd'hui M. Pasteur a été dit autrefois en d'autres termes. Il a découvert le miasme que les anciens médecins n'avaient pu voir et toucher parce qu'ils n'avaient pas des procédés d'investigation aussi parfaite.

M. *Colin* demande à l'Académie la permission d'ajourner à la prochaine séance sa réponse à la communication qu'elle vient d'entendre.

M. *Pasteur* dit qu'il se sent embarrassé pour répondre à un savant comme M. Bouillaud, sur un terrain purement médical. Néanmoins, M. Bouillaud ne voit-il aucune différence entre soupçonner une cause de maladie et la démontrer matériellement. Le charbon, qui est déjà si bien connu, ne l'était pas avant les travaux de Davaine ; on soupçonnait seulement l'existence d'un germe spécifique qui a été découvert depuis. Il y a plus de deux années que M. Pasteur s'est occupé de la recherche de l'étiologie du charbon, et il croit avoir aujourd'hui résolu cette importante question.

Voici comment M. Pasteur a procédé. On élève un grand nombre de bêtes à laine dans le département d'Eure-et-Loir. Le charbon y existe à l'état permanent, même pendant l'hiver; un mouton meurt, on le transporte souvent à l'établissement d'équarissage où les germes sont détruits par la cuisson; mais lorsque les établissements sont éloignés, on se contente d'enfouir l'animal charbonneux dans un champ. Or, M. Pasteur a reconnu que la surface de la terre où l'animal a été enfoui contient des germes qui peuvent être inoculés et donner le charbon.

M. Pasteur a fait en outre d'autres expériences avec des germes, pris dans son laboratoire, qu'il a répandus sur le sol où les moutons sont parqués. Quatorze mois plus tard on retrouvait sur ce sol, malgré les cultures successives dont il avait été l'objet, les bactéridies charbonneuses. 500 grammes de cette terre contenaient des germes en quantité suffisante pour tuer des cochons d'Inde par inoculation.

On s'explique donc très-bien pourquoi le charbon existe à l'état permanent dans le département d'Eure-et-Loir.

M. *Bouillaud* répète qu'il est loin de méconnaître les belles recherches de M. Pasteur, mais que ce savant n'est pas le

seul qui ait employé l'expérimentation et les méthodes exactes en médecine. M. Pasteur connaît-il bien les travaux des médecins qui ont blanchi sous la clinique? Sait-il avec quelle exactitude nous employons toutes les ressources que nous fournissent la physique, la mécanique et la chimie? Ce n'est pas d'aujourd'hui que les médecins recherchent les germes et les virus, et la doctrine de la spontanéité n'a presque pas de partisans en médecine.

M. *Pidoux* fait remarquer que la morve peut cependant se déclarer spontanément dans les écuries par suite de l'encombrement.

M. *Pasteur* déclare qu'il a toujours reconnu les efforts des savants qui l'ont précédé, et qu'il a toujours eu MM. Bouillaud et Sédillot présents à l'esprit lorsqu'il a entrepris les études qui l'ont conduit à une confiance complète dans la théorie des germes. Mais il existe cependant un grand nombre de médecins qui croient à la dangereuse théorie de la spontanéité des maladies contagieuses. L'interruption que vient de faire M. Pidoux en est la preuve. La spontanéité a donc encore des partisans ; ce sont ceux-là que M. Pasteur veut combattre à outrance. Quant à M. Bouillaud, il reconnaît avec plaisir qu'il est d'accord avec lui sur la plupart des questions d'étiologie.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

De la périostite phlegmoneuse diffuse des maxillaires et de la phlébite suppurée du sinus, causées par la carie dentaire. — Ligature de la carotide primitive par la méthode de Brasdor. — De l'immobilisation et de la mobilisation des articulations malades. — Présentation de malades. — Élections de commissions.

M. *Périer* fait un rapport sur un travail de M. *Demons* (de Bordeaux) : *De l'ostéo-périostite phlegmoneuse diffuse des maxillaires et de la phlébite suppurée du sinus, causées par la carie dentaire.*

Dans son travail, M. Demons admet comme causes de la périostite et de la phlébite, la carie dentaire, les opérations pratiquées sur les dents et les fractures des maxillaires. Mais il y a une affection intermédiaire que M. Demons a oubliée, c'est la périostite alvéolo-dentaire. Après une opération pratiquée sur les dents à la suite du plombage d'une dent cariée, la périostite alvéolo-dentaire peut se montrer et entraîner à sa suite la périostite phlegmoneuse des maxillaires.

M. *Magitot*. La carie dentaire, que M. Demons invoque comme cause des lésions qu'il décrit, ne doit pas être mise en cause. La lésion de l'appareil dentaire qui en est l'origine, est la périostite alvéolaire ou périostite alvéolo-dentaire. Cette affection spéciale, qui est quelquefois, il est vrai, la conséquence d'une carie dentaire, est le plus souvent primitive, essentielle. En outre, elle revêt différentes formes, et chacune correspond en quelque sorte à des accidents variés.

La périostite simple, subaiguë, donne lieu à ce gonflement œdémateux de la face, connu sous le nom de fluxion. Si elle est aiguë, elle devient l'origine du phlegmon circonscrit ou diffus, et parfois amène les conséquences les plus graves, jusqu'à la nécrose des mâchoires, la phlébite des sinus et la méningite.

La périostite peut prendre la forme chronique ; elle occupe ordinairement, dans ce cas, le sommet de la racine. La périostite alvéolaire est le point d'origine unique de plusieurs processus pathologiques, qui aboutissent aux résultats les plus variés.

— M. *Delens* communique une observation de ligature de la carotide primitive pour un anévrysme de cette artère. Le malade, âgé de trente-cinq ans, entra à l'hôpital le 10 juin. Huit jours auparavant, il avait senti un craquement dans le cou, et peu à peu s'était développée une tumeur ayant tous les signes d'un anévrysme; M. Delens diagnostiqua un anévrysme de l'origine de la carotide primitive gauche.

L'artère fut dénudée et soulevée par un fil pendant deux minutes avant de faire la ligature; comme il n'y avait point de symptômes du côté du cerveau, le fil fut serré. La tumeur, qui avait le volume d'un petit œuf, diminua un peu; le bruit de souffle disparut, pour ne plus revenir. Mais, bientôt l'anévrysme reprit son volume primitif; le malade refusa l'électropuncture et quitta l'hôpital.

— M. *Duplay* commence la discussion sur le mémoire lu par M. Verneuil sur l'immobilisation et la mobilisation des articulations malades. M. Duplay se range à l'opinion de M. Verneuil, sauf sur quelques points. On sait que M. Verneuil s'élève contre la pratique qui consiste à imprimer des mouvements aux articulations encore malades, sous le prétexte d'éviter l'ankylose. L'immobilisation incomplète, dans le traitement des arthrites, est préjudiciable aux malades. La crainte de l'ankylose est secondaire ; il faut guérir l'arthrite d'abord. M. Duplay est encore de l'avis de M. Verneuil lorsque ce dernier dit que, s'il reste une ankylose ou une pseudo-ankylose, elle ne peut être mise sur le compte de l'immobilisation, mais plutôt sur le compte des lésions articulaires. M. Verneuil ajoute que la nature rétablira les mouvements; cela n'est pas exact pour toutes les affections articulaires. Si on laissait, dans tous les cas, les membres dans l'immobilité, on aurait parfois des membres ne pouvant plus agir. C'est qu'il faut distinguer entre les arthrites et les péri-arthrites. Contre les raideurs arthropathiques vraies, M. Verneuil a raison : la nature fera les frais de la guérison ; mais, dans les périarthrites, la mobilisation artificielle est excellente, surtout quand il s'agit de l'épaule. Dans le jugement à porter sur la valeur de la mobilisation, il faudra donc distinguer si les lésions sont intra-articulaires ou périarticulaires. Dans le premier cas, suivre l'avis de M. Verneuil et empêcher les mouvements intempestifs; dans le second cas, faire des mouvements quand les phénomènes inflammatoires sont éteints.

M. *Trélat*. C'est un sujet complexe que celui traité par M. Verneuil; aussi, une formule générale peut ne pas s'appliquer à tous les cas. Il faut distinguer, suivant l'articulation malade et suivant l'intensité de la maladie. M. Trélat a vu des hydarthroses moyennes, qui avaient tenu les malades au repos pendant six semaines, se trouver très-bien des massages et des manipulations. On a vu des fractures du radius ou des plaies articulaires des doigts, traitées par l'immobilisation prolongée, guérir en laissant une main ferme, dure, immobile; la flexion violente des doigts et de la main donnait une guérison complète en quelques semaines. Dans ces cas, les lésions périarticulaires jouent un rôle considérable.

Pendant la guerre, M. Trélat a vu un homme âgé rendu impotent par le rhumatisme; la jambe était fléchie sur la cuisse. Au bout de deux tentatives de redressement, le malade renonça au traitement chirurgical. Il guérit aux eaux de Bourbonne et d'Aix, avec les simples massages.

Un homme, pris de rhumatisme en Algérie, passa six mois à l'hôpital. La jambe était fléchie sur la cuisse. M. Trélat fit des tentatives de redressement et plaça le membre dans un appareil; subluxation du tibia, compression de la poplitée. On dut amputer la cuisse; le malade guérit.

Enfin, l'an dernier, un jeune homme se présente à M. Trélat avec une arthrite guérie du genou gauche; jambe dans la flexion. Plusieurs tentatives de redressement furent interrompues à cause des douleurs provoquées. Spontanément, le malade obtint une grande amélioration dans son état.

Pour certaines articulations serrées (hanche, coude, genou), quand des arthrites graves sont guéries, on n'obtient pas grand'chose par la mobilisation et l'on s'expose à des dangers sérieux. Dans les articulations lâches, quand il y a arthrite légère, la mobilisation est indiquée et donne de bons résultats.

— M. *Berger* présente un jeune homme, guéri d'un anévrysme faux consécutif d'une branche collatérale volumineuse de la fémorale; la guérison a été obtenue par l'application continue de la glace. La tumeur avait le volume d'une pomme d'api; elle avait les battements, l'expansion, le souffle et le thrill. Les battements étaient conservés dans la tibiale postérieure; rien dans les veines.

— M. *Verneuil* présente un jeune homme atteint de polypes naso-pharyngiens volumineux; l'opération sanglante n'était pas possible, à cause du mauvais état général. M. Verneuil enleva une grande partie de la production avec l'écraseur et cautérisa le reste avec l'acide chromique.

— *Élections de commissions* pour les prix de la Société de chirurgie :

Prix Demarquay. — Pathogénie des différentes formes de l'ankylose; des indications qui en découlent au point de vue thérapeutique : MM. Sée, Horteloup, Després, Le Fort, Farabeuf.

Prix Gerdy. — De la pyohémie : MM. Berger, Périer, Verneuil, Guéniot, Nicaise.

Prix Duval. — MM. Duplay, Marjolin, Terrillon, Forget, Lucas-Championnière.

Prix Laborie. — MM. Trélat, Terrier, Anger, Nicaise et Delens.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

Aphasie dans la paralysie générale : M. Magnan. — Effets vasculaires de l'asphyxie : MM. Dastre et Morat. — Nerf érecteur : MM. Laffont et Vitzou. — Effets respiratoires et vasculaires de l'inhalation de vapeurs irritantes : M. François-Franck. — Empoisonnement par l'aniline : M. Leloir. — Nouvelle variété de tricophyton : M. Mégnin. — Diverticulum de l'estomac du porc : M. Coudereau.

M. *Magnan.* On ne connaît jusqu'à présent qu'un fait d'aphasie au cours de la paralysie générale; il a été publié par M. Hanot. Les deux observations suivantes sont relatives à des cas analogues. La première est celle d'une femme de trente-sept ans, alcoolique, présentant depuis deux ans les signes de la paralysie générale, et qui à la suite d'une attaque apoplectiforme resta atteinte d'hémiplégie faciale droite et incapable de désigner les objets par leur nom ou de prononcer autre chose que des mots sans suite (aphasie avec incohérence). Elle mourut deux jours après; l'hémisphère droit portait les lésions d'une paralysie générale au début; le gauche, celles d'une paralysie avancée; les altérations étaient surtout marquées sur les bords de la scissure de Sylvius et au niveau de la troisième circonvolution, où l'adhérence des méninges était extrême. La seconde observation se rapporte à un paralytique général, qui présenta une série d'attaques apoplectiformes; à la suite de l'une d'entre elles, il demeura aphasique, ne pouvant dire que le mot : « Merci » (aphasie simple). A l'autopsie, on trouva une prédominance des lésions de l'hémisphère gauche, marquée surtout, comme dans le cas précédent, au niveau de la troisième circonvolution.

— Au nom de MM. *Dastre* et *Morat*, M. *Regnard* lit une note sur les effets vasculaires de l'asphyxie simple. Lorsqu'on supprime l'entrée de l'air dans les voies aériennes d'un lapin trachéotomisé, on voit l'oreille devenir turgescente et se gonfler de sang noir; l'intestin, au contraire, s'anémie. Cet antagonisme des circulations intestinale et cutanée est des plus nets. Il est difficile de comprendre par quel mécanisme peuvent être réalisés sous l'influence de la même condition des résultats aussi directement opposés. Quant aux conclusions à tirer de ces expériences, elles seront exposées ultérieurement.

— Au nom de MM. *Laffont* et *Vitzou*, M. *Regnard* lit une note sur l'excitation du nerf honteux externe, soit dans sa continuité, s'il est intact, soit dans son bout périphérique après sa section. Ce nerf est vaso-dilatateur; chez les femelles, il fait ériger le mamelon et sécréter la glande mammaire; chez les mâles, il provoque l'érection du gland.

— M. *François-Franck* continue la série de ses communications sur les nerfs sensibles respiratoires. Il a étudié l'action des vapeurs irritantes sur la surface pulmonaire. Des vapeurs d'ammoniaque ou d'acide sulfureux sont projetées dans la trachée d'un animal trachéotomisé, à l'aide d'un petit appareil qui permet de les maintenir sous une assez forte pression et de les lancer ensuite sous forme de jet instantané. Le moment où l'irritation se produit est ainsi connu d'une façon précise : on observe aussitôt après une grande inspiration, puis un arrêt de la respiration, comme à la suite de l'excitation du bout central du pneumogastrique. Si l'on étudie les variations de la pression intrapleurale, pendant que l'on pratique la respiration artificielle sous une pression constante, on constate que les oscillations deviennent de moins en moins amples; ce fait ne peut être dû qu'à un resserrement actif du poumon. Ce resserrement se produit même après la section des nerfs pneumogastriques et de tous les filets sympathiques qui abordent le poumon. Les irritations pulmonaires par les vapeurs irritantes déterminent aussi des troubles cardiaques très-complexes et des troubles vasculaires consistant surtout en une chute assez forte de la pression artérielle. L'analyse de l'expérience permet de rapporter cette dépression à un resserrement des vaisseaux pulmonaires. *Ce resserrement des parois musculaires des petites bronches et des vaisseaux gênant à la fois l'entrée de l'air et l'entrée du sang explique par un double mécanisme la tendance à l'asphyxie qui suit l'inhalation de vapeurs irritantes.*

— M. *Franck* présente ensuite un trépan costal qui reste fixé dans la côte, après qu'on a retiré une rondelle d'os, et permet de mettre en communication avec la cavité d'un tambour à levier celle de la plèvre, dont on peut étudier ainsi les variations de pression aussi bien au début d'une expérience que les jours suivants.

— M. *Leloir.* L'application sur des surfaces limitées de la peau de compresses imbibées d'une solution contenant 5 grammes de chlorhydrate d'aniline a été tentée, dans le service de M. Lailler (hôpital Saint-Louis), pour le traitement du psoriasis. Les malades soumis à cette médication ont présenté des symptômes cholériformes : nausées, refroidissement, cyanose, crampes, dyspnée, somnolence. Leurs urines contenaient de la fuchsine. A la suite de ces observations cliniques, M. Leloir a étudié expérimentalement l'empoisonnement par l'aniline. Les phénomènes observés chez les chiens à qui l'on avait injecté 2 grammes d'aniline dans une veine ont été tout à fait analogues. L'urine, peu abondante, contenait de la fuchsine; la salive, au contraire, s'écoulait en assez grande quantité, mais ne contenait ni fuchsine, ni aniline; le sang présentait une couleur brune; les globules, examinés au microscope, paraissaient sains. Néanmoins, les lésions du sang semblent être la cause des symptômes observés. Dans plusieurs cas il y a eu des convulsions épileptiformes; elles ont manqué dans les cas où l'on a tué les animaux par une série d'injections faibles. La mort survient alors sous l'influence du refroidissement.

M. *Quinquaud* a fait des expériences sur le même sujet et a constaté, outre les phénomènes observés par M. Leloir, une diminution de l'hémoglobine et une incapacité remarquable de l'hémoglobine non détruite d'absorber l'oxygène.

M. *Laborde* rappelle que, dans les fabriques d'aniline, on sait que les ouvriers sont sujets à des convulsions épileptiformes.

— M. *Mégnin*. Le tricophyton présente des variétés qui sont encore peu étudiées. A côté du *Tricophyton tonsurans*, qui produit la teigne tondante chez l'homme, que l'on rencontre aussi chez les chevaux, qui végète dans le poil même ou à sa surface, et dont les sporules n'ont que 2 μ de diamètre, on pourrait décrire un *Tricophyton decalvans*, qui paraît surtout vivre sur les veaux, végète dans le follicule pileux lui-même, et présente des sporules larges de 6 μ. Le nom proposé se justifie par l'aspect même des lésions que provoque ce parasite. Chez un chien que M. Mégnin présente à la Société, et sur lequel il a cultivé les deux variétés de tricophyton, on voit, d'un côté, une surface comme rasée due à l'action du *Tricophyton tonsurans*, et, de l'autre, une plaque absolument glabre, ulcérée sur quelques points, et dont la dénudation complète est le fait du *Tricophyton decalvans*.

— M. *Coudereau* a retrouvé sur les estomacs de porcs adultes le diverticulum qu'il avait étudié sur les estomacs de porcs à l'état fœtal. C'est une partie cloisonnée, dont les glandes en tubes ramifiés diffèrent des glandes à pepsine de l'estomac et ressemblent aux glandes à mucus de l'œsophage. Ce cloisonnement incomplet rapproche l'estomac du porc de celui des ruminants.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Corps étrangers du vagin ; occlusion intestinale ; application du forceps, par le docteur Baumel.

Il s'agit de deux femmes, âgées l'une de soixante ans et l'autre de quarante-neuf, qui s'étaient introduit dans le vagin d'énormes pelotons de fil de genêt enduits de cire jaune, dans le but de remédier à un prolapsus utérin. Le corps étranger fut supporté chez l'une pendant quinze ans, chez l'autre pendant huit années. Chose étonnante : la présence de ce pessaire n'empêchait pas le coït ni l'écoulement des menstrues. L'une de ces femmes devint enceinte, enleva le corps étranger pendant le travail et le replaça après la délivrance. Toutes deux supportèrent admirablement sa présence pendant des années, jusqu'à l'époque où elles furent prises subitement des symptômes les plus alarmants : douleurs hypogastriques, constipation, météorisme ; vomissements sans état fébrile chez l'une des malades, l'autre étant atteinte déjà d'un érysipèle.

En l'absence de toute hernie dans les anneaux, l'auteur pratiqua le toucher vaginal et constata la présence du peloton de fil. Malgré tous ses efforts, il ne put le faire basculer avec les doigts, à cause de son volume et des adhérences qu'il avait contractées avec la muqueuse, épaissie et ulcérée par places. Il fallut recourir à l'emploi du forceps, afin d'arriver à un degré de dilatation suffisant pour le détacher. Grâce à l'application de cet instrument, le docteur Baumel retira chez ces deux malades les corps étrangers, dans leur intégrité et sans fragmentation. L'un mesurait, sur son plus long diamètre, 205 millimètres de circonférence et 195 millimètres sur son diamètre opposé. L'autre, 20 centimètres de circonférence sur son plus grand diamètre et 198 millimètres sur son plus petit. Il n'y eut aucune déchirure, et les suites de l'opération furent très-simples.

Les accidents d'étranglement disparurent à l'aide de lavements, et l'état général redevint bientôt normal comme auparavant. Seulement le prolapsus utérin se reproduisit immédiatement chez la première, tandis que chez la seconde, dont l'utérus était en rétroflexion, les organes demeurèrent en place.

L'auteur insiste avec raison sur les déformations subies par la matrice en contact avec ces pessaires d'un nouveau genre. L'organe, sans doute rétrofléchi à l'époque du prolapsus, a conservé après sa réduction cette position anormale, que la forme du peloton paraît avoir accusée davantage. Le col était porté en avant ; la pression lente et soutenue, exercée d'arrière en avant sur sa lèvre postérieure, l'avait allongé au détriment de la lèvre antérieure, qui s'était effacée progressivement et avait même fini par disparaître ; en sorte que l'orifice externe se trouvait dans la paroi antérieure du vagin, la lèvre postérieure seule coiffant le pessaire et se moulant exactement sur lui. Cette déformation paraît d'autant plus avoir cette origine que, chez la plus jeune des deux malades, la lèvre antérieure reprit sa forme naturelle quelque temps après l'opération. C'est pour obvier aux accidents de ce genre que l'on fait en sorte généralement que les pessaires ne soient pas en contact direct avec le col utérin, qu'ils ulcèrent et dont ils modifient la forme. (*Montpellier médical*, 6 juin 1879.)

Intoxication saturnine produite par la toile américaine employée pour couvrir les voitures d'enfants.

Depuis trois ans on se sert beaucoup en Allemagne, pour les enfants, de voitures d'osier protégées contre les intempéries par une capote qui se replie, faite en cuir américain et de teintes grises variées. C'est surtout à Berlin et dans la Prusse rhénane que l'usage en est très-répandu.

On a dernièrement remarqué que de nombreux enfants, charriés dans ces véhicules présentèrent tous les symptômes d'une intoxication saturnine. La chaleur solaire paraît avoir exercé quelque influence sus l'éclosion des accidents, qui n'ont été signalés que dans le courant de juillet.

Le Bureau d'hygiène en prit occasion pour examiner des échantillons de l'étoffe suspecte de diverses provenances. La présence d'une forte proportion de plomb ayant été constatée dedans, on fit des analyses quantitatives, qui révélèrent l'effroyable proportion de 42,7 pour 100 de plomb métallique. D'un fragment de cuir américain, pesant 10 grammes, on put obtenir un grain de plomb de 4gr,27. Il suffisait de brûler avec une allumette une bandelette de ce tissu pour en voir ruisseler les gouttelettes de plomb. Un échantillon de cette étoffe fut, le 24 juillet, exposé six heures durant à l'action directe des rayons solaires. Au bout de ce temps, le vernis qui la recouvre s'écaillait et commençait à se détacher. L'importance de cette découverte s'aggrave quand on réfléchit que ces véhicules servent aussi de berceaux pour beaucoup d'enfants.

Un chimiste de Genève vient également d'annoncer que ces étoffes vernies grises, employées dans la construction des voitures d'enfants, renfermaient par décimètre carré 1gr,736 de céruse. Dans les toiles brunes, l'analyse n'a démontré que la présence d'ocres de différentes nuances. (*Journal de médecine de Bruxelles*, avril 1879).

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, par M. le professeur Courty ; 3e édition. — Paris, Asselin.

On accuse le public médical parisien de ne prêter qu'une attention médiocre aux livres que nous envoie la province. Pour être lu, il faut l'estampille de la Faculté ou de l'Académie, et volontiers on répéterait, avec l'israélite de l'Evangile : « Peut-il sortir quelque chose de bon de Nazareth ? »

Je ne sais si ce reproche est fondé ; nous avons appris, il me semble, à connaître les hommes éminents de nos Facultés de province. M. Courty du moins n'a point eu à souffrir de cet ostracisme, et son remarquable *Traité des maladies de*

l'utérus, devenu classique parmi nous, atteint cette année sa troisième édition. Du reste, ce succès magnifique profite singulièrement au public : l'auteur, dans ces refontes successives, améliore son œuvre; il la complète de tous les travaux nouveaux qu'on accumule sur la matière, et la rectifie grâce aux leçons que donnent une longue pratique et une expérience plus vieille chaque jour.

M. Courty ne nous offre, pour l'heure, que la première moitié de son livre. Elle débute par une centaine de pages d'un texte compact sur l'anatomie, la physiologie et la tératologie de l'utérus et de ses annexes. Les découvertes les plus récentes y trouvent place; les faits et les observations abondent et l'exposé est complet. Peut-être les détails y sont-ils trop serrés et touffus, car l'esprit se fatigue, même de la richesse. Heureux, mais bien rares, les livres qui méritent un tel reproche!

M. Courty aborde ensuite le diagnostic des maladies utérines en général, les signes de présomption locaux et généraux, les signes de certitude fournis par la palpation, le toucher, l'examen au spéculum, le cathétérisme utérin; puis il expose, dans une troisième section, le traitement, les indications à remplir, les diverses méthodes et les diverses médications. On sait combien sont délicates ces descriptions d'ensemble; le tableau souvent manque de précision et de relief; les traits en paraissent vagues, obligés qu'ils sont de s'appliquer à tant d'affections différentes. Mais avec notre auteur on doit quitter tout souci, et il faut voir avec quel rare bonheur il a su éviter cet écueil.

La deuxième partie est d'un intérêt plus immédiat encore : elle a trait aux maladies utérines en particulier, et s'occupe d'abord des altérations des fonctions; la menstruation, son évolution normale, les troubles qui peuvent survenir. Les aménorrhées, la rétention du flux, la déviation des règles et les différentes variétés de dysménorrhées, sont décrites avec toute l'ampleur que réclament des affections d'une telle importance.

Nous ne saurions trop recommander la série de chapitres relatifs aux changements de situation : déplacements, déviations, flexions et inversions, maladies dont la plupart ont été si longtemps mal étudiées en France et qui restent souvent méconnues. Nous aurions voulu, par un résumé rapide, en faire profiter nos lecteurs; mais nous avons promptement reconnu l'impossibilité d'une semblable tentative, car il s'agit de monographies véritables où l'auteur sème à chaque pas ses vues originales et ses observations personnelles. Il faudrait plusieurs articles et une place dont nous ne disposons pas.

Mais du moins nous pouvons conseiller vivement à ceux qui ne connaissent pas le traité de M. Courty de le lire et de le méditer; à ceux qui ont les éditions précédentes, de relire la nouvelle, surtout les articles *Rétention du flux menstruel; Dysménorrhée mécanique; Déviations; Flexions; Rétroflexion, son traitement palliatif, sa cure radicale*. M. Courty n'est pas un auteur avec lequel les hommes à bibliothèques peuvent dormir en paix : les éditions se suivent et ne se ressemblent pas, et qui possède la première n'est pas dispensé pour cela de se procurer la troisième.

Paul Reclus.

Index bibliographique.

De la dyspnée nerveuse des néphrites. Etat des gaz du sang chez les urémiques, par M. Emile Ortillé. In-8 de 110 pages. — Lille, 1878, L. Danel.

Le travail de M. Ortillé est marqué au coin d'une étude scientifique véritable. La partie clinique et la partie expérimentale montrent l'une comme l'autre un esprit critique sérieux. Nous donnerons le résumé laconique de ses recherches, tout en regrettant que la place nous oblige à ne pas en reproduire certains détails.

L'auteur commence par établir que toute cause de ligature ou obstruction qui entrave la sécrétion rénale entraîne la mort dans un temps variable, mais toujours court. Il se fait alors dans le sang une accumulation des produits que devraient excréter les reins, et par suite un état pathologique complexe qu'on désigne sous le nom d'urémie. Dans ces conditions, la proportion des gaz ordinaires du sang n'est pas notablement changée; loin de diminuer, comme on pourrait s'y attendre, elle paraît au contraire augmenter. Le sang n'a nullement les caractères du sang asphyxique; sa capacité respiratoire n'est pas sensiblement diminuée, et si, dans de telles conditions, la dyspnée survient, elle ne peut nullement être rapportée à une modification dans la quantité des gaz du sang. Cependant, si l'oblitération des uretères dure depuis quelques jours, il peut arriver qu'une grande quantité d'ammoniaque s'accumule dans le sang; mais, pour que ce fait se produise, il faut que ce gaz soit aussi en quantité considérable dans le tube digestif. Cependant, il peut arriver que l'ammoniaque existe dans le tube digestif sans qu'il y en ait dans le sang. Il paraît, en effet, démontré que la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque ne se fait pas dans le sang, mais dans le tube digestif, d'où il est ensuite réabsorbé. Rien n'autorise à admettre que les symptômes de l'urémie soient dus à la rétention de tel ou tel principe dans le sang. Tous ces produits s'accumulant dans le sang et dans les tissus produisent une véritable déchéance, et l'auteur conclut ainsi : « Le terme d'empoisonnement urémique nous paraît impropre, mal justifié au point de vue physiologique. L'urémie n'est pas un empoisonnement, mais une cachexie. »

VARIÉTÉS

Le bégaiement de Démosthène. *Rectification.* — M. le docteur Peyrusson, médecin à Cette (Hérault), nous écrit pour rectifier ce que nous avions dit en parlant du bégaiement de Démosthène. Nous nous étions appuyé sur les recherches de Guillaume, et nous avions parcouru nous-même le texte de Plutarque, le *Thesaurus* de Henri Etienne et quelques traductions sans trouver mention de la maladie dont avait été atteint, au dire de Cicéron, l'orateur grec, ni surtout du traitement qu'il avait essayé pour se guérir. M. le docteur Peyrusson a été plus heureux, et il nous envoie un texte très-précis que, sur ses indications, nous avons retrouvé (Plutarque, *Vie de Démosthène*, ch. xi). En voici la traduction littérale : « Démétrius de Phalère raconte avoir entendu dire à Démosthène lui-même, déjà vieux, qu'il avait combattu le défaut de clarté et le bégaiement de sa voix, et qu'il articulait en mettant dans sa bouche des petits cailloux et prononçant en même temps des tirades. » Démétrius de Phalère étant un orateur et un homme d'Etat dont la jeunesse coïncide avec la vieillesse de Démosthène, ce document a une valeur réelle. Mais nous serions curieux d'entendre un discours prononcé de la sorte, et nous ne recommandons guère ce mode de traitement aux bègues à venir.

Diplômes étrangers. — Dans la séance du 25 octobre de l'Académie de médecine de Belgique, M. Warlomont a donné lecture de la note suivante, qu'il a reçue de M. Jacques Syton, de l'Université *vraie* de Philadelphie : « Il y a à Philadelphie une institution profondément discréditée, qui a pris le nom d'*Université américaine de Philadelphie*. Cette institution fait le trafic de diplômes, dont la plupart se vendent en Europe. En Amérique, le commerce ne va plus, car la mèche est éventée; mais, en Europe, il continue à aller très-bien. — Il y a quelques années, la commission législative de l'Etat de Pensylvanie a porté un décret enlevant la licence à cette exploitation; mais, par suite d'un vice de forme (*technical defect*), cet arrêt n'a pu sortir ses effets. *Cette institution continue à exister et à violer cette décision en faisant un trafic de diplômes.* A sa tête se trouve le docteur *Buchanan*, bien connu en Europe par les circulaires et les annonces qu'il a fait répandre à profusion.

D'un autre côté, nous recevons de M. le docteur P... (de Paris) une lettre dans laquelle cet honorable confrère nous incite à ne pas laisser tomber l'opposition que nous avons toujours faite à l'exercice de la médecine en France, *dans les conditions actuelles*, pour des médecins étrangers.

« Depuis plusieurs années surtout, dit-il, un nombre sans cesse croissant de soi-disant médecins, parmi lesquels les Américains sont en majorité, se sont établis en France : à Paris, à Nice et

ailleurs, choisissant de préférence les endroits par lesquels passent des milliers de riches voyageurs.

» Ces praticiens ont obtenu, par des moyens plus ou moins dignes et sur lesquels nous ne voulons pas nous appesantir, l'autorisation d'exercer en France; d'aucuns se sont passés de cette permission; ils ne l'auraient obtenue, du reste, dans aucun pays de l'Europe civilisée, si ce n'est peut-être en France, où la liberté en cette grave matière est poussée jusqu'à la licence, au grand détriment de la moralité de la profession médicale, de la juste sanction des études médicales et de l'intérêt même des malades...

» La facilité avec laquelle certaines Facultés étrangères (ou soi-disant telles) délivrent, contre remboursement, les diplômes de médecin n'est plus un secret pour personne. On en vend aux Etats-Unis, en Allemagne (de provenance américaine) et à l'île de Jersey. D'un autre côté, la réciprocité n'existe pas, même pour les diplômes français, comme vous l'avez si bien constaté dans un précédent article, publié il y a environ huit mois, à propos de la loi Roger-Marvaise. Les pays étrangers, à quelques rares exceptions près, exigent que tout médecin subisse les examens auxquels sont astreints leurs nationaux. En Angleterre, il y a une amende de 20 livres sterling contre tout médecin, eût-il le diplôme de la Faculté de médecine de Paris, qui s'aviserait de faire une seule ordonnance sans avoir préalablement subi les examens exigés dans les universités nationales.

» La loi sur l'exercice de la médecine en France *doit donc être révisée dans le plus bref délai possible.* »

Cette dernière conclusion de l'auteur ne sera contestée par personne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Chantreuil, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'accouchement le mercredi 12 novembre, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — M. Chantreuil étudiera particulièrement, cette année, la dystocie, les opérations et les manœuvres.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot recommencera ses conférences cliniques le samedi 16 novembre à neuf heures et demie, dans l'amphithéâtre que vient de construire l'administration de l'Assistance publique. Des cartes spéciales seront délivrées aux bureaux de la direction de l'hospice, sur la présentation des feuilles d'inscription, et des cartes d'étudiant et de docteur de médecine.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, recommencera ses leçons le jeudi 18 novembre, à neuf heures, et les continuera tous les jeudis, à la même heure. Il traitera de la *pathologie générale de la peau.*

ECOLE PRATIQUE. — *Cours de physiologie.* — M. François-Franck commencera ses leçons de physiologie, à l'Ecole pratique, le samedi 15 courant à huit heures du soir, et les continuera les samedis suivants à la même heure. Il traitera de la circulation de la respiration et du système nerveux. Les leçons seront accompagnées des principales expériences de démonstration.

Maladies des yeux. — Le docteur GALEZOWSKI commencera ce cours à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 1, le lundi 17 novembre, à huit heures du soir, et il le continuera les vendredis et les lundis suivants, à la même heure. Ce cours comprendra : 1° le rôle de l'ophthalmoscope dans le diagnostic des maladies cérébro-spinales, cardiaques et constitutionnelles; 2° la thérapeutique dans les affections intra-oculaires.

Thérapeutique appliquée. — Le docteur Galippe commencera ce cours samedi 15 courant à six heures, et le continuera les jeudis et samedis à la même heure.

ÉCOLE PRATIQUE. — Les exercices pratiques de dissection commenceront le 15 novembre prochain, dans les pavillons qui viennent d'être édifiés dans les bâtiments de l'ancien collège Rollin. L'Ecole pratique provisoire pourra contenir 640 élèves dans ses huit pavillons, dont un des plus spacieux est réservé aux professeurs libres. L'ancienne Ecole pratique n'en pouvait recevoir que 550.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Valser (Alfred), né le 18 février 1837, à Châlons-sur-Marne, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de chimie et de pharmacie, pour une période de neuf années.

CONCOURS. — Par arrêtés en date du 7 novembre 1879, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé que des concours seraient ouverts, savoir: le 26 mai 1880, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'*Arras*, pour un emploi de suppléant de chef des travaux chimiques ; — le 16 mai 1880, à la *même Ecole*, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle ; — le 16 mai 1880, à l'Ecole préparatoire de *Tours*, pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale ; — le 19 mai 1880, à l'Ecole préparatoire de *Limoges*, pour un emploi de chef des travaux anatomiques ; — le 19 mai 1880, à l'Ecole de *Grenoble*, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine; — le 26 mai 1880, à la *même Ecole*, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie.

Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — La Société médicale des Bureaux de bienfaisance reprendra ses séances, mercredi 12 novembre, à huit heures précises du soir, à l'*administration de l'Assistance publique. — Ordre du jour :* 1° Rapport de M. Dromain sur la candidature de M. Fèvre. 2° Constitution médicale du mois d'octobre. Policlinique. 3° De l'assistance privée dans l'assistance publique, par M. Mallez. 4° De la laryngite syphilitique, par M. Cadier.

UNE FEMME PHARMACIEN. — Une dame Gaillard, de Narbonne, a été reçue, samedi, « pharmacien », après un brillant examen. C'est un fait qui ne s'était jamais produit à l'Ecole de médecine de Toulouse.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 30 octobre au 6 novembre 1879, on a constaté 913 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 19. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 3. Variole, 15. — Croup, 17. — Angine couenneuse, 17. — Bronchite, 31. — Pneumonie, 61. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 27. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 4. — Affections puerpérales, 6. — Erysipèle, 4. — Autres affections aiguës, 242. — Affections chroniques, 399 (dont 165 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 36. — Causes accidentelles, 23.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité des maladies du système nerveux, comprenant les maladies du cerveau, les maladies de la moelle et de ses enveloppes, les affections cérébro-spinales, les maladies du système nerveux périphérique et les maladies toxiques du système nerveux, par W. Hammond ; traduction augmentée de notes et d'un appendice, par le docteur F. Labadie-Lagrave. 1 vol. in-8 de XXIV-1280 pages, avec 116 figures intercalées dans le texte. Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils. Cartonné. 22 fr.

Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes, par le docteur Martineau. 2e partie, *Pathologie spéciale*. 1 vol. gr. in-8. Paris, Germer Baillière et Cie. 8 fr.

L'ouvrage complet, 1re et 2e parties réunies. 14 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE — N° 47 — 21 NOVEMBRE 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 20 novembre 1879.

UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE. — *Académie des sciences :* LE DALTONISME. — ANALGÉSIE THÉRAPEUTIQUE PAR IRRITATION DES PARTIES SIMILAIRES.

Un nouveau traitement de la phthisie pulmonaire.

Tout traitement qui prétend guérir la phthisie fait immédiatement le tour de la presse politique et scientifique : c'est ce qui est arrivé il y a quelques années au *Sylphium cyrenaïcum;* c'est ce qui se produit actuellement pour le benzoate de soude. Malgré le scepticisme bien naturel avec lequel on doit accueillir ces nouveautés thérapeutiques, il nous paraît impossible de ne pas tenir les lecteurs de la *Gazette* au courant de cette question.

Le point de départ de tout ce bruit est une communication préalable de Kroczak (*Vorläuf. Mittheil.* in *Wien. med. Presse*, 14 septembre 1879), chef de clinique à Innsbruck. Suivant cet auteur, Klebs aurait pour la première fois (!) attiré l'attention en 1877 sur le caractère *infectieux* de la tuberculose et créé la théorie de la monade tuberculeuse. Schüller (*Archiv für exp Path. und Pharmak.* 1879), élève de Klebs, publiait en 1879 des essais de thérapeutique expérimentale sur des animaux tuberculisés, essais tellement encourageants que Rokitansky, professeur de clinique à Insbruck, reproduisit ces expériences dans son service. Ce sont ces expériences dont Kroczak rend compte. Chez quinze phthisiques on obtint « des résultats qui dépassèrent toute attente (*sic*) ». Et l'auteur reproduit sommairement trois des observations les plus remarquables. En voici un spécimen :

OBS. — Joseph B..., vingt-trois ans, ouvrier de fabrique, entre à la clinique le 10 juillet 1879. Père mort de fièvre typhoïde; frère, d'une maladie indéterminée; une sœur phthisique; la mère bien portante. Depuis trois mois, toux, expectoration, dyspnée. Depuis quinze jours, fièvre, frissonnements, sueurs profuses, insomnie. A l'entrée, toux douloureuse, anorexie, faiblesse extrême. Conditions hygiéniques assez bonnes, mange de la viande tous les jours. Logement sombre, peu ventilé, mais sec. L'examen physique dénote l'existence d'une vaste caverne s'étendant de la pointe du poumon gauche jusqu'à la cinquième côte (gargouillement); à droite, tuberculose du sommet sans cavité. Température, 38°,8; douleurs abdominales, diarrhée. Le malade, trop faible pour expectorer, avale ses crachats. Pas d'albuminurie. Poids du corps, 44 kilos. On emploie sur-le-champ le benzoate de soude. En trois jours la température devint normale. Après deux semaines, les sueurs nocturnes disparurent, l'appétit augmenta jusqu'à la boulimie. Plus de toux.

15 juillet, 44 kilos. Le 4 août, 49 kilos. Le 24 août, 52 kilos 1/2. Le 28 août le malade sort de l'hôpital. *Il fut impossible de découvrir par l'examen physique des signes de caverne* (!!)

On trouvera sans doute que voilà une « vaste caverne » bien rapidement guérie. Les deux autres cas rapportés sont aussi merveilleux, et l'on comprend avec quelle impatience on attendait les communications du chef de service lui-même.

Jusqu'ici ce dernier n'a rien publié. Nous trouvons cependant le compte rendu d'une séance de la Société médicale d'Innsbruck (*Wien. med. Presse*, 9 novembre 1877), dans laquelle il rend compte de ses essais et paraît moins épris de son sujet que son chef de clinique. Je traduis textuellement. « L'orateur rejette complètement les principes de la thérapeutique usuelle de la tuberculose.

» Au lieu de maintenir les malades dans des chambres closes, non aérées, il faut leur donner de l'air. Au lieu de leur donner de l'opium contre la toux, il faut favoriser l'expectoration, et au besoin électriser les muscles thoraciques.

» Au lieu de leur donner de la quinine (contre la fièvre) et ainsi abîmer l'estomac, il vaut mieux consacrer son attention

FEUILLETON

Une grève de candidats (1).

A TOUS LES DERMATO-SYPHILIGRAPHES DE FRANCE.

Estimés et aimés collègues,

Il faut bien que ces deux épithètes, expression affaiblie de mes sentiments, soient aussi sincères de ma part que méritées de la vôtre, pour que je hasarde la proposition dont vous voilà inopinément saisis. De prime abord, en effet, elle paraît frappée au coin de l'outrecuidance ou de l'inopportunité la plus flagrante; et, si son auteur s'adressait à d'autres qu'à vous, il se verrait infailliblement renvoyé à la province dont il sort, sinon au monde préhistorique où il eût mieux fait de rester.

Mais c'est à vous que je m'adresse, chers collègues; et je n'ai à craindre d'être mis ni au ban des naïfs, ni dans la section des agités, quand je viens demander aux fils du concours et de la spécialité d'organiser une action collective dans le double intérêt de la spécialité et du concours.

Vous savez que, avant de se séparer, la Chambre des députés a voté la création d'*une chaire des maladies cutanées et syphilitiques* à la Faculté de médecine de Paris.

Voilà donc enfin réalisé le progrès pour lequel nous avons tant combattu. Le voilà donc admis, de pair avec ses aînés, dans la première Faculté de France, cet enseignement contre lequel tant de grosses frayeurs et de petites rancunes avaient si longtemps prévalu. Pour la science comme pour la santé publique, c'est là une de ces conquêtes qui marquent une époque. Pour nous tous, chers collègues, qui l'avions préparée au prix d'efforts, avec une abnégation qu'on a pu mé-

(1) Puisqu'il est ici question de Facultés et de chaires, la *Gazette hebdomadaire* se couvre de la déclaration qu'on lit en tête de toutes les thèses (*La Faulté n'entend ni approuver ni improuver*, etc.), pour laisser à l'un des fondateurs du journal la responsabilité pleine et entière de son article humoristique. (*Note de la Rédaction.*)

à les nourrir autant que possibl. (Ces principes ne sont pas aussi nouveaux que le pense l'honorable professeur; il lui suffira pour s'en convaincre de parcourir le tome II de la Clinique de Peter.)

» De plus, il a trouvé dans l'emploi du benzoate de soude un procédé thérapeutique essentiel. »

Les malades furent présentés et tous les assistants furent frappés de leur bon état général; malheureusement ces malades auraient dû être examinés à leur entrée à l'hôpital, pour qu'une conclusion soit possible.

La Société médicale d'Innsbruck paraît avoir été favorablement impressionnée par la communication de Rokitansky. Il est certain qu'il y a là quelque chose, dit l'un des assistants. Cependant on ne put s'empêcher de faire observer que Kroczack avait parlé d'une méthode simple, et avait attribué l'amélioration des malades uniquement à l'emploi du benzoate de soude, tandis que l'on se trouvait en présence d'une méthode très compliquée; cependant Rokitansky, interrogé par le professeur Albert, confirma jusqu'à un certain point les assertions de son chef de clinique: « Les inhalations de benzoate de soude sont la partie essentielle du traitement. »

Ces messieurs n'oublient qu'une chose, c'est de nous indiquer comment ils emploient le médicament. Heureusement Schüller (*Berlin. Klin. Woch.* 1879, n° 45) a publié dernièrement une note sur le traitement de la tuberculose, où il indique le *modus faciendi.* Il recommande les solutions de benzoate de soude de 5 pour 100, que l'on introduit dans un appareil ordinaire et que l'on fait inhaler au malade deux ou trois fois par jour, pendant une demi-heure chaque fois. Il a calculé que la dose convenable pour un homme est de 30 à 60 grammes de benzoate de soude par jour. Le traitement devra être continué pendant des semaines et pendant des mois entiers, si l'on ne veut pas s'exposer à des mécomptes.

J'ajoute, en terminant, que des protestations se sont déjà élevées de tous les côtés, non pas contre Klebs et Schüller, dont le langage est plein de prudentes réserves, mais contre les deux médecins d'Innsbruck, dont les affirmations sont empreintes d'un optimisme exagéré.

On ne s'est pas fait faute de leur rappeler toute l'histoire des tentatives thérapeutiques faites contre la phthisie, et les cruelles déceptions qui en ont été la suite.

Il est inutile, je pense, d'entrer dans cette voie: il vaut mieux attendre ce que répondra l'expérience clinique aux prétentions exposées ci-dessus.

C. Zuber.

Le daltonisme.

L'Académie des sciences a reçu récemment (voy. *Gaz. hebd.*, n° 46, p. 734) communication de nouvelles recherches de MM. Macé et Nicati, sur la maladie des couleurs ou *daltonisme*, ou chromatopseudopsie. Tout le monde sait que cette maladie, ou plus exactement cette infirmité, consiste dans la confusion des couleurs, en d'autres termes, dans l'impossibilité de distinguer certaines couleurs des autres.

La découverte du daltonisme peut être considérée, au point de vue de la sécurité des transports sur mer et sur les chemins de fer, comme ayant un intérêt de premier ordre; car elle permet de prévenir désormais une des causes peut-être les plus fréquentes des accidents auxquels ces transports sont exposés. Il est certain que la confusion, pendant la nuit surtout, des signaux de certaines couleurs, notamment des signaux d'alarme; et, par exemple, de ceux qui, sur la voie ferrée, indiquent la voie libre ou occupée, a dû entraîner de nombreuses collisions. Le même fait, et par la même raison, s'est certainement produit en mer.

Il y a environ vingt-cinq ans, le docteur Wilson (d'Édimbourg) avait signalé, dans son livre *Researches on colour blindness* (Recherches sur la cécité des couleurs), les dangers qui devaient résulter, pour les transports maritimes et terrestres, de l'existence, chez les agents de ces transports, de l'impossibilité de reconnaître certaines couleurs. Plus tard, le médecin français Favre, dont nous mentionnons plus loin les recherches, continuant les études du docteur Wilson, démontra que cette infirmité était plus fréquente qu'on ne le pensait. En 1862, à l'occasion de la guerre de sécession, un médecin américain, dont le nom nous échappe, fit, sur un grand nombre de recrues de l'armée des États du Nord des expériences qui furent affirmatives dans le même sens.

Ces expériences, interrompues, on ne sait pourquoi, pendant quelques années, ont été reprises récemment à l'occasion de certains accidents de chemins de fer dont il n'avait pas été possible de découvrir la cause. Or, non-seulement elles ont confirmé l'existence de la maladie, mais encore elles ont permis d'en distinguer, d'en caractériser les variétés. Les observations déjà faites sont nombreuses; mais, par des causes diverses, elles diffèrent assez notablement sur le degré de fréquence de la maladie.

Puisque cette question est rappelée à l'attention des médecins et de l'administration, nous croyons devoir faire

---

connaître, mais non décourager, c'est un triomphe non moins éclatant.

Or, ce triomphe, voulons-nous le laisser incomplet?

Vous devinez, n'est-ce pas? où tend cette question. L'avenir de la future chaire, nul n'en doute, dépend de son premier titulaire. Or, qui va désigner ce titulaire?... le ministre de l'instruction publique.

Eh bien! avec tant d'éléments de haute valeur en main, il y a certes de fortes probabilités pour qu'il fasse un choix bon, très-bon, excellent. Mais, même à part les quelques chances que ce choix soit mauvais, où sont les garanties qu'il sera le meilleur? Tel est le nombre, tel est le mérite des aspirants connus dès à présent que, pour le ministre qui va prononcer entre eux, rien ne sera plus aisé que de légitimer après coup sa préférence. Entre Messieurs B. C. F. L. L'. L''. M. V., prenez-en un au hasard, et je me charge, moi, plus aisément s'en chargera-t-il le *grand maître* qui n'admet pas la réplique, je me charge de prouver, tel ou tel de ces candidats une fois élu, que celui-là précisément était digne de l'être:

Pour la sûreté de sa méthode didactique et l'intelligente loyauté avec laquelle, revendicateur doublé de créateur, il défend, complète, popularise les doctrines qui ont fait la gloire de notre école dermatologique;

Pour *sa découverte* de 1855, qui rendit possibles tant de progrès ultérieurs; beaux fruits de France, aujourd'hui mûrs et féconds à leur tour, que la main qui planta l'arbre semble vraiment avoir dédaigné de cueillir.

Pour sa compétence *unique* sur la meilleure partie du programme officiel et l'habitude consommée d'un enseignement *ex cathedrâ*, qui ne permet ni doute... ni discussion;

Pour le retentissement mérité de ses consciencieuses polémiques et l'éclat d'une vulgarisation aphoristique et épistolaire qui sait emprunter aux plus ingénieuses ressources de la langue le moyen d'éclairer et de convaincre;

Pour ses incessants travaux syphiligraphiques, si prisés en haut lieu, qui, après les brillantes luttes de la phase *étio-*

connaître celles qui, dans les principaux pays où elles ont eu lieu, ont conduit aux résultats les plus importants.

Observations françaises. — Dans un mémoire soumis il y a peu d'années à l'Académie des sciences, le docteur A. Favre concluait ainsi qu'il suit, après avoir défini la maladie : 1° Plus de 3 millions d'hommes en France sont atteints de daltonisme (?) ; 2° le nombre des femmes chez lesquelles il a été constaté est, par rapport aux hommes comme, 1 : 10 ; 3° sur dix cas de daltonisme chez de jeunes personnes, *neuf peuvent être facilement guéris* (?) ; 4° la meilleure méthode curative consiste dans un usage méthodique d'objets de couleurs diverses ; 5° les mères de famille doivent veiller à ce que le sens des couleurs se développe régulièrement chez les enfants, surtout chez ceux qui se trompent fréquemment dans leur dénomination ; 6° à l'avenir, nul ne doit être admis dans un service de chemins de fer, ou dans la marine, ou dans les écoles de peinture, sans avoir été soumis à un examen sur l'aptitude à discerner les couleurs ; 7° si la cécité des couleurs ne doit pas être une cause d'exemption pour le recrutement, il importe de ne jamais employer un soldat, avant un examen spécial, à un service exigeant une parfaite connaissance des couleurs. Il doit être établi, dans l'armée et la marine, des exercices fréquents pour s'assurer que marins et soldats employés à un service de signaux possèdent la pleine connaissance des couleurs ; 8° enfin des exercices de cette nature doivent être institués dans les écoles primaires.

Le docteur Favre (médecin de la Cie P.-L.-M.) considérant comme daltoniens tous ceux qui hésitent à distinguer les couleurs, assure en avoir compté 20 sur 100 examinés sans distinction d'âge et de sexe. Plus tard, à la suite d'observations plus nombreuses ou mieux faites, il n'a trouvé que 50 cas sur 5000 examinés.

MM. Macé et Nicati (de Marseille), en opérant sur des pensionnaires d'un certain nombre de lycées, n'ont trouvé que 3,57 daltoniens pour 100 examinés ; 241 jeunes filles, n'ont fourni qu'un seul cas. Cette immunité relative des femmes a été constatée partout où des recherches de même nature ont été faites.

Observations allemandes. — L'office impérial des chemins de fer allemands a prescrit de soumettre à un examen spécial tout le personnel des services extérieurs de ces chemins, en recommandant surtout l'usage soit de la méthode du docteur Stilling (tableaux coloriés), soit de celle du docteur Holmgreen (d'Upsal en Suède) (fils de laine de couleurs diverses). Or voici le résultat de cette enquête : sur 85 996 agents examinés, 537, ou 0,62 pour 100, étaient atteints du daltonisme complet ou partiel. Les expériences faites particulièrement sur le personnel de la traction a conduit aux constatations suivantes : sur 13 523 aiguilleurs examinés, 80 ou 0,59 pour 100 ne pouvaient distinguer les principales couleurs ; sur 26 055 employés divers, 180 ou 0,69 pour 100 ; sur 11 066 mécaniciens et chauffeurs, 80 ou 0,72 pour 100.

A la suite de ces expériences, l'ordre a été donné à tous les chemins de fer de l'État ou des Compagnies, dans un intérêt de sécurité publique, de n'admettre, dans le service extérieur de la voie, que des candidats ayant satisfait à une épreuve sévère sur la connaissance des couleurs.

Observations anglaises. — On trouve le renseignement suivant dans une statistique, publiée cette année par le service de l'enregistrement des matelots et navires de la marine marchande : sur 5967 candidats au certificat de capitaine au long cours et de pilote examinés de fin mai 1877 à fin mai 1879, 26 ou 0,43 pour 100 étaient atteints de daltonisme.

Observations suédoises. — Dans son livre intitulé : *De la cécité des couleurs dans ses rapports avec les chemins de fer et la marine* (Upsal, Paris et Berlin, 1877), le docteur Holmgreen a publié le résultat de recherches faites sur 32 165 personnes du sexe masculin de tout âge, et prises indistinctement dans toutes les classes de la société. Le résultat est le suivant : sur ce nombre d'examinés, 250 étaient atteints d'une cécité complète pour le rouge, 276 pour le vert, et 493 d'une cécité incomplète, en tout 1019 ou 3,25 pour 100.

Sur 7119 femmes ou filles, 2 n'avaient pu distinguer le rouge, 1 seule le vert ; 16 n'avaient qu'une cécité incomplète ; en tout 103 ou 0,26 pour 100.

On voit immédiatement qu'il n'est pas mentionné un seul cas de cécité totale pour les couleurs, ni de cécité pour le violet, bien que les recherches aient porté sur près de 40 000 sujets.

« Il ne faudrait pas toutefois en conclure, dit le docteur Holmgreen, que des cas de cette nature ne se présentent pas en Suède ; seulement, j'ai lieu de croire qu'ils sont relativement rares. Quelques-uns m'ont été signalés, en très-petit nombre il est vrai ; mais je n'ai pas eu l'occasion d'en constater personnellement l'existence. L'examen de nos deux tableaux conduit à démontrer que la maladie est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. Je n'hésite pas

---

logique, ont engagé les investigateurs dans la voie plus ingrate mais non moins utile des études anatomo-pathologique ;

Pour le zèle plein de verdeur de ce vétéran sceptique et chercheur, que ses élèves, que ses lecteurs ne trouvent pas moins attachant dans ses scientifiques incertitudes que dans ses affirmations inattaquables ;

Pour la fécondité de sa plume et de son esprit ouvert aux nuances les plus délicates de l'observation, ainsi que pour la puissance d'un talent d'analyse merveilleusement propre à la mise en lumière des faits cliniques les plus complexes ;

Enfin pour l'originalité d'un tempérament d'artiste, primesautier, indépendant jusqu'à l'hérésie, et pour le discernement dont témoignent les courageuses expérimentations par lesquelles il a dégagé son nom du souvenir d'un fameux homonyme plus habitué à payer de sa plume que de sa peau.

Or, quelque sérieux que soient ces titres, que je me suis complu à exposer en entier, quelle que soit la valeur propre des généraux d'Alexandre, ils m'inspirent encore une remarque, remarque dont, à coup sûr, chacun va se formaliser à présent, sauf, tous, moins un, à y applaudir dans quelques mois. Ce qui justifie l'élection de l'un d'eux justifiera-t-il l'exclusion des autres? La justifiera-t-il aux yeux de leurs élèves, de leurs amis, c'est-à-dire devant l'opinion publique? Et lorsque, pour fonder un enseignement dont la popularité fut jadis le seul et doit rester le principal élément de succès, on a le moyen d'avoir pour soi l'opinion, est-on excusable d'y renoncer ?

Mais vous m'arrêtez, chers collègues. « Le concours, après tout, me dites-vous, n'a-t-il donc pas ses mauvais côtés? Il fait justice, c'est vrai. Mais est-il *æquum... et salutare?* Pourvoit-il aussi irréprochablement aux besoins de ceux qui veulent apprendre qu'aux droits de ceux qui aspirent à enseigner? Et, pour parler franc, lorsqu'il existe un homme dont la célébrité peu à peu conquise par de longs travaux en fait le titulaire obligé de la chaire vacante, n'est-ce pas la lui interdire que de clouer au pied de cette chaire un écriteau où il peut lire : « Tu n'y monteras pas sans avoir d'abord

à penser qu'un plus grand nombre d'observations mettra ce fait hors de contestation... J'ai également porté mon attention sur la question de l'hérédité, et je ne puis résister au désir de relater ici quelques-unes de mes observations sur ce point. J'ai constaté notamment les faits suivants :

» 1° La maladie est héréditaire et semble appartenir à certaines familles; 2° souvent elle franchit une génération pour apparaître dans la suivante; 3° elle n'atteint pas tous les enfants issus des mêmes parents; ce sont surtout les filles qu'elle épargne; 4° lorsque plusieurs enfants des mêmes parents sont atteints, l'hérédité provient du côté maternel; 5° lorsque plusieurs malades se rencontrent dans la même famille, l'espèce et souvent aussi le degré de leur cécité sont les mêmes. »

Observations américaines. — Le docteur Kayser, médecin de l'hospice spécial des ophthalmiques à Philadelphie, a fait une longue étude des maladies de la vue chez les employés et agents des chemins de fer. S'il n'a pas exagéré, 12 pour 100 des mécaniciens, chefs de trains, aiguilleurs, ne seraient pas en mesure de distinguer nettement les couleurs. Sur le plus grand nombre des voies ferrées américaines, le drapeau blanc, le jour, et la lumière blanche, la nuit, indiquent au mécanicien que la voie est libre; la couleur verte, qu'il doit ralentir sa vitesse; et le rouge, qu'il y a danger. Le docteur Kayser croit avoir constaté que peu de mécaniciens ou conducteurs de trains sont en mesure de distinguer nettement ces trois couleurs, et cela à leur insu. Après avoir obtenu des présidents des compagnies des railways aboutissant à Philadelphie l'autorisation de procéder à une enquête sur leur personnel et y avoir consacré huit mois, il a consigné, dans un rapport à la Société médicale du comté, réunie en congrès à Chester, les faits suivants : « J'ai trouvé que 3 1/2 pour 100 des examinés ont la cécité des couleurs, c'est-à-dire les confondent entièrement; 8 1/2 pour 100 sont capables de distinguer les couleurs, mais non les nuances; en tout, 12 pour 100. Les 3 1/2 pour 100 de la première catégorie ont l'organe si défectueux qu'ils sont absolument incapables de remplir leurs fonctions. Dans l'examen auquel je me suis livré, j'ai employé successivement plusieurs méthodes, de manière à conjurer le plus possible les chances d'erreur. Je me suis tout d'abord servi de celle du docteur suédois Holmgreen, puis du docteur allemand Stilling. Mes expériences ont d'abord eu lieu le soir, à la lumière du gaz; puis je soumettais, le jour, à un second examen ceux sur lesquels l'expérience du soir m'avait laissé quelque doute. L'âge ne paraît pas exercer d'influence sur l'existence de la maladie, puisque ceux qui en étaient atteints avaient de vingt à cinquante-trois ans. Sur les malades, 50 pour 100 ne pouvaient reconnaître le vert, 44 pour 100 le rouge, et 6 pour 100 le blanc. Deux des examinés, qui n'étaient pas en état de distinguer le rouge du vert, attribuaient à la première de ces couleurs une intensité très-grande et distinguaient les signaux rouges précisément à cause de cette intensité; mais, pour eux, un vert et d'autres couleurs également très-vives étaient aussi du rouge. Par suite de cette infirmité, il leur était arrivé plusieurs fois d'arrêter un train sans nécessité, et de le mettre ainsi en danger. J'ai fait cette autre observation que les aveugles des couleurs sont en mesure de distinguer une couleur rouge très-intense à une distance d'environ trois pieds, mais qu'ils la prennent pour une couleur verte lorsqu'elle est à une distance de dix, vingt ou trente pieds. Dans un assortiment de laines à broder de diverses couleurs (méthode Holmgreen), ils prenaient un vert très-vif pour du rouge. »

Un autre expérimentateur américain, après avoir examiné en nombres ronds 24 000 personnes, a constaté la perte totale ou partielle de la faculté de distinguer les couleurs chez 4 pour 100 environ.

Si les diverses observations que nous venons de faire connaître ne conduisent pas toutes à des résultats plus ou moins identiques, c'est qu'elles n'ont pas été faites avec les mêmes méthodes, peut-être aussi les mêmes soins et sur les mêmes catégories de personnes. D'un autre côté, elles n'ont pas porté sur le même nombre d'examinés. Leurs auteurs ont, en outre, tantôt confondu, tantôt distingué les deux sexes, et sont ainsi arrivés à des résultats différents. Enfin souvent la cécité complète ou incomplète a figuré dans la même catégorie.

Le daltonisme est-il absolument incurable? Il n'a encore été publié aucune observation à ce sujet. On cite, parmi les moyens plus ou moins curatifs, des exercices gradués et fréquemment répétés sur les couleurs. Le docteur Favre, notamment, réclame avec insistance, depuis plusieurs années, comme nous l'avons dit, l'introduction de ces exercices dans les écoles, les chemins de fer, l'armée et la marine. On croit avoir remarqué que, lorsqu'un daltonien regarde à travers une solution de fuchsine, son infirmité ou disparaît ou est sensiblement atténuée. De là la proposition de M. Javal d'introduire une plaque de gélatine entre deux lames de verre, et de confectionner, avec les verres ainsi préparés, des lunettes pour les daltoniens.

Un résultat considérable, obtenu dès à présent des recher-

» accepté le débat public avec une cohorte de jeunes con-
» frères, légers de bagage, mais frais émoulus, dont le dernier
» émancipé, sur le premier sujet venu, va, en trois minutes,
» te prouver, aux ricanements de l'auditoire, que tu ignores
» les éléments mêmes de la science que ton génie a fondée
» jadis. »

Fort bien dit, et parfaitement juste pour le passé, chers collègues, c'est-à-dire suffisamment instructif pour l'avenir, qu'une simple modification au programme du concours mettra à l'abri de tels écueils.

Mais, dès à présent, dans l'espèce, en ce qui concerne la nouvelle chaire, est-ce sérieusement que vous faites de ces considérations générales une objection à ma proposition? Où est, en effet, dans nos rangs, dites-le moi, je vous prie, où est le *génie* qui s'impose? Où ?... Vous vous taisez!

« Eh! non, je cherche, » dites-vous.

Vous cherchez?... Diable! mauvaise note pour celui dont vous allez prononcer le nom!

« C'est qu'ils sont plusieurs, » murmurez-vous!

Plusieurs!... plusieurs génies!... S'ils sont plusieurs, dame! c'est qu'il n'y en a pas un, oserai-je dire avec M. de la Palisse. Car, tenez, à part moi, — *à part moi* ne peut ici signifier que : *dans mon for intérieur*, — à part moi, je ne reconnais qu'à deux de nos contemporains vivants le droit de dire qu'ils ont révolutionné notre science spéciale; et malheureusement leurs deux noms, deux R, ne sauraient figurer, ne figureront pas sur la liste des initiales d'aspirants mentionnés ci-dessus.

Mais vous m'arrêtez encore ici, chers collègues. « Vous prêchez, me dites-vous, non des convertis, mais d'anciens convaincus. Le concours! Mais nous lui sommes tous sympathiques! Ne l'aviez-vous donc pas deviné? Ne lui devons-nous pas nos premières, nos plus pures jouissances d'amour-propre? Et qui de nous ne serait heureux d'entrer, de faire entrer notre chère spécialité, tête haute, par la grande porte, dans le grand amphithéâtre? Mais, hélas! il est sage de ne vouloir que ce qui est possible. Il y a une législation en vi-

ches que nous venons de mentionner, est le parti qu'ont pris toutes les compagnies de chemins de fer et les plus importantes compagnies de navigation (celle de Cunard notamment) de soumettre à l'examen le plus scrupuleux, au point de vue de la cécité des couleurs, les candidats aux emplois de ceux de leurs services qui exigent la faculté entière et complète de les distinguer. On verra ainsi nécessairement diminuer le nombre des abordages en mer et des collisions sur les voies ferrées.

Mais la sécurité, à ce point de vue, ne peut être complète que si l'examen est renouvelé à des intervalles plus ou moins rapprochés, la maladie pouvant se déclarer plus tard chez des sujets parfaitement sains au moment de leur admission.

A. L.

Analgésie thérapeutique par irritation des parties similaires.

M. le docteur Dufay nous écrit de Blois pour appeler notre attention et celle de M. Dumontpallier sur un moyen de savoir si la piqûre faite sur le point similaire de celui qui est le siège de la douleur amène la guérison par irritation révulsive. Ce moyen consisterait à faire l'expérience sur des sujets atteints d'anesthésie locale; par exemple, chez des hystériques et chez les sujets atteints d'hémianesthésie de cause cérébrale. Évidemment il ne saurait être question ici d'anesthésie générale provoquée, qui annulerait à la fois la douleur de la piqûre et celle qu'on aurait en vue de faire disparaître.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur la discussion actuellement engagée à l'Académie de médecine, entre MM. Bouillaud, Colin et Pasteur, au sujet des maladies charbonneuses. Nous comptons y revenir dans le prochain numéro, après avoir eu sous les yeux, dans le *Bulletin de l'Académie* (que nous engageons le lecteur à consulter) la reproduction textuelle de l'argumentation de chaque orateur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Du peloton adipeux ou pseudo-lipome sus-claviculaire par M. le professeur Verneuil.

(Lettre à M. le professeur Potain.)

Mon cher ami,

Le travail qui suit et que je vous prie de lire a été rédigé pendant les vacances dernières; j'allais l'envoyer à la *Gazette* lorsque le hasard mit sous mes yeux un extrait d'une de vos cliniques recueillies par M. Paul Lucas-Championnière, l'un des rédacteurs du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (octobre 1879, p. 446); il y est dit:

« La manifestation rhumatismale peut se localiser aussi dans le tissu cellulaire, donnant lieu à des fluxions, à de l'œdème, à de l'érythème noueux. *Chez certaines femmes même cette fluxion se produit au niveau du creux sus-claviculaire qui se boursoufle, se gonfle, sans qu'il s'agisse d'un véritable œdème. Cet état survient surtout chez les femmes atteintes de rhumatisme chronique ou d'origine héréditaire.* »

Quand vous aurez lu mon opuscule, vous comprendrez combien je fus heureux de voir que vous aviez observé de votre côté la tuméfaction du creux sus-claviculaire et que vous la rattachiez comme moi à l'arthritisme. Nous avons fait simultanément les mêmes remarques, ce qui tend à prouver qu'elles sont justes et que nous avons grossi justement la liste déjà si longue des exopathies rhumatismales (1).

Toutefois il me semble que, dans cette question que nous traitons de concert, votre part de collaboration n'égale pas encore la mienne. Aussi j'espère bien que vous prendrez la plume pour me dire si le petit fait en question a été observé déjà avant vous et moi,— pour me donner votre opinion précise sur la nature anatomique du mal, — enfin pour relater avec quelques détails les faits que vous avez observés. J'ai traité le point chirurgical, à vous de nous donner des éclaircissements ressortissant surtout à la pathologie interne.

Je laisse la rédaction telle qu'elle était le mois dernier.

Bien cordialement à vous. V.

DU PSEUDO-LIPOME DU CREUX SUS-CLAVICULAIRE.

Sous ce titre vague je désignerai provisoirement une affection que j'ai déjà observée quatre fois et qui n'est, que je sache, décrite nulle part.

(1) Les manifestations diathésiques sont profondes, inaccessibles, et alors du ressort de la médecine proprement dite, ou visibles et tangibles, auquel cas elles rentrent dans le domaine de la nosographie externe. Pour abréger le langage, j'appelle les premières ENDOPATHIES, les secondes EXOPATHIES; le typhus est une endopathie goutteuse, l'adénopathie cervicale, une exopathie scrofuleuse, etc.

---

gueur; et, tant qu'elle n'aura pas été abrogée, votre bon vouloir comme votre louable initiative, dussions-nous tous nous y associer, resteront impuissants. »

Impuissants, chers collègues!... Et s'il n'en était pas ainsi? Si je vous offrais les moyens de concilier vos libérales tendances avec les exigences légales? Oh! n'ayez peur. Je ne propose ici rien de subversif: je ne lève aucun drapeau contre aucun de nos pouvoirs constitués. Loin d'être pour vous un danger ou une offense, mon idée a bien plutôt de quoi vous agréer, puisqu'elle n'a pu me venir que de la profonde confiance que j'ai en la loyauté de chacun de vous. Veuillez donc m'écouter.

Lorsqu'il y a à pourvoir à une chaire de la Faculté de médecine de Paris, vous connaissez la formule de l'avis officiel: *Ceux qui pensent avoir des droits à cette chaire*, dit l'affiche, *ont vingt jours pour les faire valoir*. Et vous connaissez aussi le résultat.

D'abord, se sachant d'avance et en masse éliminée, la province prouve son tact médical en s'abstenant. Un nombre très-restreint de candidats *possibles* se met donc seul en campagne; si bien que la compétition de toute la France, de tout l'univers, à une chaire d'où dépend souvent l'illustration, toujours la solidité de notre enseignement national, ne se trouve jamais représentée par plus de quatre ou cinq noms parisiens. Encore ces noms motivent-ils, de ma part, dans la circonstance, dirai-je deux protestations? non, deux *desiderata*.

D'abord, vieux usagers de la *présentation*, ces candidats renonceraient difficilement, ayant subi les servitudes passives de ce système, à bénificier aujourd'hui de ses servitudes actives. Ils furent à la peine; ils veulent être à... l'émargement! Sentiment tout naturel, ma foi, dont il faut tarir la source, mais qu'on ne saurait blâmer tant qu'elle coule. Voyez ce brave chevronné de lieutenant qui, demain, à l'ancienneté, va passer capitaine. Allez donc lui proposer de rayer ce qu'il appelle ses droits acquis, pour se présenter aux examens en concurrence avec les jeunes promotionnaires de Saint-Cyr! Puis,

Cette affection n'ayant pas la moindre gravité et ne déterminant aucun accident, ne mériterait guère qu'une simple mention, si elle ne donnait lieu à des erreurs de diagnostic et à la prescription d'un traitement au moins inutile, et si de plus elle ne tourmentait pas moralement quelques-uns de ceux qui en sont atteints.

Voici sous quelle forme je l'ai rencontrée. Le triangle sus-claviculaire, au lieu d'être légèrement concave ou plan, présente une convexité très-marquée faisant au-dessus des parties voisines une saillie qui peut aller jusqu'à 2 ou 3 centimètres. Il en résulte que la ligne qui descend des parties latérales du cou pour rejoindre le moignon de l'épaule, au lieu d'être comme d'ordinaire régulièrement concave, présente vers son milieu une bosselure répondant à peu près à la partie moyenne de la clavicule et qui simule tout à fait une tumeur. Celle-ci du reste est ovoïde, à grand diamètre transversal ou triangulaire avec ses angles mousses, aplatie de haut en bas, sans changement de couleur à la peau, à contours indécis à la vue et bien plus encore au toucher.

En effet, à la palpation, on est surpris de ne rencontrer aucune résistance au centre, aucune limitation à la circonférence, et de ne recueillir, en somme, d'autre sensation que celle que donne le toucher d'une région riche en tissu adipeux comme la fesse ou la paroi abdominale d'une personne obèse et à graisse ferme. Cette palpation d'ailleurs n'est nullement douloureuse, sauf le cas où une violence directe, des examens répétés ou des applications irritantes ont suscité localement un léger travail subinflammatoire. L'exploration des vaisseaux sous-claviens, de la circulation et de l'innervation du membre est tout à fait négative.

Je ne sais rien sur les causes et les origines du mal, et peu de chose sur sa marche et sa terminaison. Le seul cas que je puis suivre date à peu près de neuf ans, et reste stationnaire depuis plus de trois ans que je l'ai sous les yeux.

Trois fois les deux régions claviculaires étaient prises; dans deux cas la tuméfaction était un peu plus marquée d'un côté que de l'autre; une fois elle n'occupait que le côté gauche.

Trois sujets étaient des femmes de quarante ans et plus, de taille moyenne, replètes, de bonne constitution, avec des symptômes d'arthritisme (gravelle chez l'une, névralgie protéiforme chez une autre, emphysème chez la troisième). Le seul homme était plus jeune, mais très-gras pour son âge et certainement voué au rhumatisme.

La première fois que je vis la chose, je fus fort embarrassé pour porter un diagnostic. La malade étant emphysémateuse, je crus à une saillie des sommets pulmonaires amenant un soulèvement des téguments de la région. Je pus me convaincre de l'inanité de cette hypothèse par un examen plus attentif.

La seconde fois, soupçonnant déjà la nature de cette tuméfaction, je combattis l'hypothèse d'un chirurgien distingué qui croyait à une adénite subaiguë.

Le troisième cas me confirma dans mon opinion et me démontra la bénignité du mal, ainsi que ses relations avec l'arthritisme. Aussi je n'éprouvai aucun embarras à poser le diagnostic chez le quatrième malade, dont l'affection cependant s'éloignait un peu du type que j'avais jusqu'alors rencontré.

En résumé, je crois qu'il s'agit tout simplement ici d'une accumulation circonscrite de graisse, mais je conviens qu'il manque encore une autopsie pour confirmer mes suppositions. Peut-être aussi existe-t-il d'autres affections de nature anatomique différente pouvant simuler celle dont je m'occupe; mais cette dernière est essentiellement chronique et stationnaire, puisque dans le cas que je suis depuis plus de trois ans les apparences sont toujours les mêmes.

Le pronostic jusqu'alors me paraît absolument bénin, et je n'hésite pas à calmer les inquiétudes des patients.

Naturellement je ne prescris aucun traitement, ou, si l'imagination trop féconde des malades l'exige, je recommande quelques topiques tout à fait anodins; mais en même temps je fais prendre à l'intérieur les préparations qui conviennent aux névropathiques, qui sont si souvent hypochondriaques.

Voici maintenant mes obervations.

Obs. I. — La première est simplement un souvenir. Il s'agissait d'une dame âgée d'une cinquantaine d'années, de haute taille, et très-fortement constituée. Je crus d'abord que la saillie des régions sus-claviculaires était due à une proéminence des sommets pulmonaires, car la malade était atteinte d'emphysème à un très-haut degré; mais la tumeur n'était ni molle, ni réductible, ni influencée en aucune façon par les mouvements respiratoires, et l'auscultation n'y faisait entendre aucun bruit.

La seconde observation me mit sur la voie du diagnostic, mais ne m'éclaira pas encore complètement sur la marche du mal.

Obs. II. — En 1875, étant de passage dans une ville d'eaux, je fus consulté par la femme d'un banquier qui, quelques jours auparavant, dans une chute, s'était donné une entorse grave de l'articulation scapulo-humérale gauche.

La malade, brune, de petite taille, bien constituée, à formes arrondies, avait dépassé la quarantaine; elle se portait généralement bien, mais souffrait de temps en temps de névralgies; dans sa jeunesse elle avait eu de fortes migraines et rendait souvent des urines chargées d'acide urique.

Je prescrivis les applications résolutives, le repos à la chambre et l'immobilisation rigoureusement maintenue jour et nuit, les douleurs étant assez fortes pour troubler le sommeil dès que le bras était mis en liberté.

L'amélioration s'étant rapidement produite, madame X... put revenir à Paris quelques jours plus tard; elle se crut même assez

---

à un autre point de vue, dans cette pléiade de candidats émérites, trouveriez-vous un homme réunissant les conditions voulues pour exercer le peu profitable et toujours périlleux emploi auquel je me risque en ce moment... pour attacher le grelot?

Ici, parmi nous, chers collègues, quelle différence! Bien que disséminés sur divers points, tous nourris du même lait, tous unis par un lien dont le charme ne m'a jamais dissimulé la force, nous formons comme une véritable famille; famille où la tendance constante, le mot d'ordre implicite, est, pour chacun des membres, de lutter par un excès de vertu professionnelle et d'ardeur scientifique contre je ne sais quel reste de défaveur encore inhérent à notre nom. Tous, d'autre part, tous, en face de la chaire enfin offerte à nos vœux, nous nous sentons libres du souvenir de postulations anciennes, d'espoirs ou d'échec passés. Affranchis même du molimen irritatif qu'engendre toujours, dans le monde des compétiteurs, la perspective d'appuis extrascientifiques; car nul protecteur ne s'attachant volontiers à notre char trop connu, c'est, on peut le dire, sous ce rapport, pour la spécialité une bonne fortune que de rester pure malgré elle.

En ce qui m'est personnel, chers collègues, sans doute vous vous demandez de quel droit j'interviens ici. Rien moins, hélas! que de mon droit d'aînesse. Mais ce n'est là ni ma seule ni ma meilleure excuse. Et s'il vous faut des complices responsables du fait d'importunité qui m'amène à votre barre, veuillez chercher près de vous. A qui la devez-vous, en effet, cette importunité, sinon à votre affectueuse déférence qui, en toute occasion, me confirme si instamment mon titre de *doyen des dermato-syphiligraphes militants*. A qui, sinon à vous-mêmes, chers collègues, à aucun desquels je n'ai jamais pu, quels que soient son autorité et son âge, persuader de m'écrire autrement que : « Mon cher maître »?

Ceci posé, voulez-vous, estimés et aimés collègues, que, au lieu de prendre humblement son rang de dernière venue, la nouvelle chaire apparaisse à l'horizon universitaire avec le

guérie pour supprimer le bandage contentif et porter seulement son bras en écharpe.

Les douleurs, quoique moins vives, ne tardèrent pas à revenir. Je fus rappelé par le médecin ordinaire, ainsi que le chirurgien de la famille, qui est de mes amis et dont j'apprécie le talent.

Nous examinâmes très-minutieusement l'état des choses. Les mouvements étaient limités par la contraction musculaire et devenaient très-pénibles dès qu'on leur donnait une certaine étendue; la pression était douloureuse en avant et en arrière de la jointure, dans le creux de l'aisselle et jusque dans le triangle sus-claviculaire, lequel était le siège d'une tuméfaction notable.

Pour ma part, je ne vis là que les suites ordinaires d'une entorse avec arthrite traumatique et peut-être distension des nerfs du plexus brachial, le tout imparfaitement soigné, et j'opinai simplement pour un retour à l'immobilisation, qui avait jadis si bien calmé les souffrances.

Mon collègue le chirurgien fut de mon avis pour la lésion articulaire, mais il regarda le gonflement du creux sus-claviculaire comme une tumeur inflammatoire siégeant dans les ganglions lymphatiques et nécessitant un traitement indépendant de celui qui convenait à l'arthrite.

Un peu surpris de cette opinion, je palpai de nouveau la tuméfaction, qui était indolente à une pression modérée, d'une consistance uniforme, molle ou à peine élastique, et plus comparable à un lipome qu'à toute autre production pathologique. Je fis d'ailleurs remarquer que l'autre région sus-claviculaire, qui n'était nullement blessée, présentait une déformation siégeant au même lieu et offrant, moins la sensibilité au toucher, exactement les mêmes caractères.

Mon honorable ami ne se rendit point; il avait, disait-il, observé plusieurs fois déjà l'adénite sus-claviculaire et la retrouvait très-évidente dans le cas actuel.

Je n'insistai pas, le différend n'entraînant aucune conséquence pratique fâcheuse. A l'immobilisation rigoureuse et prolongée, qui fut adoptée par tous, on joignit, sur la prétendue adénite, des frictions résolutives et des cataplasmes, que d'ailleurs la douleur au toucher justifiait pleinement, et nous nous séparâmes.

La malade a parfaitement guéri. Je suppose qu'elle a conservé ses deux pseudo-tumeurs.

Le troisième cas est un type parfait, fort instructif sous le rapport de la marche et du pronostic.

Obs. III. — Madame U..., âgée de cinquante-sept ans, de taille moyenne, a pris depuis quinze ans beaucoup d'embonpoint, quoiqu'elle mène une vie très-active et soit d'une grande sobriété; elle me consulta, il y a trois années environ, pour une tumeur de la partie latérale droite du cou.

Elle avait souvenir d'avoir, en 1870, fait un effort violent en portant sur l'épaule de ce côté un lourd fardeau. Depuis cette époque, et à diverses reprises, elle avait ressenti dans cette région des douleurs modérées s'irradiant parfois jusqu'à l'oreille, mais auxquelles elle prêta peu d'attention.

En 1876, les souffrances étant devenues plus intenses, madame U... explora le point sensible et y découvrit une tumeur. C'est alors que je fus appelé.

Je vis, en effet, les deux tiers internes du triangle sus-claviculaire occupés par une saillie hémisphérique, proéminant de près de 2 centimètres sur le niveau des parties voisines, à surface lisse, sans changement de couleur aux téguments, rappelant par sa consistance et son indolence un lipome, avec cette différence toutefois qu'elle était moins bien circonscrite à son pourtour, et qu'on pouvait moins facilement soulever en pli la peau sus-jacente. Cette tumeur était croisée par la veine jugulaire externe, assez développée, mais elle ne grossissait point pendant l'effort, ne présentait ni battements ni souffle, et n'éprouvait ni ampliation ni retrait pendant les grands mouvements respiratoires.

Je reconnus sans hésiter le pseudo-lipome sus-claviculaire et rassurai de mon mieux la patiente. Pour la convaincre, ayant découvert l'autre côté du cou, je lui montrai une tumeur exactement semblable par son siège et ses autres caractères, mais seulement un peu plus molle et d'un quart moins volumineuse.

Il fut d'ailleurs convenu que nous surveillerions le mal, dont la marche restait inconnue, et qu'en attendant on ferait tous les deux jours un badigeonnage avec la teinture d'iode. Madame U... étant également anémique et emphysémateuse, dut prendre aussi des granules d'arséniate de soude.

Depuis ce moment les choses n'ont pas changé; les deux saillies sont toujours là, sans avoir subi de modifications appréciables; la peau supportant mal l'action de l'iode, les badigeonnages furent bientôt supprimés; le traitement interne ne dura pas plus longtemps.

Les douleurs reviennent de temps à autre à la suite de fatigue ou aux changements de température; elles ne se sont jamais montrées dans la tumeur du côté gauche. Madame U... est aujourd'hui complètement rassurée et ne se croit plus, comme jadis, atteinte d'un cancer.

Les antécédents, au point de vue de l'arthritisme, sont aussi complets que possible. Dans l'enfance, ascite et anasarque *à frigore* guéries par le régime lacté; incontinence nocturne de l'urine, prolapsus rectal; apparition des règles à onze ans; suppression presque immédiate à la suite d'une frayeur; retour à dix-sept ans, dysménorrhée très-douloureuse, points ovariques fort pénibles. Hystérie prolongée, fièvre typhoïde; plus tard, fièvres intermittentes. A trente-deux ans, une vive contrariété provoque une chorée assez tenace, qui laisse à sa suite un affaiblissement musculaire de toute la moitié droite du corps. Vers quarante ans, attaques fréquentes de sciatique ou de lumbago. En 1871, accès violent de colique néphrétique, avec issue d'un petit calcul; urines très-communément surchargées d'urates; dyspepsie habituelle. Une entorse contractée il y a plusieurs années gêne encore actuellement la marche et la station.

L'activité corporelle persiste cependant, et l'intelligence reste vive comme dans la jeunesse.

La quatrième observation montre bien la superfluité du traitement, et aussi son peu de succès.

Obs. IV. — M. X..., pharmacien du département du Loiret, âgé de trente-trois ans, de haute taille, d'une santé excellente, remarquablement bien construit, gros mangeur et déjà muni d'un embonpoint considérable, vint me trouver ces jours derniers pour une tumeur qui l'alarmait beaucoup. Il s'en était aperçu quelques

---

rayonnement de ses services, de ses bienfaits passés et prochains? — Voulez-vous que le mode spécial d'élection de son titulaire lui confère à l'instant le prestige nécessaire pour obtenir les urgentes et fécondes réformes hygiéniques dont elle a la clef? — Voulez-vous qu'il vous soit donné cette gloire d'avoir, par un généreux exemple, exercé sur les adversaires du concours la contrainte morale qui les fera renoncer à une lutte désormais impossible? — Voulons-nous tous, enfin, rendre à nos tilleuls légendaires l'écho de ces vibrantes acclamations qui savaient si bien jadis, chaque matin, y faire frémir le feuillage et taire les oiseaux?...

Le voulez-vous?... La chose peut se faire par nous, par nous seuls, entre nous, sans mettre en jeu le moindre rouage de l'exécutif, ni du législatif.

N'avez-vous jamais vu, — ce serait jouer de malheur, sous nul régime l'espèce ne manqua, — n'avez-vous jamais vu quelqu'une de ces bonnes vieilles administrations locales singulièrement habituée à confier les travaux dont elle dispose à des entrepreneurs de son choix? Tout à coup le vent a tourné, un cataclysme n'est ni plus prompt, ni plus radical : au système de concession arbitraire succède enfin l'adjudication au plus offrant. — Que s'est-il donc passé, et qui a eu le pouvoir de briser entre les mains de M. le maire la corne d'abondance dont les fruits mûrissaient en paix, à l'usage de quelques privilégiés?

Que s'est-il passé?... Oh! peu de chose. Une voix, dans la presse, s'est élevée, et son triomphe n'a pas été plus tardif que douteux, toutes les fois que, après avoir dit :

« *Le concours libre et public est le seul mode de concession qui satisfasse tous les intérêts avouables, en sauvegardant les responsabilités qui demandent la lumière, tout en écartant les cupidités qui la redoutent;* »

Elle a pu ajouter :

« *Dans le cas où l'adjudication publique serait ouverte, je m'engage moi-même à soumissionner.* »

mois auparavant, par hasard, et n'en pouvait rapporter l'origine à aucune cause à lui connue.

L'affection siégeait exclusivement du côté gauche, ce qui permettait mieux d'apprécier ses caractères par l'examen comparé du côté sain. Le triangle sus-claviculaire était le siége d'une saillie considérable se confondant en arrière avec le bord supérieur du trapèze et atteignant presque, en avant, le bord postérieur de la clavicule. Son diamètre transversal, plus long que l'autre, mesurait bien près de 7 centimètres. Cette masse était plus ou moins saillante, suivant les attitudes du bras.

On eût pensé qu'il existait là une tumeur solide et circonscrite enfouie dans le pannicule graisseux, et cependant le toucher ne percevait rien de semblable; il rencontrait seulement une masse molle, rénitente, élastique, confondue avec la peau, se déplaçant avec elle dans une petite étendue, mais n'ayant aucune adhérence avec les parties profondes.

La peau sus-jacente était rouge et un point profond était douloureux, mais l'explication était facile à donner. Depuis plus de deux mois le patient tourmentait le tégument avec des applications énergiques de coton iodé, et à chaque instant cherchait à s'assurer des effets du traitement sur le mal, dont on lui avait révélé la nature.

En effet, M. X... avait consulté à Paris, vers le mois d'août, un chirurgien distingué (1) qui avait porté le diagnostic suivant : « Adénite sus-claviculaire avec œdème périganglionnaire, développé *peut-être* sous l'influence rhumatismale », et prescrit deux gouttes de teinture d'iode par jour à l'intérieur, un purgatif léger tous les dix jours, et sur la région affectée une application quotidienne de coton iodé.

Lors de cette visite, M. X... ne ressentait ni douleurs spontanées, ni gêne dans les mouvements. Après dix semaines du traitement prescrit, il n'y avait aucune modification dans le volume de la masse, si ce n'est un peu plus de saillie de la peau, avec rougeur de celle-ci, et une certaine gêne causée par le frottement du linge sur le tégument irrité.

Je me permis d'élever quelques doutes sur le diagnostic, qui s'accordait mal avec les antécédents et la constitution du malade.

M. X... n'était rien moins que lymphatique; c'était plutôt un type de ces constitutions athlétiques vouées à l'arthritisme, et qu'on peut classer ainsi à l'avance, en l'absence même de toute manifestation encore bien évidente de la diathèse.

A la vérité, le consultant avait admis avec réserve la cause rhumatismale de l'adénopathie; mais si les rhumatisants sont exposés à avoir des inflammations ganglionnaires aiguës à la suite du froid ou des blessures de la peau, ils n'ont point d'adénopathies spontanées à forme lente et chronique.

A la vérité, M. X... me désignait bien du doigt un point profond sensible à la pression; mais je ne pus y reconnaître de ganglion, et encore moins l'œdème périganglionnaire signalé dans la consultation. La sensibilité au toucher répondait, sans doute, à un point du tissu adipeux soumis à des explorations trop répétées et par ce fait légèrement enflammé.

Je conseillai à M. X... de suspendre tout traitement, sauf l'application de quelques émollients pendant une semaine ou deux, pour dissiper la sensibilité locale, — et d'oublier son mal, — lui annonçant qu'il reviendrait à son ancien état pour n'en point sortir, ou bien que la pire terminaison serait la formation d'un lipome qu'on opérerait plus tard s'il se limitait, s'il grossissait, s'il devenait gênant ou douloureux.

Je pourrais facilement avoir des nouvelles de ce patient.

(1) C'était précisément le même qui avait vu avec moi la dame de l'observation II.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Alimentation par les lavements de viande et de pancréas.

Lyon, 17 novembre 1879.

Permettez-moi d'ajouter quelques mots aux remarques si judicieuses de M. Brown-Séquard sur l'alimentation par les lavements de viande et de pancréas publiées dans le numéro précédent de la *Gazette hebdomadaire*.

J'emploie ce moyen avec avantage, depuis six ans, dans les hôpitaux de Lyon, mais avec quelques précautions que je crois d'une assez grande importance.

Pourquoi injecter le tissu du pancréas, qui contient des substances non absorbables et la viande en nature? Même haché et trituré, le mélange peut déterminer de l'irritation de la muqueuse et n'être pas gardé facilement.

Pour éviter cet inconvénient, je fais broyer le pancréas de bœuf avec de l'eau tiède à 37 degrés environ, dans un mortier, puis exprimer la pulpe obtenue dans un linge.

Le liquide recueilli est mélangé intimement au pilon et trituré avec de la viande maigre hachée et débarrassée de ses parties fibreuses et avec un jaune d'œuf.

Le produit est laissé deux heures en le maintenant à la même température. Il est ensuite injecté dans le rectum, préalablement vidé par un lavement huileux simple.

Il est à peine besoin de démontrer l'utilité de cette manière de procéder.

On a ainsi l'avantage d'injecter, non des substances alimentaires en pulpe qui n'a pas été digérée et qui peut être rejetée, mais des aliments ayant subi à la température de l'économie l'action du ferment dissolvant et sans mélange de débris de tissus inutiles; se prêtant, par conséquent, beaucoup mieux à l'absorption rapide et facile.

Agréez, etc.

MAYET,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Cette voix je viens de la faire entendre, chers collègues; et si vous trouvez qu'elle résonne dans notre milieu intellectuel comme dans la sphère mercantile où j'ai pris mon exemple; si l'honneur vous tente, vous si accessibles à ce genre d'amorces, de coopérer à une réforme qu'appellent à l'envi toutes les aspirations dignes d'être exaucées et toutes les consciences dignes d'être tranquillisées, il vous suffit d'exprimer un assentiment.

Un .... je me trompe. Si vous partagez mon avis, vous aurez à m'envoyer une double adhésion sous la forme suivante :

« Je m'engage à ne pas me présenter comme candidat à la chaire des maladies cutanées et syphilitiques créée à la Faculté de médecine de Paris, si cette place n'est pas mise au concours. »

« Je m'engage à m'inscrire comme candidat à cette place, si elle est mise au concours. »

De ces deux engagements, vous le comprenez, chers collègues, le premier seul serait obligatoire pour nous tous; le second est facultatif.

Pour ma part, je prends ici l'un et l'autre.

P. DIDAY.

CONGRÈS D'AMSTERDAM. — DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A la suite du Congrès d'Amsterdam, le roi des Pays-Bas a nommé : *commandeur* du Lion néerlandais, M. Donders, président du Congrès; *chevaliers* du même ordre, MM. Verneuil et Virchow, présidents d'honneur. — Ont été nommés membres honoraires de la Société des sciences naturelles et médico-chirurgicales d'Amsterdam : MM. Verneuil, Gariel, Marey, Méhu (de Paris); Virchow (de Berlin), Hueter (de Greinwald), Becker (de Heidelberg), Haller (de Prague), Palasciano (de Naples), Lister (d'Edimbourg), Hartl (de Londres), Holmgreen (d'Upsal); Warlomont, Pigeolet et Crocq (de Bruxelles), Reverdin (de Genève), et Sayre (de New-York).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Sur la résistance des moutons de la race barbarine a l'inoculation du charbon. Lettre de M. *C. Oltive*. — Les *Comptes rendus*, séance du 8 septembre dernier, contenaient une note de M. Chauveau (de Lyon), dans laquelle il est dit que les moutons d'Algérie appartenant à la race barbarine sont réfractaires à l'inoculation du charbon. « Cette immunité, dit M. Chauveau, peut-elle être considérée comme un caractère accidentel propre à quelques individus, ou comme un caractère général propre à la race? » M. Ollive n'hésite pas à se ranger à la seconde opinion; depuis huit ans il habite Mogador, et n'a jamais constaté aucune affection charbonneuse.

De l'excitabilité rhythmique des muscles et de leur comparaison avec le cœur. Note de M. *Ch. Richet*. —En poursuivant l'étude du muscle de la pince de l'écrevisse, l'auteur a pu constater que le tétanos physiologique de ce muscle, alors qu'on l'excite par des courants induits de fréquence et d'intensité moyennes, est souvent rhythmique, caractérisé par une série d'oscillations qui sont quelquefois très-régulières, mais qui ont toujours un rhythme plus lent que les excitations électriques agissant sur le muscle. Le *tracé* de ce tétanos rhythmique ressemble tout à fait au *tracé* qu'on obtient en inscrivant les mouvements du cœur de la grenouille. Il a recherché la cause de ce rhythme et est arrivé à la conclusion suivante :

« En résumé, pour le cœur comme pour le muscle de la pince, la contraction (systole) épuise l'élément musculaire, qui cesse alors de se contracter; mais il se répare très-vite, et c'est pendant la période d'épuisement (diastole) que se fait la réparation. La cause du rhythme paraît donc être la même pour le cœur et le muscle : dans l'un et l'autre cas, c'est un épuisement rapide et une rapide réparation. »

Sur les abcès osseux médullaires. Note de feu le docteur *Chassaignac*. — M. *Larrey* présente cette note, dont voici les principaux passages :

« On ne doit admettre, comme abcès osseux médullaires, que ceux qui ont leur siége parfaitement déterminé à l'intérieur du canal de la moelle. Toute ostéomyélite purulente, confinée par des diaphragmes osseux dans le canal de la moelle, constitue un abcès médullaire. Entre la médullite purulente et l'abcès médullaire, il y a cette connexité que, pour engendrer l'abcès osseux, il a bien fallu qu'il y ait eu ostéomyélite purulente partielle; mais il y a cette grande différence, fondée sur des caractères anatomiques certains, que la médullité essentielle et aiguë ne donne jamais lieu à des diaphragmes osseux de cloisonnement et à la trépanation spontanée, qui ne s'observent que dans l'abcès osseux. Une condition anatomique de la médullité aiguë totale est incompatible, d'une manière absolue, avec le cloisonnement de la cavité médullaire et avec la trépanation spontanée : cette condition, c'est le décollement complet des membranes extérieures et intérieures d'avec l'os, ce qui constitue un obstacle invincible à la production des diaphragmes et à la trépanation spontanée. L'existence de la médullite partielle, limitée par des diaphragmes osseux, est cliniquement et anatomiquement démontrée par des observations et préparations authentiques.

» Les observations prouvent que le canal médullaire peut être le siége d'abcès clos par diaphragmes osseux, non-seulement dans l'une ou l'autre extrémité du canal, la supérieure ou l'inférieure, mais encore au centre même du canal, clos dans ce cas par deux diaphragmes distincts.

» Voici les différences capitales entre la médullite purulente et la médullite plastique : 1° la médullité purulente aiguë est essentiellement décollante des membranes, périoste et membrane médullaire; la médullite plastique est tout le contraire; elle fait adhérer les membranes d'enveloppe plus fortement qu'à l'état normal; 2° la médullite plastique, quand elle a précédé la médullite purulente, rend possible la trépanation spontanée; la médullite purulente rend cette trépanation absolument impossible. Un abcès médullaire n'est possible qu'à la condition d'avoir été précédé et accompagné d'une ostéite engaînante et d'une ostéite limitante. »

Darwinisme. — M. *Larrey* présente à l'Académie, de la part de M. le docteur *Frédéric Bateman* (de Norwich), un livre anglais intitulé : *Le darwinisme démontré par le langage*, et entre dans quelques détails analytiques.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. Mignot (de Chantelle), sur un cas d'oreille supplémentaire. — 2° Une lettre de M. le docteur Monard, qui donne sa démission d'élève stagiaire aux eaux minérales. — 3° Une lettre de candidature de M. Siredey, qui se porte candidat dans la section de pathologie interne. — 3° Une lettre de M. Cadet de Gassicourt, pour le même motif. — 5° Un mémoire de M. le docteur Longet, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi, à la Roche-sur-Yon, sur le 93° régiment de ligne.

M. *Béclard* présente un nouveau *Manuel de physiologie* de M. Fort.

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur Duché, une brochure intitulée : *Protection des enfants du premier âge*.

M. *Peter* présente les *Bulletins de la Société de médecine de Paris* pour l'année 1878, et, au nom de M. le docteur de Beauvais, le compte rendu des travaux de cette Société pour 1878.

M. *Chereau* dépose sur le bureau de l'Académie une brochure intitulée : *Bibliographia Patiniana*.

M. *Maurice Perrin* présente le *Traité des blessures du globe de l'œil*, par M. le docteur Yvert.

M. *Depaul* présente, au nom de M. Lebert, récemment décédé, un *Traité de la phthisie pulmonaire*.

M. *Richet*, présente, au nom de M. Gallard, la 2° édition du *Traité des maladies des femmes*.

Nécrologie. — M. *le Président* annonce la mort de M. Vallette, membre correspondant depuis la fondation, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Eaux minérales. — L'ordre du jour appelle à la tribune M. *Bouis*, qui donne lecture d'une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter différentes sources d'eaux minérales.

Les conclusions, toutes négatives, de M. le rapporteur, sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussion.

De la communication congénitale des deux cœurs par inocclusion du septum interventriculaire. — Dans le mémoire qu'il a lu à l'Académie le 21 octobre dernier, M. *Roger* a cherché à établir l'existence clinique distincte d'une anomalie cardiaque jusqu'à présent méconnue et confondue, soit avec d'autres vices de conformation, soit avec les maladies du cœur proprement dites, à savoir la *communication congénitale des deux cœurs par inocclusion du septum interventriculaire;* il insisté sur le diagnostic différentiel qui ressortit presque exclusivement à l'auscultation, et il a affirmé qu'un *bruissement cardiaque spécial* était le *signe pathognomonique* de cette malformation.

Deux objections lui ont été faites : la première sur le *siège anatomique du bruit de souffle*, qu'il attribuait au passage du sang à travers la perforation du septum à sa partie supérieure, et qui pouvait aussi bien (disait-on) être produit par le passage du courant sanguin à travers le trou de Botal ou le canal artériel — non oblitéré. — On objectait en outre que sa description clinique n'était point basée sur des nécroscopies suffisamment nombreuses.

Pour compléter sa réponse à ces objections, M. Roger lit, en extrait, une *observation avec autopsie* que M. Gaston De-

caisne a publiée dans le *Progrès médical* sous le titre de *Communication congénitale des ventricules du cœur*, après avoir présenté la pièce à la Société anatomique en juillet 1877.

Dans cette observation, on retrouve et la lésion congénitale du septum ventriculaire qu'il a séparée des autres malformations, et le bruissement particulier qui la caractérise, et l'ensemble des signes positifs ou négatifs dont il a tracé le tableau clinique. Cette observation donne raison sur tous les points à M. Roger.

TRAITEMENT DU LUPUS. — M. *Vidal*, médecin de l'hôpital Saint-Louis, présente à l'Académie quelques malades sur lesquelles il a obtenu d'excellents résultats en traitant le lupus par une nouvelle méthode de raclage.

ÉTIOLOGIE ET VIRULENCE DU CHARBON. — Dans une argumentation serrée et bien dirigée, M. *Colin* s'efforce de combattre une à une les découvertes que M. Pasteur a fait connaître depuis plusieurs années à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine.

Il nous est impossible de suivre l'orateur dans tous les points de son discours, qui embrasse toutes les questions relatives au développement de la septicémie, du charbon, de la morve et de la plupart des maladies contagieuses et virulentes. M. Colin développe successivement les trois propositions suivantes :

1° M. Pasteur commet de graves erreurs historiques sur les questions actuellement en discussion.

2° Il ne se montre pas toujours juste dans l'appréciation des faits, des vues ou des raisonnements de ses adversaires.

3° Il se méprend assez souvent sur la valeur des méthodes suivies par le physiologiste et le médecin, méthodes plus compliquées que celle ses chimistes ou des physiciens.

L'orateur s'efforce d'accumuler les preuves qu'il a pu recueillir à l'appui de ces trois propositions. Il résulte de la plupart des expériences dont les résultats ont été exposés à l'Académie, que M. Colin ne peut trouver la bactéridie là où M. Pasteur la trouve facilement.

En ce qui concerne la spontanéité des maladies, M. Colin s'exprime ainsi :

« Il est clair que si une affection contagieuse est de nature parasitaire, comme la gale, sa spontanéité peut et même doit être née au nom des méthodes, car bien qu'elle naisse loin d'un malade dans l'espace et dans le temps, elle doit toujours résulter d'une transmission de parasite, celui-ci ne pouvant être le produit d'une génération spontanée dans l'organisme ou hors de l'organisme. Mais dès que l'affection contagieuse ne se lie plus qu'à des proto-organismes de nature douteuse et à rôle problématique, la méthode n'a plus de bases certaines pour asseoir son jugement, parce qu'il n'est pas prouvé d'une part que ces proto-organismes sont la cause de l'affection, la condition indispensable de son existence, et qu'il n'est pas prouvé d'autre part que l'organisme malade est impuissant à faire naître en lui, dans ses tissus, dans ses liquides, un globule vivant ou un filament immobile. Enfin, une fois qu'il s'agit d'une affection sans parasite, sans microbe, comme la rage, la morve, la méthode expérimenteuse, la méthode inductive ou toute autre, n'ont plus qualité pour se prononcer pour ou contre la spontanéité. Mais c'est à l'observation qu'il appartient de dire si la maladie naît ou ne naît pas en l'absence d'une contagion.

M. Colin termine sa communication par une sortie violente contre M. Pasteur, qui afficherait des prétentions de grand prêtre de la médecine nouvelle. Cette partie du discours, quelque peu ironique, a excité parfois un peu d'hilarité, mais a été en somme très écoutée.

— Dans sa réponse à M. Colin, M. *Pasteur* laisse de côté ce qui est relatif à la poule charbonneuse, le sujet lui paraissant épuisé.

Relativement au virus charbonneux, il y a une commission nommée qui attend que M. Colin veuille bien démontrer ce qu'il a avancé.

L'objet principal du débat est le suivant : M. Colin étudie l'eau ou la terre imprégnées de charbon par la virulence des matières organisées et il n'y trouve pas le germe de la bactéridie ; il ne le trouve pas, mais ces résultats négatifs ne prouvent qu'une chose : c'est qu'il n'a pas su éloigner les causes d'erreur qui peuvent faire perdre la trace des germes.

M. Pasteur fait les mêmes expériences et trouve le germe de la bactéridie ; c'est là un fait qu'on ne peut nier. Il n'y a qu'un moyen de combattre ce fait, c'est de dire que la bactéridie a été introduite par fraude.

Non-seulement M. Colin dit qu'il ne trouve pas la bactéridie, mais il prétend démontrer pourquoi il ne peut l'obtenir. Il ne se rappelle pas ce que M. Pasteur a établi en 1877. Il abandonne du sang charbonneux à lui-même ; celui-ci se putréfie et perd sa virulence. La bactéridie n'est jamais à l'état de germe dans un animal charbonneux; elle est dans la première phase de son développement, sous la forme d'un petit filament translucide. Lorsqu'elle est exposée en dehors de l'animal au contact de l'air, elle revêt un nouveau mode d'existence : le filament translucide se transforme en un corpuscule brillant : c'est le germe, dont les propriétés sont bien différentes et qui résiste pendant une heure à une température de 90 degrés.

Le sang charbonneux abandonné à lui-même se remplit des vibrions de la putréfaction, et c'est seulement dans la partie exposée au contact de l'air que l'on retrouve la bactéridie.

La putréfaction enlève à la bactéridie ses propriétés virulentes, parce qu'elle la place dans un milieu gazeux : l'acide carbonique, qui est incompatible avec son existence.

Lorsqu'on enterre le cadavre d'un mouton charbonneux, il y a putréfaction dans la plus grande partie du corps et la virulence disparaît rapidement ; mais le sang qui se répand sur la terre n'est pas dans les mêmes conditions de putréfaction et développe des germes ; ce sont ceux-là que M. Pasteur retrouve après un an et qui restent doués de toute leur virulence. C'est là ce que M. Colin ignore lorsqu'il s'obstine à faire connaître des résultats négatifs qui ne peuvent rien changer à des faits positifs.

Il faut, du reste, pour trouver la virulence du germe charbonneux dans la terre, une méthode d'expérimentation spéciale que M. Colin ne connaît pas par cette raison que M. Pasteur ne l'a pas fait connaître.

M. Pasteur termine en disant qu'il existe dans le sol une série de corpuscules-germes ressemblant à ceux de la bactéridie, mais qui en diffèrent complètement. Les uns donnent la septicémie, d'autres sont sans action. Dans d'autres circonstances, la bactéridie ne se développe pas parce qu'elle est privée d'air. Lorsqu'elle est enveloppée d'acide carbonique, elle se transforme en un corpuscule absolument inoffensif.

Tous ces détails expliquent pourquoi M. Colin ne trouve pas la virulence de la bactéridie dans un bon nombre de cas où elle existe. Il emploie des méthodes défectueuses.

Il est évident que M. Colin ne se place pas dans les mêmes conditions que M. Pasteur pour opérer ; c'est pour cela qu'il n'obtient pas les mêmes résultats. Qu'il vienne demander à M. Pasteur comment il faut procéder, et celui-ci se fera un véritable plaisir de lui montrer.

— M. *Bouillaud* dit que la bonne méthode consiste à bien observer et à bien raisonner ; on ne doit jamais perdre de vue ce principe. La spontanéité détermine une opposition entre MM. Pasteur et Colin. Peut-être ne comprennent-ils pas bien la valeur de ce mot. D'un autre côté, il existe entre eux une discussion relativement à la valeur des faits positifs ou négatifs. Mais si, par impossible, les faits positifs de M. Pasteur étaient démontrés erronés par un expérimentateur plus habile, ils deviendraient négatifs.

Quant à la spontanéité, on ne saurait nier qu'elle ne compte dans la médecine française qu'un petit nombre de partisans.

Gastrotomie. — M. *Péan* présente trois malades à l'Académie. Deux ont subi la gastrotomie : l'une, pour un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire; l'autre, pour l'ablation d'un utérus affecté de tumeurs embryoplastiques; la dernière portait une tumeur fibro-cystique de l'utérus, qui fut traitée par le drainage chirurgical. Voici le résumé de ces trois observations.

La première n'avait que douze ans lorsqu'elle fut soumise à la gastrotomie. Elle portait depuis trois ans une tumeur à surface irrégulière et bosselée, qui avait été considérée comme cancéreuse, même après des ponctions réitérées, par plusieurs chirurgiens qui l'avaient examinée. La tumeur était tellement volumineuse, eu égard à la petite taille de la malade, que les fausses côtes en paraissaient luxées en dehors et que les côtes inférieures remontaient, en se superposant, jusqu'à la clavicule. Une volumineuse hernie existait à l'ombilic. M. Péan pensant avoir affaire bien plutôt à un kyste dermoïde qu'à une tumeur encéphaloïde, se résolut à opérer. Il fit l'ablation par la gastrotomie, et malgré l'adhérence intime du grand épiploon à toute la face antérieure de la tumeur qui vint compliquer l'opération au point qu'il fallut lier et exciser une portion très saignante du repli séreux, M. Péan put retirer une portion solide (enveloppe du kyste et une masse formée d'aréoles, de matière sébacée et de poils) du poids de 5^{kil},500 et 20 litres de liquide.

Le douzième jour après l'opération, l'enfant commençait à marcher; le dix-huitième, elle rentrait dans sa famille, à quelques lieues de Paris, et pouvait reprendre ses jeux avec ses compagnes habituelles.

En produisant ce fait, M. Péan a moins l'intention d'arrêter l'attention de l'Académie sur la bénignité relative que paraît présenter l'extirpation des kystes dermoïdes de l'ovaire ou de l'abdomen (huit cas opérés par lui ont tous abouti à une guéson, une seule malade est morte du tétanos pendant la convalescence), que d'aborder quelques considérations d'un autre ordre. D'ailleurs, ne sait-on pas que la gastrotomie, pratiquée pour l'ablation de tumeurs de diverses espèces, est susceptible de donner des séries de guérisons successives de vingt malades, comme M. Péan a encore eu la satisfaction de l'observer cette année même dans sa pratique. Ce qu'il désire établir, c'est que, chez de jeunes enfants dont la santé était fortement compromise et la croissance arrêtée par la présence de tumeurs assez volumineuses, et pendant un temps assez long pour que le squelette eût subi des déformations importantes, l'extirpation a pu avoir pour heureux résultat, non-seulement le retour à la santé, l'accomplissement normal de toutes les fonctions, une croissance régulière, mais encore la disparition des déformations du squelette qui a fait place à un très-beau développement. En effet, la jeune opérée de M. Péan, qui va avoir quinze ans, est aujourd'hui une belle jeune fille, presque aussi grande que sa sœur aînée, qui a quelques années de plus qu'elle, et elle est réglée depuis un an et demi.

La seconde malade portait une tumeur utéro-cystique dont M. Péan la débarrassa en la soumettant à l'hystérotomie.

Cette tumeur était surtout intéressante au point de vue du diagnostic. Elle avait tous les caractères extérieurs des gros kystes du bassin. Ponctionnée avant l'opération, elle avait donné 15 litres de liquide hématique complètement semblable à celui que contiennent les kystes sanguins de l'ovaire. Très-rapidement, ce liquide se reproduisit comme il arrive encore pour les kystes hémorrhagiques des annexes de l'utérus. A la suite de la ponction, l'épuisement et la prostration des forces s'accusèrent fortement.

Malgré sa faiblesse, la malade supporta bien l'opération. M. Péan a présenté la tumeur à l'Académie, le jour même (séance du 20 mars 1877) où elle fut enlevée, et son examen a été l'objet d'un rapport spécial de la part de M. Ch. Robin. Le savant histologiste reconnut que la masse liquide, retenue dans la cavité utérine amplifiée, était un sang depuis longtemps épanché et chargé d'abondantes concrétions fongueuses, mais les parois du corps de l'utérus étaient le siége d'une hypertrophie considérable, de kystes et d'innombrables tumeurs de nature embryoplastique.

M. Péan n'avait pas chez cette malade réduit le pédicule, bien qu'il l'eût fait souvent depuis nombre d'années ; la méthode qui consiste à laisser le pédicule au dehors lui a toujours donné de bons résultats. Il pense qu'on peut trouver des indications favorables à l'une et à l'autre méthode. Il n'avait pas non plus employé la méthode antiseptique.

Bien que l'utérus ait été enlevé complètement, sauf la portion intravaginale du col, qui était restée saine, on était donc en droit de craindre qu'une récidive ne se produisît dans un délai relativement très-court. Il n'en a rien été jusqu'ici, et pourtant cette pauvre femme, marchande des quatre saisons, est loin de vivre dans des conditions d'hygiène et de bien-être favorables.

Elle a été opérée au moment où elle n'avait plus ses règles, après l'âge de la ménopause. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que la menstruation n'ait pas reparu après l'opération, tandis que chez les malades encore jeunes sur lesquelles on a enlevé à la fois l'utérus et les deux ovaires, en conservant seulement la portion intravaginale du col, la menstruation a continué d'être régulière pendant un plus ou moins grand nombre d'années, jusqu'à l'époque de la ménopause. Chez plusieurs d'entre elles, pendant les premiers mois qui suivirent l'opération, il y eut au moment des époques un suintement sanguin à l'angle inférieur de la plaie, plus abondant que chez les malades auxquelles on a pratiqué l'ovariotomie et qui ont également un suintement sanguin à ce niveau.

Chez cette malade, ajoute M. Péan, comme chez les autres hystérotomisées qu'il a déjà présentées à l'Académie à diverses reprises, de même que chez toutes celles qu'il a dû soumettre à l'hystérotomie (il a déjà publié les observations de quarante-six d'entre elles), il ne restait plus pour elle d'autre chance de salut que dans l'ablation de la tumeur en même temps que de celle de la majeure portion de l'utérus. Pour lui, il n'hésite pas à déclarer que les trente succès qu'il a obtenus sur ce nombre lui paraissent suffisants à légitimer l'opération et à encourager les chirugiens à ne plus abandonner les malades quand elles sont vouées à une mort certaine. Il est bien vrai que le plus grand nombre des malades affectées de volumineux fibromes utérins peuvent vivre sans se soumettre à l'opération ; mais dans les cas où l'inverse a lieu, et c'est ce qui s'est produit pour les opérées de M. Péan, ce chirurgien estime qu'on serait blâmable de ne pas intervenir.

La dernière malade présentée par M. Péan offre à ces divers points de vue un intérêt particulier. Il y a deux ans, il a enlevé par le col un fibrome et il croyait avoir obtenu une guérison définitive, lorsqu'il y a six mois la malade revint le trouver avec une énorme tumeur fibro-cystique de l'utérus et un état fébrile des plus intenses ; elle était sur le point de succomber à des hémorrhagies et à des symptômes d'infection putride. Le doigt introduit par la cavité du col ayant montré que la plus grande partie de la tumeur était fluctuante, il incisa avec le thermo-cautère et évacua plusieurs litres de liquide ; ceci fait, il reconnut qu'une partie de la tumeur était solide, s'implantait sur le fond de l'utérus et qu'elle était dès lors inopérable par le vagin; il introduisit par l'ouverture de la poche kystique un long tube fénêtré à double courant, afin de faire plusieurs fois par jour des injections antiseptiques, de modifier la tumeur et d'en amener l'atrophie. Au bout de quelques semaines, cet heureux résultat était obtenu, après une réaction fébrile inquiétante. La guérison paraissait complète et définitive, lorsque la malade revint une troisième fois trouver M. Péan avec une énorme tumeur fibro-cystique, et il est évident que les moyens médicaux sont impuissants à

enrayer la marche de cette affection. Il présente cette malade pour montrer que l'hystérotomie, si elle avait été acceptée depuis longtemps, ne l'aurait pas laissée dans la situation fâcheuse où elle se trouve actuellement; cela est d'autant plus à regretter que les résultats obtenus par l'hystérotomie ont été jusqu'ici des plus encourageants.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Correspondance. — Sur l'onyxis ulcéreux de la Guyane. — De la mobilisation et de l'immobilisation des articulations malades. — Genu valgum, ostéotomie sous-cutanée; guérison. — Kyste huileux. Présentation d'une pièce.

La correspondance comprend : 1° un travail sur les *abcès des os*, par M. *Chassaignac*. M. Larrey en fait hommage à la Société de chirurgie au nom de la famille Chassaignac ; 2° *De la syphilis*, par M. *Denis-Dumont* (de Caen).

— M. *Sée* lit un rapport sur l'onyxis ulcéreux de la Guyane, mémoire présenté par M. Morel, médecin de la marine. Cette maladie est très-fréquente à la Guyane. Sur 8000 journées de chirurgie à l'hôpital, 1000 sont occupées par les malades atteints d'onyxis. Une inflammation ulcéreuse envahit la matière de l'ongle qui tombe en fragments. Comme causes on invoque la marche pieds nus, la malpropreté, et la présence d'un insecte, la puce-chique (*pulex penetrans*). M. Morel repousse l'action des causes générales, des diathèses. La chique ne dépose aucun poison dans la plaie. La maladie pourrait encore être nommée ulcère phagédénique des pays chauds.

L'avulsion de l'ongle est le traitement qui réussit le mieux ; mais si l'ongle se désagrège il est difficile de l'arracher en totalité. Alors on emploie les caustiques arsenicaux. Dans tous les cas, suivre un régime approprié.

M. *Larrey*. Guillou, ancien chirurgien militaire, a signalé dans son travail sur la chique des Antilles des lésions analogues à celles de l'onyxis de la Guyane.

— M. *Tillaux*. Dans les maladies articulaires aiguës ou chroniques, le but du chirurgien est le même, la guérison; mais les moyens diffèrent pour y arriver.

Commençons par l'arthrite aiguë. Dans la première phase, période inflammatoire, nous employons tous l'immobilisation et la compression; on diminue ainsi la douleur, et le membre ne peut contracter une attitude vicieuse. Combien de temps le membre doit-il rester dans un appareil ? Il ne faut pas enlever l'appareil pour imprimer des mouvements pendant l'état aigu; mais combien dure cet état? en général de un mois à six semaines. Quand l'appareil est enlevé, on voit que la guérison est obtenue si la jointure a repris sa forme et s'il n'y a pas de douleurs spontanées.

Alors, si l'articulation a gardé ses mouvements, le chirurgien n'a plus rien à faire; la mobilisation complète sera spontanée. S'il y a une pseudo-ankylose, que faut-il faire ? abandonner le malade à lui-même? non. M. Tillaux croit qu'il faut employer la mobilisation artificielle. Si la douleur disparaît après la cessation des manœuvres, on pourra continuer; si on s'abstenait de mobilisation, la rigidité de l'articulation deviendrait définitive. Telle est la pratique de M. Tillaux.

Autre cas. Si dans le cours de la période inflammatoire le membre a pris une attitude vicieuse, que faut-il faire ? Il faut redresser, ou bien, si l'inflammation a disparu, qu'il y a des traces de mobilité dans l'articulation, peu de douleur, si le membre est dans une attitude vicieuse, M. Tillaux conseille les mouvements artificiels et la rupture des adhérences. Si le membre est dans une bonne position, la mobilisation est beaucoup moins indiquée.

Dans les arthropathies chroniques, ostéo-arthrites, synovites fongueuses, etc., l'immobilisation est encore la base du traitement, et si on obtient l'ankylose, c'est un moyen de guérison. M. Tillaux a été frappé du petit nombre de résections articulaires faites en France; c'est parce que nous traitons mieux les maladies articulaires. Quand on a obtenu la guérison, il ne faut pas chercher à faire la mobilisation. Si le membre est dans une mauvaise attitude, chercher cependant à amener une attitude meilleure.

M. *Lucas-Championnière*. L'immobilisation n'amène pas l'ankylose fibreuse absolue et encore moins l'ankylose osseuse, on trouve peu d'ankyloses vraies dans les recherches cadavériques. L'immobilisation est acceptée pour le traitement des arthrites aiguës. Mais du fait de l'immobilisation il se produit des raideurs articulaires assez graves. C'est ce qui arrive pour les fractures articulaires ou situées au voisinage des articulations. Il y a une question d'âge qui a son importance ; chez les vieillards, l'immobilisation prolongée est un danger pour les fonctions des articulations.

Est-il toujours nécessaire d'immobiliser dans les arthrites aiguës ; par exemple, quand l'articulation a été ouverte? M. Lucas-Championnière se souvient d'un malade de M. Verneuil, opéré de corps étranger articulaire, et qui au bout de trois mois avait peu de mouvements dans le genou. M. Lucas-Championnière a fait la même opération et n'a pas immobilisé la jointure; il a mis seulement le membre dans une gouttière pendant quinze jours, et il n'y eut pas de raideur articulaire.

Même dans les cas d'arthrites purulentes il a obtenu d'excellents résultats sans immobilisation, chez cinq malades. Une femme en état puerpéral avait l'articulation du genou remplie de pus; incision de 12 centimètres sur le côté externe, le vingt-septième jour la plaie était fermée. Cette femme n'ayant pas supporté la mobilisation, a été livrée à elle-même; elle fléchit peu le genou.

Un homme atteint d'ostéo-périostite du fémur avait du pus dans le genou ; immobilisation; il resta une raideur articulaire. Un troisième malade que connaît M. Sée fut moins immobilisée que le précédent, il fléchit mieux le genou; il avait une arthrite purulente, sorte de phlegmon du mollet. Arthrite purulente du genou chez un homme, aucune immobilisation; on imprima très-vite des mouvements à la jointure, au bout de trois mois tous les mouvements avaient repris leur étendue. Enfin, une femme qui avait un litre de pus dans le genou fut mobilisée dès le cinquième jour après l'opération ; elle marche admirablement bien. M. Lucas-Championnière se demande si, dans certains cas, il n'y a pas avantage à mobiliser rapidement l'articulation, par exemple quand on a fait une large plaie au genou dans les cas d'arthrite purulente ?

M. *Terrier* est de l'avis de M. Lucas-Championnière sur les inconvénients de l'immobilisation pour les fractures voisines des articulations. Jarjavay professait que les fractures de l'extrémité inférieure du radius doivent être immobilisées le moins longtemps possible; il ne laissait jamais plus de huit jours l'appareil en place, et il obtenait d'excellents résultats.

M. *Marjolin* n'est point d'avis d'abandonner les fractures de l'extrémité inférieure du radius à la mobilisation. Il suffit d'imprimer de temps en temps des mouvements aux doigts, au coude, à l'épaule, pour éviter les inconvénients de l'immobilisation. S'il s'agit de traumatisme articulaire, M. Marjolin a vu une fracture du coude consolidée à angle droit, et une autre le bras et l'avant-bras sur la même ligne ; on eut beaucoup de peine à ramener les mouvements, parce qu'on avait négligé d'imprimer de temps en temps des mouvements à l'articulation. Mais pour la coxalgie, on s'expose à des accidents si on redresse ou si on communique des mouvements à l'articulation pendant la période aiguë.

— M. *Beauregard* (du Havre) lit une observation du *genu valgum* traité et guéri par l'ostéotomie sous-cutanée. Il présente le malade à la Société de chirurgie. Le malade, âgé de dix-huit ans, avait pour travail de ramasser à sa gauche des fardeaux qu'il jetait à sa droite ; il eut une déviation du genou gauche. L'écartement entre les deux malléoles internes était de 12 centimètres.

Opération le 15 juillet dans un des chalets ouverts de l'hôpital du Havre. La méthode de Lister fut appliquée dans tous ses détails. Incision jusqu'à l'os, parallèlement aux artères articulaires et au niveau du condyle interne du fémur. Les trois quarts de l'épaisseur de l'os furent coupés avec des ciseaux froids ; l'autre quart fut brisé. Le tissu osseux était dur, éburné.

On appliqua un appareil plâtré. Quarante jours après l'opération le malade marchait et le membre était redressé. Le 4 septembre, sortie de l'hôpital.

— M. *Le Dentu* a opéré aujourd'hui à l'hôpital Saint-Louis une jeune fille qui portait une tumeur volumineuse entre les deux sourcils ; le diagnoctic était : kyste congénital dermoïde. Extirpation de la poche qui tenait au frontal par un pédicule. Le liquide ressemble à de l'huile d'olive figée ; il contient quelques poils. Il se pourrait que les kystes huileux fussent des kystes dermoïdes dont la matière grasse existerait sous forme d'huile.

M. *Lannelongue*. Beaucoup de kystes congénitaux ont un contenu analogue au liquide présenté par M. Le Dentu. M. Lannelongue a ouvert il y a plusieurs mois un kyste congénital inflammé ; le contenu n'offrait rien de remarquable. Un mois après, le même kyste ayant reparu, une nouvelle opération donna issue à un liquide huileux.

— M. *Lannelongue* présente une pièce destinée à éclairer l'histoire des tumeurs blanches. L'extrémité inférieure d'un fémur est imbibée d'un pus caséeux ; c'est du tubercule infiltré. Presque tous les os du squelette de l'enfant contenaient du tubercule infiltré.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Des plaies et des hémorrhagies comme causes de l'augmentation du nombre des globules blancs ; appareil compte-globules : M. Malassez. — Section des cordons postérieurs de la moelle : M. Laborde. — Algues monocellulaires (Urocystis et Palmella) accusées de produire la fièvre intermittente : M. Quinquaud. — Usage de l'atropine dans la cataracte : M. Javal.

M. *Malassez*. Le nombre des globules blancs augmente chez un animal auquel on a extirpé la rate, mais il augmente de même si, après avoir ouvert l'abdomen, on le referme sans enlever cet organe. La rate étant ainsi hors de cause, à quoi peut tenir la leucocytose observée ? A la plaie même ou à l'hémorrhagie qui l'accompagne ? On ne peut résoudre cette question que par des expériences où l'on fait successivement des plaies sans hémorrhagies et des hémorrhagies sans plaies. 1° Sur des chiens, M. Malassez met à nu la veine fémorale, et tantôt y pratique une saignée de 150 à 200 grammes, tantôt referme la plaie sans faire de prise de sang. Dans les deux cas l'opération est suivie d'une augmentation de nombre des leucocytes, qui progresse pendant trois ou quatre jours, puis décroît. Dans le premier seulement, il y a une diminution temporaire du chiffre des globules rouges. 2° M. Malassez enfonce une canule tranchante dans le cou d'un chien, tantôt au voisinage de la veine jugulaire, tantôt dans l'intérieur de cette veine, et laisse alors couler une certaine quantité de sang. Dans les deux cas on constate une augmentation insignifiante du nombre de globules blancs, aussi peu accentuée après l'hémorrhagie qu'après la simple piqûre. Si les globules blancs sont plus nombreux dans le sang à la suite des plaies, ce n'est donc pas à cause de l'hémorrhagie, ce n'est pas, comme on l'a dit, parce que la lymphe se déverse alors dans le sang en plus grande abondance : c'est le fait même de la plaie qu'il faut mettre en cause.

— M. *Malassez* présente un appareil compte-globules ; c'est celui de MM. Hayem et Nachet, modifié et perfectionné. L'appareil de MM. Hayem et Nachet se compose, on le sait, d'une cellule creusée dans une lamelle porte-objet, cellule où l'on dépose une goutte du mélange sanguin à examiner, que l'on recouvre d'une lamelle couvre-objet. Sur les bords de cette dernière on fait couler ensuite un peu de liquide pour empêcher l'accès de l'air dans la cellule. La difficulté d'avoir des cellules dont les bords soient exactement sur le même plan, la possibilité du soulèvement de la lamelle couvre-objet par un grain de poussière placé sur ses bords ou par le liquide versé autour d'elle et qui peut si facilement s'insinuer au-dessous, peuvent donner lieu à des erreurs. M. Malassez les évite en faisant reposer la lamelle couvre-objet sur trois petites vis placées à travers la lame porte-objet autour de la cellule, et qu'il est facile de faire saillir exactement de la même hauteur, de manière que les deux lames soient parfaitement parallèles.

— M. *Laborde*. Les jeunes chats, encore allaités par leur mère, se prêtent merveilleusement aux expériences sur la moelle épinière ; on peut leur ouvrir le canal vertébral sur une assez grande étendue, sans qu'ils en paraissent extrêmement affectés. Chez un animal dans ces conditions, M. Laborde a pu sectionner les cordons postérieurs, après s'être donné assez de jour pour être sûr que la section portait uniquement sur ces cordons et que le reste de la moelle était respecté. Le chat n'a jamais présenté ni trouble de la sensibilité, ni trouble de motilité. Un léger degré d'ataxie du mouvement a suivi l'opération et a rapidement disparu. L'animal vit encore aujourd'hui, huit mois après l'expérience. (L'autopsie en sera faite plus tard, et les pièces présentées à la Société). Les fonctions des cordons postérieurs nous sont donc encore inconnues.

— M. *Quinquaud*. Dans des travaux récents on a accusé deux espèces d'algues, les *Urocystis* et les *Palmella*, d'être les agents de la fièvre intermittente. L'histoire naturelle de ces végétaux est des plus intéressantes. Les *Urocystis*, algues monocellulaires que l'on rattachait autrefois aux *Protococcus*, sont des algues microscopiques à chlorophylle, qui vivent dans les lieux humides, sur les vieux murs. Elles se reproduisent par segmentation : une cellule, qui constitue toute la plante, s'entoure d'une matière gélatineuse qui s'accumule surtout sur un point ; elle se divise en deux, puis en quatre cellules, qui percent l'enveloppe gélatineuse et vivent alors indépendantes. Si avant la segmentation ces cellules sont exposées à la dessiccation, l'enveloppe gélatineuse se durcit, forme une coque qui protège la cellule contre l'évaporation ; celle-ci pourra plus tard évoluer lorsqu'elle se trouvera dans des conditions favorables. La production de cette gélatine végétale est un fait général dans l'histoire des algues. On la retrouve chez les *Palmella*, parasites monocellulaires qui vivent sur les plantes au fond des marais et voyagent de la profondeur de l'eau à la surface. Elles forment par leur agglomération des masses blanc verdâtre visibles à l'œil nu, dans la composition desquelles entre pour une large part une matière gélatineuse analogue à celle des *Urocystis*. Ces algues sont-elles réellement les agents de la fièvre intermittente ? On a cru pouvoir l'affirmer en Allemagne à la suite d'expériences tentées sur les animaux ; mais M. Quinquaud a répété ces expériences et n'a obtenu que des résultats négatifs.

— M. *Javal*. L'atropine peut rendre de réels services dans les cataractes au début, quand l'opération n'est pas encore

indiquée. Il faut tenir compte, si l'on veut en faire usage, de deux ordres de conditions : 1° Le siége des opacités. Si elles sont centrales et bien limitées, la dilatation pupillaire permettant l'entrée d'une grande quantité de lumière dans l'œil amènera une amélioration très-notable de la vision. 2° L'état de la réfraction des milieux. L'atropine, outre la dilatation pupillaire, détermine la paralysie de l'accommodation. Le malade ne bénéficiera du premier de ces effets qu'à la condition expresse que l'on compensera les inconvénients du second à l'aide de verres correcteurs qu'il faudra choisir avec le plus grand soin. En combinant l'emploi de ces deux moyens : atropine et lunettes, on peut atténuer dans une large proportion les troubles visuels dépendant de la cataracte.

X. ARNOZAN.

BIBLIOGRAPHIE

Les lois de la circulation du sang enseignées par l'anatomie comparée, l'embryologie et l'observation clinique, par H. PIDOUX.

Quel que soit le jugement que l'on porte sur ce livre, il est un reproche que nul ne lui adressera : celui de manquer d'originalité. Les vues que l'auteur y développe, avec tout le talent qu'on lui connaît, lui sont absolument propres et n'empruntent rien aux doctrines actuellement en cours dans nos écoles. Il suffira pour avoir un aperçu de l'esprit qui domine cette étude et la pénètre tout entière, de parcourir l'introduction, où se résume toute la philosophie médicale de l'auteur.

M. Pidoux nous apprend que son livre n'est pas une œuvre nouvelle, mais qu'il date d'une vingtaine d'années et qu'à cette époque les idées qu'il y développe étaient tellement contradictoires avec celles qui régnaient dans la science qu'il avait peu de chance de les voir acceptées. Il espère aujourd'hui parler à un auditoire mieux préparé et fait en grande partie honneur à Cl. Bernard du progrès, encore bien faible, qu'il constate dans les études physiologiques.

L'auteur, dès les premières pages de son introduction, nous montre le but de son ouvrage et en trace à grands traits le plan général. D'après lui tout l'appareil circulatoire : cœur et vaisseaux, obéit à des lois dans lesquelles les théories mécaniques n'ont rien à voir. Les explications qu'on donne des signes physiques des maladies du cœur sont supprimées et remplacées par des théories en rapport « avec la nature organique et non physique de ces bruits animés ». Ces théories sont principalement basées sur l'embryogénie et l'anatomie comparée.

Après avoir ainsi indiqué son but, l'auteur consacre le reste de son introduction à une étude philosophique des principes du vitalisme, et tout en faisant preuve d'une sympathie toute particulière pour Cl. Bernard, attaque énergiquement l'œuvre de ce physiologiste, et surtout les idées générales qu'il avait exposées dans son dernier ouvrage et auxquelles il avait donné comme formule la doctrine du *déterminisme*.

L'auteur termine son introduction par une sorte de critique anticipée de son œuvre. Citons quelques passages de ces pages originales : « Rien de moins méthodique, de moins didactique que les pages qu'on va lire. Il est même difficile d'y tracer des divisions, d'y indiquer des chapitres... Rédigées sans précaution, comme lorsqu'on écrit pour soi-même, ces feuilles auront peut-être le mérite qui distingue quelquefois les productions primesautières où les idées apparaissent à l'état naissant, à peine vêtues et dégagées de l'apprêt et des circonspections qui imposent toujours plus ou moins leurs conventions et leur raideur aux livres trop faits... J'ai le défaut propre à ces sortes de manuscrits libres, d'insister trop sur certains points qui reviennent toujours comme des refrains, de me répéter, et de ressasser tellement la preuve que je finis par m'en saturer moi-même... Toutefois, si dans cette fertilité sans ordre on ne trouve pas les qualités d'un livre, il me semble qu'on devra y reconnaître l'unité de conception, l'unité des idées et celle de la critique. Si la dernière paraît quelquefois absolue, c'est la faute de l'unité de la nature et de sa logique... La nature évolue toujours et ne retourne jamais en arrière. Or, elle reculerait si le moindre fait, si la plus petite loi du monde de la physique s'introduisait dans le monde animal. »

Il était difficile de porter un jugement plus sincère sur l'ouvrage que nous avons sous les yeux et d'en indiquer d'une façon plus précise l'idée dominante : exclure toute explication physique des phénomènes vitaux et les rapporter à des lois qui n'ont rien de commun avec celles qui régissent le monde inorganique.

Dans un de ses derniers ouvrages, Cl. Bernard disait : « Il existe dans les organismes vivants des appareils anatomiques ou des outils organiques qui leur sont propres et qu'on ne pourrait reproduire en dehors d'eux ; mais les phénomènes manifestés par ces organes ou tissus vivants n'ont cependant rien de spécial, ni dans leur nature, ni dans les lois qui les régissent : c'est une proposition que les progrès des sciences physico-chimiques démontrent chaque jour de plus en plus, en prouvant que les phénomènes qui s'accomplissent dans les corps vivants peuvent s'accomplir également en dehors de l'organisme, dans le règne minéral... Dans l'ordre mécanique ou physique, les phénomènes de l'organisme vivant n'ont rien non plus qui les distingue des phénomènes mécaniques ou physiques généraux, si ce n'est les instruments qui les manifestent. »

Cette citation de notre grand physiologiste suffit à montrer quel abîme sépare ses doctrines de celles de M. Pidoux, et on comprend que ce dernier ait eu à cœur d'en faire tout d'abord justice dès les premières pages de son livre.

Nous avons vu que notre auteur avoue lui-même sa tendance à revenir sans cesse sur certaines idées fondamentales qu'il reproduit incessamment, et d'où découlent toutes les explications qu'il fournit des phénomènes de la circulation envisagée au point de vue de la physiologie et de la pathologie. La plus grande partie de son livre est en effet consacrée à établir la justesse de ses conceptions, à les appliquer non-seulement à l'étude de la circulation, mais à celle de tous les phénomènes observés dans l'organisme. C'est à ce point de vue qu'il étudie particulièrement le sang, le cœur, les vaisseaux, s'appliquant surtout à les montrer animés d'une vie propre qui règle tous leurs mouvements, les coordonne suivant certaines intentions adaptées aux besoins de l'organisme sain ou malade. Ce n'est plus seulement l'influence des forces physiques ou chimiques qu'il repousse avec une sorte d'horreur ; mais l'influence même des centres nerveux en tant que déterminateurs et régulateurs des phénomènes circulatoires; ces derniers étant absolument indépendants de toute influence extérieure, puisant dans le sang, dans le cœur, les artères, le principe même de leurs déterminations. On comprendra mieux cette façon d'envisager les phénomènes circulatoires par la lecture de quelques passages empruntés à un chapitre ayant pour titre : *Preuves* (de l'unité de sanguification) *tirées des passions, de la colère.* « Dans la colère et l'enthousiasme, le sang est en harmonie avec l'exaltation de tout le système. Il est plus animé. D'où lui vient cette surexcitation ? de tous les vaisseaux et principalement du cœur. Non pas seulement qu'alors le cœur lance l'ondée sanguine avec plus d'énergie et de rapidité ; mais c'est qu'il lance une ondée sanguine *pénétrée du même sentiment que lui.* Si on n'admet pas que dans ce cas le sang *est en colère* au même titre que le cœur, le cerveau, les yeux, la moelle épinière, les muscles, tout le système; l'activité de la matière n'est qu'un mot, et la physio-

logie n'est pas une science; c'est un mélange arbitraire et sans base propre de physique et de psychologie... Le sang est modifié passionnellement et se met dans une parfaite harmonie avec l'état du système nerveux auquel les anciens auraient dit qu'il fournit alors des explosions d'esprits animaux très-irrités... C'est dans le cœur, centre spécialement ému par cette passion, que le sang contracte les propriétés qui le rendent apte à animer tous les organes et à les monter au ton de la colère... Supposez le cœur et le sang du cœur sans colère, le cerveau en serait lui-même incapable. Il recevrait bien les impressions qui peuvent déterminer en lui cette passion, mais il ne l'éprouverait pas. Il faut que le cœur et le sang *la conçoivent* d'abord... et c'est précisément parce que le cerveau se trouve tout d'abord sous la dépendance tyrannique du cœur et de l'épigastre que le sentiment qui l'anime est une passion. »

Nous avons tenu à citer *in extenso* ce curieux passage dans lequel se trouvent exprimées d'une façon particulièrement saisissante les idées de l'auteur sur le rôle de l'appareil circulatoire, et du liquide sanguin. Ces idées, est-il besoin de le dire? sont absolument personnelles à l'auteur. Jusqu'ici aucun médecin, aucun physiologiste, parmi ceux dont les doctrines se rapprochent le plus de celles de M. Pidoux, n'a exclu d'une façon aussi péremptoire l'intervention des lois physiques dans l'interprétation des phénomènes observés chez les êtres vivants. Les médecins, vitalistes ou autres, reconnaissent bien l'existence de lois supérieures propres à l'organisme, suscitant et réglant les phénomènes qui s'y produisent; mais ces phénomènes une fois déterminés échappent-ils dans toute leur évolution aux lois qui régissent le monde inorganique? Là est toute la question. Que le sang naisse d'un blastème, que la circulation s'établisse à l'origine en vertu de forces dont nous ne trouvons pas l'équivalent en dehors du monde organisé, on le reconnaîtra volontiers. Mais que l'appareil circulatoire et son contenu soient toujours et complètement soustraits à toute loi d'hydrostatique, que la pesanteur n'ait aucune influence sur le cours du liquide, que les changements de calibre des vaisseaux ne soient pas la cause immédiate des bruits morbides, c'est ce qui surprend tout esprit habitué à la logique de l'école. Prenons un exemple. J'applique le stéthoscope sur la crurale d'un individu sain, et j'y perçois le choc intermittent normal de l'ondée sanguine. Je presse le vaisseau avec le stéthoscope; à l'instant je fais naître un bruit de soufflet. Je presse plus énergiquement, le bruit devient dur et râpeux. Dans ces conditions je n'ai rien fait que rétrécir le calibre du vaisseau. L'ondée qui continue de le traverser, sans diminuer d'abondance, augmente de vitesse et le bruit se produit. Si je prends un tube inerte traversé par un courant liquide, j'obtiendrai le même effet. Je puis produire ce bruit instantanément et le faire cesser de même. A moins d'admettre que le sang *s'irrite* contre la violence qui lui est faite, je ne vois pas comment on peut se soustraire ici à une explication toute physique. Or ces conditions que je produis, elles existent dans les rétrécissements et dans les insuffisances valvulaires par le fait de la maladie qui a modifié le calibre des conduits, la nature de la paroi. Comment me défendre d'établir une analogie entre deux phénomènes aussi parfaitement identiques, sinon dans leur cause première, au moins dans leur mode de production. Je ne crée pas, il est vrai, un rétrécissement valvulaire; mais ce rétrécissement une fois produit, je connais le mécanisme du bruit qu'il détermine, je puis le localiser, et dans l'immense majorité des cas mon diagnostic sera exact. J'affirme que les lois de la circulation des liquides suffisent à m'expliquer le phénomène du bruit de souffle; et je ne puis comprendre comment on veut exclure toute explication physique dans l'interprétation de pareils faits. Or c'est précisément contre ces théories que M. Pidoux s'élève avec le plus d'énergie. Citons encore :

« Il n'y a rien de physique dans les bruits sains du cœur, rien de physique dans les bruits morbides... c'est une erreur que de les concevoir comme l'effet propre et mécaniquement explicable des altérations physiques, que les maladies produisent dans la structure de l'organe, telles que rétrécissements des orifices, insuffisances des valvules, rigidité des bords, etc... Le flot sanguin rencontre un obstacle au niveau de la valvule mitrale rétrécie, et il en éprouve une compression qui froisse ses molécules entre elles et contre les bords de l'orifice rétréci, d'où bruit de souffle plus ou moins prolongé; voilà l'explication mécanique de l'école. Le flot sanguin arrivé au niveau de l'orifice mitral, centre du cœur, véritable mésocarde, altéré et malade, etc..., y excite une irritation plus ou moins vive, et ce mouvement morbide se traduit par des vibrations qui se communiquent sympathiquement à la chaire coulante. Celle-ci vibre à l'unisson, et de ces frémissements d'irritation solidairement ressentis, excités par le sang dans la fibre malade et par elle sympathiquement communiqués au sang, ainsi de suite à l'infini, résulte un bruit plus ou moins rude et plus ou moins prolongé, symptôme caractéristique de l'altération d'une des parties les plus importantes du cœur : voilà la théorie vitaliste... L'oreille d'un homme délicat et sensible, ignorant la séméiotique du cœur, distinguera de sentiment un bruit morbide, symptôme d'une maladie grave, d'un autre à signification légère, et tous les médecins n'ont heureusement pas perdu cette faculté sympathique. »

Nous devons nous arrêter dans cette rapide analyse du livre de M. Pidoux. Nous avons cherché à donner un aperçu des doctrines qui l'ont inspiré, plutôt qu'à le soumettre à une critique à laquelle il échappe par l'absence de ce que nous appelons des documents positifs. C'est une manière particulière de concevoir les faits. On l'admet ou on la repousse, plutôt par un instinct, par une pente naturelle des idées, que par la pression d'une argumentation victorieuse. Quelque parti que l'on adopte, il faut bien reconnaître qu'un pareil ouvrage n'est pas de ceux qu'on puisse juger à la légère. C'est le fruit de longues méditations, le résumé d'un ensemble de doctrines qui dominent toute la science et dont ce livre n'est qu'une application particulière.

Blachez.

VARIÉTÉS

LES NOUVEAUX PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Trois professeurs nouvellement nommés viennent de monter dans leurs chaires : MM. Laboulbène (histoire de la médecine), Bouchard (pathologie générale) et Benjamin Ball (clinique des maladies mentales). Tous trois ont rencontré un auditoire sympathique; tous trois ont fait preuve, dès leurs premières leçons, qu'ils étaient à la hauteur de leurs fonctions; tous trois ont recueilli des applaudissements bien mérités.

M. Laboulbène avait pris pour sujet de sa thèse l'histoire succincte de l'*ancienne Faculté de médecine de Paris*. Le tableau qu'il en a tracé, quoique bien connu aujourd'hui, est assez intéressant pour qu'on en rappelle les traits principaux. Installation des Écoles rue de la Bûcherie, sur la rive gauche de la Seine, près de l'Hôtel-Dieu (il n'en reste que l'amphithéâtre de Winslow et des bâtiments convertis en lavoir public); — grades de *philiatre*, *bachelier en médecine*, *licencié*, *maître* ou *docteur-régent*, auxquels on arrivait par des études longues et difficiles. — Les *maîtres* composant la Faculté, tous examinateurs, avec droit au professorat après en avoir fait la demande. — L'*ancien* ou le doyen, le bibliothécaire; — des statuts immuables, comme il convenait à une vieille Faculté fière de son origine privée, *bâtie*, *dotée* et *entretenue* à ses frais, comme le remarquait Richan; — puis les luttes de la Faculté avec Ch. Renaudot, avec la Chambre royale, la Société royale de médecine, les chirurgiens de robe courte et les chirurgiens lettrés ou de robe longue; — enfin la chute de la vénérable institution et son remplacement par l'*École de santé*. — Dans les

leçons suivantes, le professeur est entré en pleine histoire de la science médicale et a commencé l'exécution de son programme, qui sera le suivant : *pathologie et nosographie historiques*, comprenant, pour cette dernière, l'histoire de l'*anatomie pathologique*, de la *symptomatologie*, de l'*étiologie*, du *pronostic*, du *diagnostic*, de la *taxonomie*. Viendra ensuite celle de la *thérapeutique*, de l'*hygiène*, de l'*anatomie* et de la *physiologie;* enfin de l'histoire des *doctrines* et des *institutions médicales*. — Le professeur se propose de faire marcher de front, avec les sujets précédents, la biographie et la bibliographie médicales.

M. Bouchard, qui a entamé immédiatement le sujet de son cours, traite de la pathologie générale de la nutrition. Ce jeune professeur a déjà fait si brillamment ses preuves, pendant le temps de son agrégation, dans l'enseignement de la pathologie, qu'il n'était nouveau-venu pour personne, et n'avait qu'à continuer le cours de son enseignement, c'est-à-dire de ses succès.

M. le professeur Ball, mis enfin en possession d'un service de clinique, après des péripéties dont nous avons entretenu nos lecteurs, a fait à grands traits le tableau historique de l'aliénation mentale depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Il montre d'abord les théories primitives de la folie inscrites dans les livres saints de toutes les religions, et ayant pour base l'intervention divine ; puis, passant aux Grecs, il fait ressortir l'influence successive du spiritualisme de Platon, des doctrines d'Aristote et de Théophraste, et à cette série de philosophes il oppose les médecins depuis Hippocrate jusqu'à Galien, rappelant les découvertes d'Erasistrate dans le domaine de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux, les descriptions si saisissantes de réalité qu'Arétée de Cappadoce a données de la manie, de la mélancolie, de la folie à double forme, etc. Avec le moyen âge, le professeur nous conduit dans cette sombre période de la démonomanie, et fait ressortir avec bonheur le courage, si souvent payé par le martyre, de ces médecins qui disputèrent à leurs juges et à leurs bourreaux ces sorciers et ces sorcières qui n'étaient que de pauvres hallucinés. Vient enfin la Renaissance, remuant toutes les idées à la fois, et contribuant à rectifier celles mêmes qui avaient régné sur l'aliénation mentale. Les seizième et dix-septième siècles virent naître Leuwert, Willis et bien d'autres encore, qui nous ont donné d'excellentes descriptions des différentes formes de folie, et nous ont légué une foule de faits qu'on ne relit pas sans fruit. Un intérêt particulier s'attache à étudier l'influence exercée par Descartes et par Condillac sur les doctrines relatives à l'aliénation mentale. M. Ball a fait ressortir surtout le lien qui unit à Condillac Pinel et ses élèves. « Pinel et Esquirol, dit-il, ces deux grandes figures de la psychiatrie moderne, sont, en effet, des fils du dix-huitième siècle; ils ont été des savants distingués, des médecins éminents; mais ils ont été aussi de grands philanthropes. Les théories qu'ils ont émises sur la folie, sur la classification des maladies mentales, etc., ont pu être fortement ébranlées par le progrès naturel des idées; les services qu'ils ont rendus en adoucissant le sort des aliénés, en les élevant à la dignité de malades, inscriront pour toujours leurs noms en lettres d'or sur le panthéon de l'humanité. » Le professeur a terminé par quelques considérations sur la vogue des doctrines actuelles en psychiatrie, et indiqué les progrès accomplis dans ces derniers temps.

APPAREILS RÉFRIGÉRANTS A LA MORGUE. — On sait que M. le préfet de la Seine a constitué une commission appelée à se prononcer sur les projets proposés par des ingénieurs pour établir à la Morgue des appareils réfrigérants. Ces appareils sont destinés à conserver les corps dans l'état où on les apporte au funèbre monument. Vendredi dernier, les délégués de cette commission, assistés de M. Descouts, préparateur de médecine légale et suppléant du docteur Brouardel, sont venus à la Morgue pour prendre les dispositions nécessaires à l'installation des machines frigorifiques. Deux ingénieurs se trouvent en présence, il va falloir mettre leurs systèmes à l'essai et les expérimenter l'un après l'autre.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de pharmacien principal, MM. les pharmaciens de 1re classe : 1er tour (ancienneté), Delteil. 2e tour (choix), Degorge.

— Ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine, savoir :

Au grade de médecin de 1re classe, MM. les médecins de 2e classe : Sérès, Ambiel, Audibert, Dubois, Kaeffer, Maget, Neis, Léo, Bourat, Roux, Frison, Boyer, Pocard-Kervilcr, Primet, Delrieu, Baissade. *(A suivre.)*

NÉCROLOGIE. — Le docteur Chenu, ancien médecin principal des armées, vient de mourir à Paris à l'âge de soixante et onze ans. Ses relations avec Gabriel Delessert lui facilitèrent les études qui l'occupèrent pendant la plus grande partie de son existence. On doit, en effet, au conservateur de la riche collection des Delessert plusieurs ouvrages de conchyliologie et d'histoire naturelle. Nommé bibliothécaire de l'Ecole du Val-de-Grâce, Chenu recueillit les matériaux qui lui étaient nécessaires pour publier les *Statistiques de la guerre de Crimée et de la guerre d'Italie*, documents précieux à consulter pour tous ceux qui voudront se rendre compte des vices de notre organisation médico-militaire.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Vallette, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, où l'a remplacé son gendre, notre distingué confrère, M. Lebrou. M. Valette est décédé le 1er novembre 1879, âgé de quatre-vingt-cinq ans et demi.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Potey, maire de Minot, président de l'Association des médecins de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), décédé le 2 novembre dernier, dans sa soixante-sixième année.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE. — Un arrêté important vient d'être pris par le préfet de police, dans l'intérêt de la santé publique. Aucune viande de boucherie ou de charcuterie fraîche, salée ou fumée, ne pourra être introduite désormais dans Paris sans avoir été, au préalable, soumise à la visite des inspecteurs spécialement chargés de ce service. Il n'est fait d'exception que pour l'introduction d'une quantité de viande pesant moins de 3 kilos en viande fraîche et 5 kilos en viande salée ou fumée.

L'introduction dans Paris des viandes à soumettre à l'inspection ne pourra se faire que par les portes de Saint-Cloud, des Ternes, de Clichy, de la Villette, de Vincennes, de Charenton, d'Italie et d'Orléans. Toute viande reconnue impropre à la consommation sera immédiatement saisie et détruite aux frais du propriétaire, sans préjudice des poursuites auxquelles la saisie pourrait donner lieu.

HÔPITAL DU MIDI. — M. le docteur Ch. Mauriac reprendra ses leçons cliniques le samedi 29 novembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure. Le sujet des leçons sera la *syphilis*. Chaque conférence sera suivie de la revue des malades du service et d'instructions pratiques sur le traitement des *maladies vénériennes*.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses conférences cliniques sur les affections de la peau et la syphilis, le vendredi 21 novembre, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure (salle Saint-Jean).

ÉCOLE PRATIQUE.— *Cours d'otologie*. — M. le docteur Gellé commencera ses leçons le mercredi 26 novembre, à quatre heures, amphithéâtre n° 2, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 6 au 13 novembre 1879, on a constaté 935 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 19. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 1. Variole, 22. — Croup, 13. — Angine couenneuse, 13. — Bronchite, 31. — Pneumonie, 53. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 18. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 7. — Erysipèle, 2. — Autres affections aiguës, 215. — Affections chroniques, 454 (dont 168 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 47. — Causes accidentelles, 33.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 27 novembre 1879.

Académie de médecine : La bactéridie du charbon.

MM. Pasteur et Colin continuent depuis assez longtemps une lutte qui ne semble pas devoir être promptement terminée, parce que les deux champions, suivant deux voies parallèles, n'ont pas, de par la géométrie, chance de se rencontrer. Ce n'est pas qu'ils ne s'arrêtent pour échanger des passes courtoises, autant que leur tempérament le comporte; mais alors même combien ils diffèrent! L'un expose froidement dans des dissertations étendues, étudiées dans la forme, des résultats d'expériences multipliées; invoque la tradition, les doctrines générales, comme la spontanéité des maladies; fait appel à la clinique; se plaît aux succès de tribune. L'autre est bref, concis dans ses répliques; ne tient comme arguments sérieux que les résultats d'une expérimentation méthodique; formule brièvement ses découvertes, les défend avec ardeur, non parfois sans rudesse, et réclame volontiers des protocoles de commissions dûment signés et enregistrés.

On ne s'étonne pas que deux tempéraments aussi contraires ne puissent s'entendre sur une question aussi délicate que celle de la pathogénie des maladies infectieuses. Cette question d'ensemble, nous la reprendrons. Aujourd'hui, nous ne voulons que dire notre avis sur l'opposition qui vient de se produire de nouveau entre les deux adversaires relativement à la recherche des bactéridies du charbon dans le sol qui a reçu les dépouilles d'animaux charbonneux.

La bactéridie charbonneuse présente des caractères tellement précis qu'on peut être étonné qu'il puisse y avoir des doutes sur le fait. Cependant nous sommes en présence d'expériences absolument contradictoires. Suivant M. Pasteur, la terre de Beauce, qui a été imprégnée du sang des animaux charbonneux enfouis à une certaine profondeur, renferme les germes des bactéridies charbonneuses; suivant M. Colin, la putréfaction a détruit tout germe charbonneux dans la terre où sont déposés les cadavres d'animaux.

M. Pasteur pense donc que le sang des animaux charbonneux infecte la terre qu'il imprègne et y dépose des germes qui peuvent de nouveau inoculer le charbon à des animaux. Cette conclusion est basée sur l'expérimentation. En effet, M. Pasteur, aidé de MM. Chamberland et Roux, a fait deux séries d'expériences, qu'il faudra avoir toujours présentes à l'esprit au milieu de cette discussion. Dans la première série, M. Pasteur démontre que les bactéridies charbonneuses ajoutées directement à une terre peuvent s'y transformer en corpuscules-germes, et ceux-ci peuvent se conserver sans altération de leurs propriétés pendant plusieurs mois (de juin à septembre 1879 dans ces expériences). Dans la seconde série, M. Pasteur, recueillant la terre à la surface d'un endroit dans lequel il avait enfoui, dix mois auparavant, le cadavre d'un mouton charbonneux, constate la présence des corpuscules-germes de la bactéridie par l'inoculation de l'affection charbonneuse à des cochons d'Inde.

Voilà des faits expérimentaux bien nets, et nous ne craignons pas de nous déclarer convaincu de leur réalité; nous ne saurions nous représenter M. Pasteur et ses aides se trompant sur la constatation d'une inoculation charbonneuse.

Cependant, à ces faits positifs M. Colin oppose une série d'expériences contradictoires. Il prétend d'abord que la virulence charbonneuse du sang ne persiste pas au delà de quatre à cinq jours en été et d'une semaine en hiver; mais, en même temps, il reconnait que le sang simplement desséché à l'air libre peut conserver sa virulence pendant quelques jours, parfois même quelques semaines.

FEUILLETON

Quelques thèses à image exposées momentanément dans les salles d'examens de l'École de médecine de Paris.

(Fin. — Voyez les numéros 45 et 46.)

VIII. Thèse de Louis-Benoist Cervenon, 20 novembre 1762. — Sept ans après la précédente, n° 87, donc 37 entre elles deux. La disposition générale reste la même. L'image mesure 78 centimètres de largeur et 58 centimètres de hauteur. Le cadre, si l'on tient compte de ce qui a été coupé dans la partie inférieure, à des dimensions à peu près pareilles. En somme, la thèse toute entière a 1m,16 de hauteur sur 78 centimètres de largeur. C'est la plus grande. Elle vient de *chez J. F. Cars, rue Saint-Jacques*. Malgré l'apparence, c'est encore une ancienne gravure qui a été utilisée, puisqu'on distingue sous de grosses hachures, à gauche, le nom de Charles Lebrun qu'on a cherché à effacer. Dans un grand péristyle, sous un dais aux riches draperies, l'Eloquence avec son caducée, assise, soutient et présente l'écusson des Le Fèvre de Caumartin, *d'azur à 5 faces d'argent*. Autour sont groupées d'autres figures allégoriques. Charles Lebrun étant mort en 1690, cette œuvre, si l'écusson actuel n'en remplace pas un autre, a été créé vraisemblablement pour Louis Le Fèvre de Caumartin (1624-1687), conseiller au Parlement, maître des requêtes, etc., le grand-père de celui qui est mentionné sur la thèse de L.-B. Cervenon : Antoine-Louis-François Le Fèvre de Caumartin, chevalier marquis de Saint-Ange, comte de Moret, seigneur de Caumartin, Boissy-le-Châtel, Dormeilles, etc., conseiller du roy, maître des requêtes (en 1721), intendant de justice en Belgique et en Artois. La dédicace : « Illustrissimo ac nobilissimo viro Antonio Ludovico Francisco Le Fèvre de Caumartin, equiti marchioni à Santo Angelo, comiti à Moret, domino à Caumartin, Boissy-le-Châtel, Dormeilles, etc., regi a consiliis, libellorum sup-

En définitive, la virulence charbonneuse est une propriété éphémère, qui s'éteint avec plus ou moins de rapidité dans les solides, et les liquides s'altèrent d'eux-mêmes.

M. Colin n'a pas obtenu de résultats différents par l'inoculation d'eaux de lavage de la terre, du fumier des terreaux stratifiés avec des débris charbonneux. Toutes ses expériences, en somme, sont négatives.

Eh bien, en présence d'une contradiction aussi flagrante, est-il possible, pour le critique, d'arriver néanmoins à une conclusion? Nous le pensons, et cette conclusion nous paraît devoir être la suivante :

M. Pasteur, d'une part, démontre par une expérimentation méthodique que la terre imprégnée de sang charbonneux peut conserver pendant dix mois des germes de bactéridies qui dans certaines conditions se développent et transmettent le charbon. M. Colin, d'autre part, démontre un fait déjà admis, savoir, que la putréfaction peut détruire la virulence des bactéridies, et en outre il nous fait constater que dans ses expérimentations il n'a pas réussi à inoculer le charbon par les eaux de lavage des détritus charbonneux. Est-ce qu'il y a opposition entre ces deux ordres de faits? En aucune manière. L'un a opéré avec des matières dans lesquelles la virulence avait été détruite par la putréfaction, et l'autre avec des matières dans lesquelles la putréfaction n'était pas parvenue à détruire tous les germes; dès lors, nous ne voyons point comment les faits négatifs de M. Colin pourraient annuler les conséquences des faits si positifs et si démonstratifs de M. Pasteur. Si cette conclusion n'est pas apparue immédiatement aux auditeurs qui suivaient ces discussions ou aux critiques qui en ont rendu compte, c'est que la clarté de la démonstration expérimentale de M. Pasteur a été quelque peu obscurcie par les questions doctrinales qui, très-secondaires au point de vue de la question de fait, ont pris une grande importance à la tribune académique.

M. Pasteur s'est plaint avec une certaine amertume de la manière dont la critique médicale a envisagé les discussions de ce genre. Il nous permettra de lui faire observer que dans ces questions on le suivra d'autant plus près, que de son côté il aidera plus à la vulgarisation de sa méthode et de ses procédés, et qu'il ne craindra pas d'entrer, même à la tribune académique, dans les détails nécessaires. Un nombre restreint de savants peut seul s'initier dans les laboratoires à ces procédés si ingénieux mais si complexes, qui, grâce à M. Pasteur et à de nombreux histologistes, constituent une véritable méthode de recherche et de culture des organismes microscopiques ou des microbes. Il est donc temps qu'un maître autorisé accomplisse ou dirige la vulgarisation des découvertes faites dans ces dernières années, ainsi que des méthodes et des procédés qui permettent de les contrôler et de les multiplier.

Pour terminer ce premier aperçu, nous concluons que sur le terrain expérimental, M. Colin ne saurait, par ses expériences, quelque nombreuses qu'elles soient, mettre à néant les résultats obtenus par M. Pasteur. Ses inoculations, pratiquées avec des liquides de composition mêlée et servant de réceptacles à des germes divers, ne permettaient pas de suivre les phases de l'évolution des bactéridies.

D.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

De la périostite externe chronique, par M. le docteur Charvot, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

(Suite. — Voyez les numéros 40, 41, 44 et 46.)

L'un des malades qui fait l'objet de la troisième observation rapportée à la fin de ce travail a dû subir dans les derniers temps l'amputation de la jambe. L'examen du membre enlevé nous a donné l'occasion d'étudier avec soin les altérations anatomiques propres au périoste. Nous nous empressons de citer à l'appui, dans tout son développement, la note qui nous a été remise sur ce sujet par M. Kienner, professeur agrégé à l'École, dont la compétence en histologie est depuis longtemps reconnue.

Les altérations du périoste et des os étaient semblables sur les extrémités inférieures du tibia et du péroné; mais nous aurons surtout en vue le tibia, où les altérations du périoste étaient le plus intéressantes, et nous rappellerons d'abord l'état de l'os lui-même.

Examen du tibia. — L'épiphyse inférieure est sensiblement augmentée de volume; sa surface est rugueuse, hérissée de mamelons et de traînées irrégulières d'un tissu ostéoïde blanc nacré qui se laisse aisément entamer par le couteau, et qui représente évidemment un dépôt sous-périostique de nouvelle formation.

Au niveau de la malléole interne existe une bossette hémisphérique du diamètre d'une pièce de 1 franc, dont les bords se confondent graduellement avec la surface de l'os, et dont la partie la plus acuminée proémine de 3 millimètres environ; c'est encore une production osseuse sous-périostique surajoutée à l'ancien os,

---

plicum magistro, apud Belgas et Atrebates rei judiciariæ præfecto, patrono suo colendo, vovet, dicat et consecrat Ludovicus Benedictus Cervenon chirurgiæ candidatus », est comprise dans l'ovale supérieur du cadre.

Les propositions (*theses*) d'anatomie et de chirurgie, sur les fractures simples du corps du fémur, sont disposées sur trois colonnes si grandes, que malgré les dimensions considérables du cadre, elles en dépassent un peu les limites en haut et à droite. Il faut noter ici un léger changement dans l'inscription de l'ovale inférieur : « Pro actu publico et *magisterii Laurea.* » Jusqu'à présent il y avait : Et solemni cooptatione.

La thèse de Louis-Benoist Cervenon (de Bourges), maître ès arts dans l'Université de Paris, a été soutenue, le samedi 20 novembre 1762, de deux heures et demie à sept heures, dans les écoles royales de chirurgie, sous la présidence de M. Jean Lebas, maître ès arts et en chirurgie, du Collège et de l'Académie royale de chirurgie de Paris.

IX. Thèse de Pierre Dufouart, 13 août 1763, n° 92 du recueil de Pierre Sue. Publiée moins d'un an après la précédente, elle a avec elle la plus grande analogie pour l'image, le cadre, la dédicace, l'impression en trois grandes colonnes. Il y a cependant une petite différence. Le sujet de la dissertation inaugurale est mis à part : *De intumescentia partium in primis vulnerum sclopetariorum instantibus.* Auparavant il était compris dans les propositions, où l'on était obligé de le chercher.

Comme la première (I), cette thèse à image vient de *chez Malbouré, rue Saint-Jacques, près Saint-Benoist.* On s'est ici servi encore d'une gravure ancienne qui représente aussi, comme nous venons de le voir, les armes de la famille du personnage de la dédicace, puisque les deux artistes qui l'ont composée et gravée, *P. Mignard pinxit, de Poilly sculpsit,* ont vécu dans le siècle précédent. Fr. de Poilly (1622-1693). Elle mesure 74 centimètres de largeur sur 54 centimètres de hauteur. Au milieu d'un grand cadre, les armes des Gontaut-

dont elle se différencie par la structure plus spongieuse et une plus grande vascularité.

La surface articulaire est dépouillée de son cartilage diarthrodial, qui est remplacé par une couche pulpeuse de 2 millimètres d'épaisseur, constituée par un tissu de granulation suppurant.

Une section pratiquée dans l'épiphyse met à nu un gros tubercule caséeux du volume d'une olive, siégeant dans l'épaisseur de la malléole interne, et recouvert par la calotte osseuse de nouvelle formation décrite plus haut. Dans la profondeur, il est entouré d'une zone hyperhémiée de quelques millimètres d'épaisseur. Le reste de l'épiphyse présente à un haut degré *l'état graisseux* ordinaire dans les tumeurs blanches : raréfaction du tissu osseux, agrandissement des cavités médullaires remplies d'une moelle huileuse qui s'écoule à la section. Au voisinage de la surface articulaire, cette moelle est plus ferme, plus rosée, et constitue un tissu fongueux qui se continue avec la couche pulpeuse de la surface.

La diaphyse du tibia est recouverte dans son tiers inférieur de quelques dépôts osseux stalactiformes de formation nouvelle. Dans le tiers moyen la surface devient lisse. L'os étant scié dans sa longueur, la cavité médullaire apparaît remplie d'une moelle huileuse; la substance compacte est notablement médullisée et hyperhémiée, surtout dans ses couches périphériques.

Examen macroscopique du périoste. — Le périoste, dans toute la portion qui recouvre l'épiphyse, a une épaisseur de près de 1 centimètre; on le détache difficilement, et en essayant de l'arracher on entraîne avec lui quelques mamelons de tissu ostéoïde qui sont comme incrustés dans son épaisseur. Il est constitué par des rubans fibreux nacrés, entrecroisés, mais ayant une direction générale parallèle à l'axe de l'os, et superposés en plusieurs plans dans l'épaisseur de la membrane. Entre ces bandelettes fibreuses est interposée une substance molle, lardacée, ayant l'apparence d'un tissu embryonnaire, et çà et là quelques lobules adipeux.

Au niveau de la malléole interne, et précisément au-devant de la protubérance osseuse mentionnée plus haut, existe dans l'épaisseur du périoste une tumeur du volume d'une grosse châtaigne, arrondie et fluctuante, dont l'incision fait écouler un liquide puriforme, épais, granuleux. Cet abcès étant vidé, le doigt introduit dans la cavité reconnaît une paroi lisse, interrompue seulement sur une surface de quelques millimètres carrés où l'os est à nu. Cet abcès est situé dans l'épaisseur du périoste, ainsi qu'on peut s'en assurer à l'aide d'une incision et d'une dissection. On reconnaît ainsi qu'au pourtour de la cavité le périoste renferme une lame de substance caséeuse ferme qui se dédouble pour embrasser l'abcès; et il ne peut être douteux que celui-ci ne résulte du ramollissement de la matière caséeuse. Le dépôt caséeux est situé dans les couches profondes du périoste, mais séparé encore de l'os par une couche fibreuse; ce plancher fibreux est interrompu et comme usé au niveau de l'abcès, sur une petite surface qui laisse à nu l'os rugueux, légèrement coloré en noir, mais nullement carié.

Continuant la dissection du périoste sur le tibia, on constate qu'il conserve une épaisseur de plusieurs millimètres dans tout le tiers inférieur de la diaphyse, et qu'ensuite il s'amincit graduellement pour reprendre son aspect normal au niveau de l'amputation. A 10 centimètres environ de la malléole, bien loin, par conséquent, du foyer tuberculeux de l'épiphyse, le périoste épaissi renferme dans ses couches profondes une masse du volume d'une amande, d'un tissu jaunâtre, mou, mais plutôt fongueux que caséeux. Cette masse est en partie adhérente au tissu fibreux environnant, en partie délimitée par une mince couche liquide interposée; l'examen histologique en sera donné plus loin.

Examen histologique du périoste. — Des fragments ont été détachés, d'une part, au niveau de l'abcès caséeux de la région malléolaire; d'autre part, en différents points de l'épiphyse et de la diaphyse; un de ces derniers comprenait la petite tumeur dont il vient d'être question.

Nous examinerons d'abord les préparations obtenues de ces derniers fragments, dont les altérations diffuses et moins avancées faciliteront l'étude des lésions plus caractéristiques de l'abcès caséeux.

A. *Altérations diffuses.* — Le périoste épaissi est formé de plusieurs couches assez distinctes, qui sont, en commençant par la profondeur :

1° Une *couche ostéogène*, épaisse d'un demi-millimètre environ, pauvre en cellules et en vaisseaux, principalement composée de fibres conjonctives et de fibres élastiques fines qui s'infléchissent à angle très-aigu pour pénétrer dans la substance de l'os avec laquelle elles se confondent. Cette couche osseuse, adhérente au périoste, est composée de trabécules grêles, vivement colorées par le carmin, à corpuscules osseux irrégulièrement disposés, et de grandes cavités médullaires remplies de moelle adipeuse; elle a les caractères d'un os de nouvelle formation, plutôt ostéoïde que véritablement osseux.

2° Une *couche vasculaire* dont l'épaisseur varie d'un demi à 2 millimètres; elle est formée d'un tissu conjonctif délicat, abondant en cellules, avec un riche réseau de vaisseaux capillaires, à une, deux ou trois tuniques; la plupart de ces vaisseaux présentent des altérations que nous décrirons plus loin.

3° Une *couche fibreuse*, épaisse de 2 à 3 millimètres, pauvre en vaisseaux, composée de gros faisceaux fibreux situés sur plusieurs plans, la plupart parallèles à l'axe de l'os, quelques-uns dirigés perpendiculairement aux premiers. Ces faisceaux, qui ont la structure de petits tendons, sont formés de larges fibres parallèles, légèrement ondulées, d'un éclat nacré; ils sont séparés les uns des autres par des traînées de cellules plates hypertrophiées; çà et là aussi ils s'écartent davantage pour embrasser des îlots de tissu adipeux.

Ces îlots adipeux sont fréquemment le siège d'une hyperplasie active de jeunes cellules, accompagnée d'un riche développement vasculaire. En même temps que les cellules adipeuses disparaissent, les jeunes cellules, serrées les unes contre les autres presque sans interposition de substance fondamentale, forment une masse de plus en plus cohérente qui tend à se ramollir; et cette fonte, qui n'est pas sans analogie avec la fonte caséeuse du tubercule, peut ainsi donner lieu à la formation d'abcès plutôt caséeux que phlegmoneux. Tel est le processus qui avait donné lieu à la formation de la tumeur du volume d'une amande, déjà en partie ramollie et en voie d'élimination, que nous avons rencontrée dans l'épaisseur du périoste, au niveau du tiers inférieur de la diaphyse.

4° La *couche la plus externe* du périoste est formée d'un tissu cellulaire lâche, renfermant quelques lobules adipeux et montrant

---

Biron, *un écu en bannière écartelé d'or et de gueules*, entouré de figures allégoriques : à gauche des trophées, à droite l'Histoire qui tient le Temps renversé sous ses pieds, etc. L'écu seul est reproduit sur la thèse de l'édition in-4°. Il avait peut-être été substitué à un autre dans la planche que l'éditeur Malbouré avait en sa possession.

Le cadre a les mêmes proportions que l'image (largeur 75 centimètres, hauteur 55 centimètres). Dans l'ovale supérieur est la dédicace : « Heroi Heroum filio, celcissimo et potentissimo D. de Gontaut, duci de Biron, Gallarum Pari, Franciæ mareschallo, generali cohortium prætorianorum præfecto, etc., inaugurales has theses in obsequii perpetui testimonium offert, dicat et consecrat Petrus Dufouart, regii chirurg. Paris, Collegii candidatus. » Ce héros, fils de héros, très-haut et très-puissant seigneur de Gontaut, duc de Biron, pair et maréchal de France, lieutenant général des cohortes prétoriennes, etc., c'est Louis-Antoine (1701-1778). La gravure dessinée par Mignard, a pu être faite pour le grand-père, François de Gontaut, marquis de Biron (1620-1700), lieutenant général des armées du roi, etc.

Dans le grand espace laissé libre pour la thèse se trouvent d'abord le sujet : *De intumescentia*, etc., puis les propositions d'anatomie et de chirurgie (theses anatomico-chirurgicæ), et à la suite la formule, qui n'a pas beaucoup varié : *has theses, Deo juvante et præside* M. Tussano Bordenave, artium et chirurgiæ magistro, Scholarum præposito, professore regio, regiæ chirurgorum academiæ consiliarii et pro commercio extraneo secretario, *tueri conabitur* Petrus Dufouart, tarbiensis, utriusque medicinæ studiosus, nuper adjutor primarii castrorum exercituumque chirurgi : theseos auctor. *Parisiis in regiis chirurgorum scholis*, die Sabbati, 13 Augusti *à sesqui secunda post meridium ad septimam* anno R. S. H. (1) 1763. Ces dernières lignes empiètent sur le dessin de l'ovale inférieur du cadre, où se trouve inscrit :

(1) R. S. H *reparatæ salutis hominum*.

les sections d'un grand nombre de vaisseaux de fort calibre à divers degrés d'altération.

Le moment est venu d'étudier avec plus de détails cette altération des vaisseaux. Elle est de même nature dans les réseaux capillaires de la couche vasculaire profonde et dans les gros vaisseaux de la couche externe.

Vaisseaux capillaires à une seule tunique. — Quelques-uns ont leur paroi formée d'une seule couche de cellules endothéliales, d'autres de deux couches concentriques; ces cellules sont beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal et oblitèrent plus ou moins la lumière du vaisseau; elles sont souvent comme conglomérées et agglutinées entre elles, leur protoplasma ayant pris un aspect granuleux, réfringent, et une coloration jaune par l'acide picrique. Cette prolifération endothéliale s'accompagne presque toujours d'une accumulation de cellules rondes, lymphatiques, probablement migratrices, autour du vaisseau.

Vaisseaux à deux tuniques.—Leur calibre peut atteindre jusqu'à un quart de millimètre de diamètre, et être ainsi visible à l'œil nu. L'épaississement porte à la fois sur les deux tuniques. La tunique interne se compose de couches multiples de cellules endothéliales (deux à six); dans les couches les plus externes, les cellules tassées les unes contre les autres présentent un noyau ovoïde à deux ou trois nucléoles, et un protoplasma pâle, limité par un fin linéament; les cellules plus internes, détachées de la paroi, hypertrophiées et d'aspect épithélioïde, sont unies entre elles et avec la première rangée des cellules endothéliales, encore adhérentes, par des prolongements rameux, formant ainsi un réseau qui oblitère incomplètement la lumière du vaisseau. La tunique musculaire se compose de fibres musculaires lisses, hypertrophiées, colorées en jaune rosé, disposées en plusieurs rangées concentriques, tantôt isolées et comme éparpillées au sein d'un tissu conjonctif délicat infiltré de cellules lymphatiques, tantôt réunies en faisceaux plus ou moins volumineux.

Vaisseaux à trois tuniques. — La plupart sont considérablement hypertrophiés et presque complètement oblitérés, au point que la lumière d'un vaisseau de 1 millimètre de diamètre est réduite à une fente linéaire ou triangulaire. Dans les vaisseaux encore perméables, la lumière est occupée par une masse colloïde de couleur hématique, à contours déchiquetés, laissant voir dans son intérieur quelques vacuoles et le stroma de quelques globules rouges, et à son pourtour quelques cellules endothéliales détachées de la paroi. Cette masse nous a paru résulter d'une fonte colloïde des globules sanguins; et les vacuoles, qui parfois renferment un noyau, nous ont paru résulter de la transformation vésiculeuse des leucocytes.

Les altérations de la paroi de ces vaisseaux portent sur les trois tuniques.

La tunique interne est composée de deux couches distinctes, l'une formée d'un tissu conjonctif délicat, riche en petites cellules; l'autre formée d'un revêtement endothélial à couches multiples. Suivant le vaisseau qu'on examine, c'est tantôt l'épaississement de la couche conjonctive, tantôt l'hyperplasie endothéliale qui prédomine.

Dans la tunique musculeuse, nous retrouvons les mêmes altérations que dans la tunique correspondante des capillaires décrits plus haut.

L'adventice est composée d'un feutrage de fibres conjonctives et de cellules fixes hypertrophiées; elle est, en outre, infiltrée de nombreuses cellules lymphatiques, et parcourue par un réseau de capillaires, dont les uns ont une paroi simple endothéliale, et dont quelques-uns sont pourvus d'une deuxième tunique musculeuse. On peut juger par la structure et par le nombre de ces capillaires, qui ont la signification de *vasa vasorum*, du degré d'intense prolifération dont la paroi des vaisseaux est le siège.

B. *Abcès caséeux et tubercules du périoste.* — Les préparations faites au niveau de l'abcès caséeux de la région malléolaire montrent que la cavité de cet abcès siège dans la couche du périoste que nous avons appelée vasculaire; elle est limitée inférieurement par la bandelette fibro-élastique ostéogène, et supérieurement par des trousseaux fibreux. Les parois en sont tapissées d'une matière caséeuse ramollie. En dehors de la cavité, sur le même plan et dans la même couche vasculaire du périoste, s'étend une lame de substance caséeuse ferme, qui, sur des coupes fines examinées à l'œil nu, se montre composée d'un certain nombre de gros tubercules plus ou moins sphériques, du diamètre de 1 à 2 millimètres, alignés comme les grains d'un chapelet.

Examinées à l'aide d'un faible grossissement, ces masses tuberculeuses sont assez nettement isolées les unes des autres et délimitées du tissu environnant. Leur contour n'est point circulaire, mais festonné, et embrasse de quatre à dix follicules circulaires ou elliptiques, d'une coloration jaunâtre et d'aspect vitreux. Les follicules sont comme enfouis au sein d'un tissu de granulation, vivement coloré en rouge par le carmin, qui circonscrit chaque follicule et forme une enveloppe commune à la masse tuberculeuse.

Examinons séparément, à l'aide d'un fort grossissement, les follicules et le tissu de granulation.

Le follicule est composé d'un amas de cellules épithélioïdes. La démarcation entre le follicule et le tissu de granulation qui le circonscrit est le plus souvent très-nette; le contour en est dessiné par un lacis de fibres conjonctives fines formant une véritable paroi. Les cellules épithéliales les plus externes sont disposées sur cette paroi à la manière d'un revêtement épithélial, serrées les unes contre les autres; elles ont une forme cubique ou cylindrique courte; leur protoplasma, opaque et réfringent, est coloré en jaune par le picro-carmin, tandis que le noyau est coloré en rouge. A mesure qu'on se rapproche du centre du follicule, les cellules plus volumineuses, plus isolées, rameuses, forment un réseau, et le plus souvent se rattachent par quelques prolongements à une grosse masse protoplasmique à noyaux multiples, d'aspect vitreux, qui occupe le centre du follicule; il ne semble pas douteux que cette cellule géante, de forme irrégulière et rameuse, résulte de l'agglomération de plusieurs cellules épithéliales tuméfiées et ramollies par une dégénération vitreuse.

Le tissu de granulation a une structure fibroïde; il est très-riche en cellules et en vaisseaux capillaires. La plupart de ces cellules sont rondes et semblables à des cellules lymphatiques; quelques-unes sont hypertrophiées et ont subi la dégénération vitreuse. Çà et là sont disséminés, à intervalles presque réguliers, des cellules géantes, dont les caractères sont différents de la cellule à noyaux multiples que nous avons vue occuper le centre du follicule. Elles sont tantôt nettement circulaires, tantôt en forme de massue et prolongées par un cordon plus ou moins long et épais; le plus souvent une petite fente les sépare et les isole du tissu

---

Pro actu publico et magisterii laurea. Le président de l'acte, Toussaint Bordenave, maître ès arts et en chirurgie, comme nous l'avons vu sur sa thèse illustrée (II) du 2 juillet 1750, était devenu successivement prévost des écoles, démonstrateur royal, un des vingt conseillers de l'Académie de chirurgie, et son secrétaire pour la correspondance étrangère. L'auteur de la thèse, Pierre Dufouart (de Tarbes), étudiant en chirurgie, et en médecine, était déjà aide du premier chirurgien des camps et des armées.

L'examen détaillé que je viens de faire de ces neuf thèses démontre suffisamment qu'à partir de 1750 le Collège des chirurgiens de Paris, arrivé à l'époque la plus brillante de son existence, fit revivre, pour lui, la mode des thèses à image, qui avait été en grande vogue depuis plus d'un siècle et qui commençait alors un peu à passer.

Les thèses de chirurgie (*positiones anatomicæ et chirurgicæ*), d'après un règlement de 1749, étaient imprimées dans le format in-4°. Elles constituent le recueil de Pierre Sue. Chaque auteur pouvait ensuite, à son gré, les faire tirer à part dans un cadre illustré, auquel on adaptait une gravure, pour les offrir en cadeau. Plus resplendissantes sous cette forme nouvelle, elles étaient destinées à être appendues aux murs, comme une carte, ou à être conservées sous verre.

On allait donc faire son choix de cadre et d'image chez un des marchands graveurs du quartier Saint-Jacques. Ils tenaient à la disposition des candidats une collection de gravures de maîtres qu'on tâchait d'approprier à la circonstance avec une devise ou une allusion flatteuse pour le corps des chirurgiens, ou bien des gravures allégoriques inventées pour un personnage célèbre, avec des armes, qui pouvaient servir à un de ses descendants, ou à d'autres, grâce à quelque substitution toujours facile à opérer sur les planches par le graveur.

On peut suivre dans le recueil des thèses du Cabinet des estampes, les transformations successives d'une belle composition de Charles Lebrun, faites je ne sais pour qui la première fois, et qu'on a ensuite utilisée en 1726, pour la thèse

environnant. On y distingue un rebord coloré en rouge vif, parsemé de noyaux disposés en couronne, et une partie centrale d'une coloration plus brune, d'aspect plus granuleux, ne renfermant pas de noyaux, mais quelquefois une ou deux vacuoles. Nous considérons ces éléments soit comme des bourgeons angioplastiques tuméfiés et en état de dégénération vitreuse, soit comme des capillaires dont la paroi endothéliale a subi l'altération vitreuse, et dont la lumière est oblitérée par une matière colloïde résultant de la fonte des globules sanguins.

Le tubercule ainsi constitué reçoit par plusieurs points de sa circonférence des vaisseaux capillaires qui se ramifient dans son intérieur.

Un fait digne de remarque, c'est que les petites branches vasculaires qui viennent se distribuer dans la masse tuberculeuse, présentent fréquemment au voisinage de celle-ci les altérations décrites plus haut; leurs deux tuniques, endothéliale et musculeuse, sont épaissies, hyperplasiées, et leur pourtour est environné d'un amas de cellules lymphoïdes qui s'étend jusqu'à la périphérie du tubercule. Il ne paraît pas douteux que le tubercule ne s'accroisse par l'adjonction successive de ces petits foyers, qui, à un degré plus élevé de prolifération, vont constituer l'un des follicules du tubercule.

L'examen attentif de nos préparations nous a amené, en effet, à cette conclusion que chacun des follicules décrits plus haut représente la section d'un vaisseau capillaire malade. Si l'on compare, en effet, la section de ces follicules à celle des vaisseaux dont les tuniques sont encore distinctes, l'analogie paraît frappante. D'une part, en effet, un endothélium à couches multiples, dont les éléments d'abord disposés en surface de revêtement, se détachent ensuite de la paroi, et forment un réseau qui aboutit à une cellule géante centrale, est une figure que nous avons déjà signalée dans les vaisseaux capillaires parfaitement reconnaissables. D'autre part, dans le tubercule proprement dit, il est possible de reconnaître encore, sur des coupes très-fines, quelques cellules musculaires isolées dans le tissu de granulation qui circonscrit un follicule, dernier vestige de la tunique musculeuse dont les éléments ont fait retour à l'état embryonnaire.

Cette conception du follicule nous conduit facilement à celle du tubercule lui-même. Nous le considérons comme composé d'un peloton de vaisseaux capillaires démesurément hypertrophiés et dégénérés. Pour subvenir aux besoins de nutrition de ce nodule, il se produit incessamment une néoformation de jeunes vaisseaux capillaires, dont quelques-uns dégénèrent à leur tour. Lorsque l'hypertrophie et la dégénération atteignent un capillaire très-étroit ou un capillaire encore à l'état de filament angioplastique, ce n'est plus un follicule qui prend naissance, mais un renflement fusiforme dont la section présente l'apparence d'une cellule géante. Ces cellules géantes peuvent donc être considérées comme la forme la plus rudimentaire du tubercule, comme un tubercule en miniature.

Conclusions. — Nous ne nous étendrons pas davantage dans cette note sur la structure de la granulation tuberculeuse que nous nous proposons de développer et d'appuyer de nouvelles preuves dans un travail spécial. Nous nous bornerons à résumer les caractères de la périostite tuberculeuse tels qu'ils résultent de l'examen anatomique et histologique des pièces communiquées par M. le professeur Gaujot. Deux autres faits, que nous avons eu occasion d'étudier récemment avec le concours de M. le docteur Poulet, et que nous avons trouvés très-semblables à celui-ci, nous permettent d'attribuer à nos conclusions un caractère de généralité.

1° La tuberculose primitive des os et des articulations est fréquemment accompagnée d'une altération tuberculeuse du périoste.

2° Il ne ressort point des faits que nous avons pu étudier si le processus tuberculeux se développe primitivement dans le tissu osseux ou dans le périoste. Mais il est bien certain que l'altération du périoste est dans une certaine mesure indépendante de l'altération des tissus osseux et articulaires; elle s'étend bien au delà des limites du foyer tuberculeux de l'os. Celui-ci en effet est ordinairement circonscrit dans la synoviale et dans les épiphyses de l'articulation atteinte de tumeur blanche, tandis que la périostite s'étend à une notable portion de la diaphyse.

3° L'indépendance du processus tuberculeux se manifeste non-seulement dans le siège des lésions, mais encore dans leur degré de développement. Nous avons vu, en effet, dans le cas qui fait l'objet de cette note, un abcès caséeux en voie de formation dans le périoste de la diaphyse du tibia, à un niveau où l'os n'était pas tuberculeux.

4° La périostite tuberculeuse est caractérisée par des altérations diffuses dans lesquelles le système vasculaire sanguin prend la part la plus importante, et par des altérations circonscrites, présentant les caractères les plus typiques du tubercule, dans lesquelles nous avons reconnu également l'origine vasculaire des granulations. Les tubercules du périoste tendent à se ramollir et donnent lieu à des abcès caséeux qui, par leur marche et leurs caractères anatomiques, diffèrent absolument des abcès phlegmoneux.

5° Les tubercules et les abcès caséeux se développent dans l'épaisseur du périoste, partout où il existe des vaisseaux sanguins, et principalement dans la couche profonde de cette membrane où les vaisseaux se ramifient en un réseau capillaire. Cette couche n'est pas en contact immédiat avec la surface de l'os; elle en est séparée par une bandelette fibro-élastique à laquelle est dévolue la propriété ostéogène. Pendant que le tubercule se développe, et alors même que, déjà ramolli, il a formé un abcès, la couche ostéogène subit une irritation de voisinage qui a pour conséquence la formation de couches ostéoïdes sous-périostiques. L'observation de M. Gaujot montre d'ailleurs que l'abcès, en grandissant, peut entamer peu à peu, user et perforer la couche fibreuse ostéogène, et on comprend qu'en s'ouvrant à l'extérieur, il puisse laisser l'os à nu au fond de la fistule.

6° Le tubercule siégeant dans l'épiphyse de l'os peut s'ouvrir dans l'articulation ou à l'extérieur, comme cela avait lieu pour le tubercule de la malléole externe chez le malade de M. Gaujot. Mais il peut arriver aussi qu'au voisinage du tubercule épiphysaire, se produisent des couches osseuses sous-périostiques de nouvelle formation, qui éloignent de plus en plus le tubercule de la surface de l'os, comme on l'a vu au niveau de la malléole interne chez le même sujet.

Étiologie et pathogénie. — En parlant de l'historique et de la symptomatologie des abcès périostiques, nous avons indiqué les diverses théories émises sur leur étiologie. Nous

---

de théologie du carme F. Eugène Mecenati. A Paris, chez I.-F. Cars père et fils, rue Saint-Jacques, au nom de Jésus. Elle est dédiée à Benoist XIII (*Summo Pontifici Benedicto XIII*). Dans cette vaste composition qu'il est inutile de décrire, la Religion sur un char soutient à côté d'elle le portrait du pape Benoist XIII. Or, Lebrun étant mort en 1690, et Pierre-François des Ursins ayant été pape, sous le nom de Benoist XIII, de 1724 à 1730, il est évident que, dans l'œuvre première, il y avait un autre portrait que celui de Benoist XIII, et que, par conséquent, cette image servait au moins pour la seconde fois, après avoir subi ce simple changement du portrait.

Dix ans après, la feuille inférieure du dessin de Lebrun sert de cadre à la thèse de Louis Chamillart, *pro tentativa*, clerc parisien, abbé de Saint-Sévère de Coutances, soutenue en Sorbonne le lundi 6 février 1736. La partie supérieure a été remplacée par la gravure d'un tableau de Nicolas Poussin (Moïse devant Pharaon). Cette feuille inférieure, qui s'accordait avec la supérieure, a subi quelques modifications. Il a fallu effacer par de profondes hachures sur la plaque de cuivre le pied du taureau et la patte du lion dont on voit encore la trace en haut et à gauche, supprimer la dédicace gravée : « Summo Pontifici Benedicto XIII », et mettre à la place l'inscription qui se rapporte au tableau de Nicolas Poussin : *Falsa veris evertenti* « A celui qui change le faux en vrai ». La thèse elle-même est imprimée en carré, tandis qu'auparavant elle avait été gravée dans le cadre en suivant les contours du dessin. Enfin l'écusson des Mecenati, en bas et à gauche, a été remplacé par celui des Chamillart, qui portent *d'azur à une levrette d'argent colletée de gueules; au chef d'or, chargé de trois étoiles de sable*. Cette pièce, peut-être un peu effacée, conserve les signatures : *Lebrun pinxit I. F. Cars excudit*, à Paris, chez I.-F. Cars père et fils, rue Saint-Jacques, au nom de Jésus.

Une autre transformation de l'œuvre originale de Charles Lebrun a eu lieu encore pour la thèse de droit « ex utroque

n'essayerons pas ici de réfuter les idées de Menière, Larrey, Sédillot, Leplat, qui ont trait seulement à la périostite costale, et nous ne nous occuperons que des causes qui peuvent s'appliquer à l'affection considérée en général. Malheureusement, nous ne pouvons avancer encore que des hypothèses sur la pathogénie. Mais s'il est difficile de préciser les causes de la périostite externe, il est du moins possible d'établir un certain nombre de points de repère basés sur l'observation, qui pourront guider dans cette recherche.

Nous savons déjà que cette affection est fréquente dans l'armée; les salles des hôpitaux militaires renferment presque toujours quelques-unes de ses manifestations. Elle apparaît surtout de vingt à vingt-cinq ans, c'est-à-dire à l'âge où la plus grande partie de la population se trouve sous les drapeaux. Aussi ne faut-il pas s'étonner que son histoire ait surtout attiré l'attention des médecins militaires. On peut même faire la remarque que le plus souvent l'homme est atteint dans la seconde ou au commencement de la troisième année de service. Un autre fait digne de remarque, c'est que cette maladie ne s'observe au même degré de fréquence, ni chez les officiers, ni même chez les sous-officiers; ceci montre bien qu'elle tient au mode d'existence du soldat. Ces abcès froids périostiques sont-ils plus rares dans la pratique civile? C'est une question à laquelle nous ne pouvons pas répondre.

Si l'on jette les yeux sur le tableau que nous avons donné à propos de la symptomatologie, on voit que la périostite affecte surtout les os longs et de préférence certaines portions du squelette : les côtes sont en première ligne; puis viennent, par ordre de fréquence, le fémur, le tibia et les os de l'avant-bras; mais même sur chaque os elle a des points de prédilection. L'altération périostique débute en général près de la ligne épiphysaire, mais sur la diaphyse; elle est donc juxta-épiphysaire. Pourquoi ce siège de prédilection? la cause en est encore à trouver. On pourrait penser que cette sorte de périostite est liée au développement de l'os et rentre dans la classe de ces nombreux accidents épiphysaires auxquels Gosselin a attaché son nom; ce serait alors une périostite chronique épiphysaire. Mais cette supposition, très-séduisante du reste, soulève de sérieuses objections. Si l'affection naît près de la ligne épiphysaire, nous savons qu'elle se développe dans le sens de la diaphyse seulement; puis les hommes qui en sont atteints ont dépassé l'âge où, d'ordinaire, le travail épiphysaire est achevé; quelques-uns même ont plus de trente ans. Enfin aux côtes, où l'affection est si fréquente, il est difficile d'assimiler les articulations condro-costales au cartilage épiphysaire des os longs.

Malgré l'influence que peuvent avoir les conditions d'âge et de profession, elles ne suffisent pas à elles seules pour expliquer le développement de la périostite. Il faut encore tenir compte de la constitution du sujet et de l'intervention des causes accidentelles déterminantes. La cause générale a même ici plus d'importance que la cause locale; car dans la majorité des cas l'affection se développe spontanément, sans qu'on trouve de traumatisme ni de cause mécanique capable d'expliquer son apparition; souvent même ces engorgements périostiques se développent sur des malades couchés dans leur lit d'hôpital. On note même rarement d'antécédents scrofuleux. Mais devant la fréquence de cette maladie dans l'armée, on est forcé d'admettre l'existence d'une cause générale prédisposante. Celle-ci n'est autre que la débilitation particulière qu'éprouve le soldat par le fait du genre de vie auquel il est soumis. Cette cause générale complexe, dont nous ne pouvons ici analyser les nombreux éléments (nourriture uniforme et peu variée, fatigues du service, agglomération dans les casernes et surtout privation de la liberté), préside à l'étiologie de tout un groupe d'affections médicales et chirurgicales qu'on pourrait appeler militaires. Il est impossible de méconnaître le lien de parenté qui unit l'altération périostique dont nous nous occupons à d'autres suppurations froides (adénites, épididymites, etc.). Il existe en effet, entre les suppurations caséeuses de ces diverses régions, des analogies évidentes : dans toutes ces affections les malades portent les attributs d'un lymphatisme exagéré; le liquide qui s'écoule d'une façon continue par les fistules consécutives à l'ouverture de l'abcès présente partout des caractères identiques; il a toutes les apparences de la lymphe altérée. La tendance à la suppuration et à la transformation caséeuse, la chronicité, l'indolence, la production de fongosités, sont encore des caractères communs. Enfin la meilleure preuve de cette parenté ressort de l'apparition simultanée ou successive de ces diverses affections sur le même sujet. (Voir les observations citées à la fin de cette étude.)

La généralisation de la maladie, qui passe ainsi d'un département anatomique à l'autre, fait songer à une analogie de nature. Aussi M. Gaujot est-il porté à placer dans le réseau lymphatique le point de départ de toutes les suppurations froides auxquelles il donne le nom de suppurations caséeuses. Cette hypothèse, très-séduisante, ne s'appuie que sur des analogies cliniques; car les anatomistes, jusqu'à ce jour, n'ont pas décrit de circulation lymphatique dans la couche externe du périoste. Mais elle explique toutes les particularités de la périostite externe, qui présente les mêmes caractères cliniques et la même évolution que l'adénite chronique suppurée; on comprend alors cette suppuration prolongée à travers des trajets fistuleux persistants, sans ostéite, formant foyer d'irritation. La suppuration caséeuse est continue et inguérissable, parce qu'elle évolue par foyers isolés envahissant successivement le réseau lymphatique; pendant qu'un point guérit, l'autre devient malade; aussi, bien que pour chaque portion

---

JURE », soutenue à Paris, le mercredi 23 juin 1790, par André-François-Anne Broe de la Périère, de Paris. Les deux feuilles, qui forment un ensemble si grandiose, ont été gravées de nouveau dans les mêmes dimensions. Au portrait du souverain pontife, on a substitué un petit tableau : la *Vierge secourant des malheureux.* Et sur la draperie de la feuille inférieure où était gravée l'inscription : « Summo Pontifici Benedicto XIII, on a grossièrement imprimé : DILECTISSIMÆ MATRIS PATRONÆ. Puis on a supprimé en bas et à gauche l'écusson armorié, ce qui a laissé plus d'espace pour la thèse, laquelle a été imprimée chez P.-R.-C. Ballard, typographe de la Faculté de droit, rue des Mathurins. Cette dernière contrefaçon est signée C. Lebrun pinxit, G. Edelinck sculpsit, C. P. Regis. A Paris, chez Hecquet, sur la place de Cambray, à l'image Saint-Maur.

Cette petite digression était nécessaire pour faire comprendre comment, dans nos thèses de chirurgie, les marchands graveurs ont pu substituer à un écusson ou à un portrait les armoiries du Collége des chirurgiens de Paris, dans la composition d'Antoine Dieu (V); mettre le portrait du président du Conseil d'État en 1755, dans l'œuvre de Mignard, mort en 1695 (VII), et faire servir à leurs descendants les écussons armoriés faits pour des ancêtres illustres (VIII et IX).

Quant au cadre, c'était encore plus simple. Il suffisait qu'il fût de même largeur que la gravure à laquelle on le collait et que l'espace laissé vide pour la thèse fût assez grand pour la contenir. Le même cadre servait indistinctement pour la philosophie, la théologie, le droit et la chirurgie.

Ainsi la thèse de Toussaint Bordenave, 2 juillet 1750 (II), est imprimée sur un cadre absolument pareil à celui de la thèse de théologie de Bernard Romegoux, diacre de Bordeaux, laquelle avait été soutenue huit ans auparavant, le vendredi 13 avril 1742, de une heure à deux, en Sorbonne (voy. Cab. des est., II vol. des thèses). On a mis « Sic et Chirurgia » à la place de la dédicace : « *Serenissimo e regia stirpe principi N. Borbonio de Conty, comite Marchiano* ». Sur le portrait de séré-

lymphatique atteinte l'évolution soit assez rapide, la durée totale de l'affection reste considérable. C'est ainsi que l'adénite procède par plusieurs noyaux indurés qui évoluent chacun pour leur compte. Nous avons vu les choses se passer de même dans la périostite externe; les noyaux d'induration qui se forment dans la couche externe du périoste suppurent les uns après les autres, et tout porte à croire, avec M. Gaujot, que leur siège primitif à des rapports intimes avec les capillaires ou les vacuoles lymphatiques. On peut faire une remarque identique à propos de l'épididymite caséeuse. Mais il est temps de nous arrêter sur ce terrain, et de ne point aller plus avant dans le champ des hypothèses.

En résumé, l'origine de la périostite externe chronique, telle que nous la comprenons, reconnaît deux ordres de causes: 1° une cause générale prédisposante; 2° une cause locale, occasionnelle, efficiente.

1° La prédisposition générale est la cause primordiale, essentielle. Non-seulement elle est indispensable pour produire l'altération périodique sous l'influence de la moindre excitation locale; mais encore elle peut la faire naître spontanément, en dehors de toute action extérieure appréciable. Cette disposition générale résulte de l'exagération du tempérament lymphatique qui arrive à l'état morbide, et que M. Gaujot appelle lymphatisme purulent caséeux. Elle a pour signes particuliers: la perversion de la nutrition; — l'altération du sang, due à l'augmentation des globules blancs et à la diminution des globules rouges; — les accidents de l'anémie spéciale qui en découle, à savoir: teinte jaunâtre des téguments décolorés, exsudation facile de la sérosité dans le tissu cellulaire et les cavités séreuses, augmentation de volume des ganglions et des viscères glandulaires en rapport avec la circulation lymphatique; — l'altération de la moelle des os; — la multiplicité des manifestations morbides dans les divers points du système lymphatique; — les caractères de ces manifestations, qui consistent en engorgements chroniques ou dépôts indolents peu susceptibles de disparaître par résolution, aboutissant au contraire à la suppuration froide par un processus lent et insensible; — la nature particulière de cette suppuration froide qui tient au dépôt d'éléments caséeux.

L'état général qui constitue le lymphatisme morbide est acquis et transitoire. Il naît des conditions défavorables à la nutrition et disparaît ordinairement avec elles. C'est ce qui le distingue de la scrofule proprement dite, laquelle éveille l'idée d'une diathèse, c'est-à-dire d'une disposition plus ou moins originelle et durable, qui atteint par ses manifestations successives, à partir de l'enfance, l'ensemble des systèmes organiques de l'économie.

Il est plus difficile de déterminer le danger de parenté qui existe entre le lymphatisme caséeux et la tuberculose. L'un n'est-il que le précurseur de l'autre, et l'élément caséeux est-il fatalement lié à la granulation tuberculeuse? La question est encore pendante. Tout ce que nous pouvons dire à l'égard de la périostite externe, c'est qu'elle naît, évolue et guérit ordinairement sans être précédée ou accompagnée d'aucun signe de phthisie pulmonaire. Reste à savoir si celle-ci ne survient pas dans la suite.

2° Les causes locales, déterminantes de la périostite externe, se rapportent à des circonstances accidentelles. C'est un choc, une pression, le frottement continu ou répété d'une pièce du fourniment ou de l'armement, une entorse, un mouvement forcé, peut-être les fatigues imposées aux jeunes soldats avant l'achèvement de leur croissance, et les tiraillements multipliés exercés par les efforts musculaires sur les insertions périostiques pendant l'accomplissement des exercices militaires. Mais toutes ces causes invoquées n'ont qu'une influence éloignée et secondaire. Elles peuvent même manquer absolument; ce qui montre combien a été exagérée l'importance qu'on a voulu leur attribuer. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir, dans les cas de périostite multiple, une ou plusieurs de ses manifestations survenir sans cause extérieure connue, pendant que le malade est au repos.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Sur l'emploi de l'atropine à l'extérieur contre les douleurs cancéreuses.

Je vous serai obligé d'insérer la note suivante, relative aux effets obtenus par M. Anger de l'emploi de l'atropine comme topique calmant.

L'emploi de la belladone en applications externes contre l'élément douleur a été maintes fois préconisé Chaussier, Velpeau, l'employaient. Cadet-Gassicourt a fait fabriquer une toile imperméable belladonée qu'il emploie comme topique calmant.

Quant à l'atropine, on en a conseillé l'application sur la surface de la peau dépouillée de son épiderme, sous forme de glycérolé (Gubler). Trousseau et Pidoux préconisent, contre les névralgies affectant les nerfs superficiels, une solution de 1 centigramme de sulfate d'atropine pour 400 grammes d'eau. L'injection hypodermique d'atropine s'emploie fréquemment.

Mais, dans la plupart de ces cas, la belladone exerce surtout une action générale après absorption. Ainsi Trousseau et Pidoux recherchent les signes de l'action générale, conseillant de diminuer ou d'augmenter la dose d'atropine à proportion. Nous voulons faire connaître ici un mode d'application *spécial*, s'adressant aussi à un élément *spécial*, la douleur du cancer, suivant la pratique, déjà ancienne, de M. Théophile Anger, chirurgien des hôpitaux.

Comme Trousseau et Pidoux, M. Anger applique *loco dolenti*

---

nissime prince de race royale, N. de Bourbon, de Conty, comte des Marches, avec armes et attributs, qui est collé au cadre, se voit la signature: chez Cars, rue Saint-Jacques, au nom de Jésus. Au bas de la thèse, on a imprimé « pro actu publico » au lieu de « pro tentativa ».

Le même cadre, avec des dimensions plus grandes et inversé, a été gravé de nouveau pour la thèse de Pierre Dufouart, 13 août 1763 (IX). Cette reproduction est loin de valoir la première gravure.

La thèse de théologie d'Arnoult-Ferdinand de la Porte, sous-diacre de Paris, soutenue en Sorbonne, le vendredi 9 avril 1779, de sept heures à midi, a été imprimée dans un cadre pareil à celui de la thèse de chirurgie d'Honoré Gabon, du 20 mars 1752 (IV). Pour une gravure différente, on a mis « Futuræ promissionis Sponsæ » au lieu de « pro votis confert salutem » du tableau de Jouvenet, Jésus-Christ guérissant des malades, et « pro tentativa » au lieu de « pro actu publico et solemni cooptatione ». (Cab. des estampes, IIe vol. des thèses.)

Dans ce recueil, se voient encore, à côté l'un de l'autre, deux cadres pareils avec des images différentes au-dessus: l'un pour la thèse de philosophie de Jean Cochet, 28 juillet 1730, et l'autre pour la thèse de théologie (pro tentativa) de F. Nicolas-Etienne Souscelier, 17 août de la même année. Naturellement elles provinnent du même éditeur, chez Hecquet, rue Saint-Jacques, sur la place Cambrai, à l'image Saint-Maur.

J'ai en ma possession la feuille inférieure ou cadre de la thèse de philosophie soutenue par Michel-Louis le Pelletier de Saint-Fargeau, de Paris, dans le collège Louis-le-Grand, de la Société de Jésus, le 10 août 1729, qui est aussi le même que celui de la thèse de théologie de Charles-Eutrope de la Laurencie de Villeneuve, du diocèse de Saintes, soutenue au collège de Navarre, le jeudi 7 octobre 1762, trente ans après, et qu'on peut voir au Cabinet des estampes (ouv. cit.). Dans le cartouche supérieur du cadre, on a mis pour la première l'inscription: « *Victimæ pietatis* », qui ré-

des compresses imbibées d'une solution de sulfate neutre d'atropine, recouverte de taffetas gommé ou mieux d'une feuille de gutta-percha laminée, pour éviter l'évaporation, et que l'on renouvelle trois à quatre fois par jour.

La solution est seulement de 1 gramme pour 1000 grammes d'eau. Jamais nous n'avons constaté de signes d'absorption du médicament (dilatation de la pupille, sécheresse de la gorge, etc.) Nous ne nions pas toutefois qu'elle puisse se produire, mais il est présumable qu'il y a surtout action locale, resserrement des vaisseaux, diminution de la sensibilité.

La facilité de l'application, principalement en dehors de l'hôpital, et la propreté donnent à cette méthode un avantage marqué sur l'injection hypodermique et les pommades. En même temps, le soulagement très-marqué que nous avons observé dans tous les cas nous semble la recommander à l'attention contre ces terribles douleurs du cancer, que le praticien est obligé d'abandonner à lui-même à cause de son étendue ou de sa situation profonde.

A. CERNÉ,
Interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

SUR LES EXPÉRIENCES CONCERNANT LA CHALEUR HUMAINE, par M. *G. A. Hirn* (complément de la note du 27 octobre 1879). — L'auteur résume ainsi sa communication :

L'ensemble des remarques qui précèdent et qui se présentent presque spontanément à l'esprit montre quel beau champ d'exploration est ouvert à l'expérience, et comment celle-ci devra être dirigée. Au début de mes travaux de thermodynamique, j'avais tenté de déterminer la valeur de l'équivalent mécanique en partant de la chaleur qui disparaît par le travail dans une machine à vapeur. Plus tard, j'ai sagement *renversé* la question, et je me suis servi de la valeur connue de l'équivalent pour étudier les fonctions les plus cachées de ces moteurs. Ce renversement de méthode a été, je puis le dire sans vanité, le point de départ de progrès considérables dans l'étude de la machine. De même, au début, j'avais eu l'idée, que je qualifierai aujourd'hui d'*audacieuse*, de me servir aussi de l'organisme humain pour arriver à l'équivalent mécanique. Ici encore, il faut désormais *renverser* la méthode et les raisonnements; il faut admettre comme fait fondamental que, pendant la marche ascendante ou descendante, chaque 425 kilogrammètres de travail exécuté coûte ou rapporte à l'organisme une unité de chaleur, et puis, par la comparaison de ce qui disparaît ou apparaît *réellement* de chaleur avec ce qui *devrait* disparaître ou apparaître, étudier ce qui se passe dans notre corps, ce qui se trouve modifié par telle ou telle condition nouvelle où nous le plaçons; il faut, en un mot, se servir des lois de la physique mécanique pour reconnaître comment et combien notre organisme diffère d'une machine ordinaire.

CRANES D'HOMMES CÉLÈBRES. — M. *G. Lebon* adresse, par l'intermédiaire de M. *Larrey*, les résultats fournis par la mesure des capacités de crânes conservés au Muséum d'histoire naturelle.

Des mesures effectuées sur les capacités de quarante-deux crânes ayant appartenu à des hommes célèbres, tels que Descartes, La Fontaine, Boileau, Gall, Volta, etc., l'auteur conclut que, la capacité moyenne étant de 1430 centimètres cubes pour la race nègre, et de 1559 centimètres cubes pour les Parisiens modernes du sexe masculin, elle est de 1682 centimètres cubes en moyenne pour les crânes dont il s'agit. La capacité moyenne de ces crânes dépasse donc presque autant celle des crânes parisiens que celle-ci dépasse celle des crânes nègres. Enfin, la capacité moyenne des vingt-six sujets les plus remarquables atteint le chiffre énorme de 1732 centimètres cubes. C'est tout à fait exceptionnellement que l'on trouve une grande intelligence unie à une faible capacité du crâne.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie un rapport de M. le médecin-inspecteur d'Audinac, sur le service de 1878.

L'Académie reçoit des lettres de candidature de M. Ch. Richet, pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie; de MM. Guéniot et Charpentier, pour la section d'accouchements, en remplacement de M. Jacquemier.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. Morin (de Marseille), une brochure sur les principes de l'allaitement mixte dans le premier âge; au nom de M. Ch. Richet, la traduction de l'ouvrage de Harvey sur la circulation du sang, avec les réponses de Harvey à Riolan; une brochure de M. Delamotte, vétérinaire de l'artillerie, à Alger, sur la vaccine et la variole.

M. Bergeron dépose sur le bureau, au nom de M. Sanné, les articles ROUGEOLE et SCARLATINE, extraits du *Dictionnaire encyclopédique*.

M. *Hardy* présente un volume de M. Trumet de Fontarce, sur la pathologie clinique du grand sympathique.

M. *Richet*, au nom de M. Charpentier, présente un ouvrage sur l'obstétrique au Japon.

M. *Reynaud*, au nom de M. le docteur Fabre (de Marseille), un ouvrage sur les relations pathogéniques des troubles nerveux.

M. *Lagneau* fait hommage en son nom, d'un volume intitulé : *De l'anthropologie de la France*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique*.

M. *Noël Gueneau de Mussy* présente une brochure sur le climat de Nice, par M. le docteur Grellety.

M. *Pasteur* remet sur le bureau une réponse à M. Masquard sur la sériciculture.

M. *Larrey*, au nom de M. Hennez, un livre, en portugais, sur la vie médicale des nations.

ÉTIOLOGIE DU CHARBON. — M. *Pasteur* dit qu'il voulait relever quelques erreurs matérielles contenues dans la dernière communication de M. Colin, mais que, en l'absence de ce dernier, il remettra ses observations à une autre séance.

DU PNEUMOTHORAX SANS COMMUNICATION DE LA PLÈVRE AVEC L'AIR EXTÉRIEUR, CONSÉCUTIF A LA THORACOCENTÈSE PAR ASPIRATION. — Dans deux cas dont il rapporte les observations, M. Bucquoy a constaté les signes du pneumothorax après la thoracocentèse sans qu'aucune manœuvre maladroite, un vice

pondait à une gravure perdue; et pour la seconde : « *ex aquis divinitùs salvato* », répondant à un Moïse sauvé des eaux. En bas, les armes des Lepelletier de Saint-Fargeau sont remplacées par un petit cartouche dans lequel est imprimé : « *Pro tentativa* ». Sur l'un et l'autre cadre, on lit : à Paris, chez I.-F. Cars, rue Saint-Jacques, au nom de Jésus.

Il n'est pas difficile de savoir pourquoi les dix thèses à image qui font le sujet de cette notice ont été trouvées ensemble dans les greniers de la Faculté. L'Ecole de médecine actuelle, bâtie pour l'Académie royale de chirurgie en 1774, a réuni tout ce que possédaient en livres, objets d'art et collections, la *vieille Faculté de médecine* de la rue de la Bûcherie, reléguée aux anciennes écoles de droit, l'*Académie de chirurgie* et la *Société de médecine*, lorsque ces trois corps rivaux, supprimés ensemble à la Révolution comme toutes les corporations (loi du 18 août 1792), furent fondues en 1794 dans l'Ecole de santé, qui devint l'Ecole de médecine, et plus tard la Faculté.

Antérieurement aux thèses dont je viens de faire l'histoire (1750-1763), n'y a-t-il pas eu d'autres thèses de chirurgie à image? Je n'en connais qu'une seule. Elle se trouve tout à la fin du VII[e] volume du recueil in-folio des QUÆSTIONES MEDICÆ de l'ancienne Faculté de médecine de Paris. C'est une feuille de 60 centimètres de hauteur sur 37 centimètres de largeur, contenant en haut l'image; au-dessous, la dédicace, séparée par un petit trait, de la thèse ou question à discuter pour obtenir la couronne ou bonnet de maître en chirurgie.

Je la transcris en entier :

« Quæstio chirurgica pro Laurea, discutienda Die Mercurii octava Augusti, hora nona matutina, an. Dom. 1657. Pæside perisissimo viro Magistro Joanne Houllier, Chirurgo regio, secundo scholæ Parisiensis Præposito.

Utrum notitia circulationis sanguinis sit necessaria chirurgo?

Asserebat PETRUS VIVIEN, Parisinus, in Aula Regia Chirurgorum Parisiensium. »

de l'appareil ou une perforation pulmonaire, aient donné accès à l'air dans la cavité pleurale.

La première fois, ce fut dans une pleurésie purulente très-ancienne, chez un tuberculeux; le pneumothorax se développa après la seconde ponction. L'opération de l'empyème montra qu'il y avait des gaz mélangés au liquide purulent, et l'autopsie, qu'il n'y avait pas de perforation.

Le second fait est un cas de pleurésie aiguë, dans lequel, au milieu de l'opération, un sifflement aigu vint révéler tout à coup l'irruption de gaz dans l'appareil. Il y eut pneumothorax consécutif, mais la pleurésie n'en guérit pas moins très-rapidement.

M. Bucquoy explique le développement du pneumothorax dans ces conditions par la mise en liberté du gaz dissous dans le liquide de l'épanchement, sous l'influence de l'aspiration et du vide qui s'établit dans la cavité pleurale elle-même. Ce phénomène suppose nécessairement que le retrait du poumon persiste après l'évacuation d'une partie de la sérosité.

Deux faits semblables sont rapportés par MM. Lereboullet et Tenneson; ils reconnaissent la même cause. Cet accident consécutif à la thoracocentèse, rare et peu connu, mérite d'être signalé, car lorsqu'il survient dans le cours de l'opération, il effraye singulièrement le médecin qui peut croire à l'entrée de l'air dans la plèvre. Mais, pour le pneumothorax consécutif ainsi produit, c'est un accident d'assez peu de gravité pour que la possibilité de cette complication ne soit pas une contre-indication de la thoracocentèse dans la pleurésie chronique.

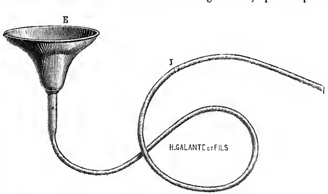
Applications de la métallothérapie au traitement du diabète. — Des essais qu'il a faits à Vichy sur les diabétiques, M. *Burq* croit pouvoir affirmer que la métallothérapie a une influence salutaire sur les troubles de la sensibilité et de la motilité chez cette catégorie de malades.

Quatorze diabétiques furent soumis à la métallothérapie interne, qui consiste à associer différents métaux aux eaux alcalines administrées à l'intérieur. Sauf dans un cas de diabète maigre, les résultats chez les diabétiques ont été aussi favorables que ceux obtenus chez les névropathes.

M. Burq conclut que la métallothérapie est appelée à rendre dans le diabète des services non moins grands que dans le traitement de certaines névroses et de la chlorose, avec lesquels le diabète offre de grands points de ressemblance, et que très-certainement le fer et l'arsenic jouent dans les eaux alcalines qui en contiennent un rôle dont on les a trop dépouillés au profit de la médication alcaline.

Lavage de l'estomac. — M. *Faucher* présente à l'Académie un appareil permettant de pratiquer avec une grande facilité le lavage de l'estomac.

Cet appareil se compose d'un tube en caoutchouc de 1m,50 de longueur, terminé par un entonnoir pouvant contenir environ 500 grammes d'eau. A l'autre extrémité, le tube est percé de deux orifices, de façon que l'un venant à se boucher, l'autre reste perméable. Pour pratiquer le lavage, le malade porte le tube dans le pharynx, et le pousse légèrement en faisant un mouvement de déglutition, qu'il répète



un certain nombre de fois; il s'arrête quand il voit près des lèvres une marque faite à 45 ou 50 centimètres de l'extrémité stomacale. L'extrémité avalée est alors couchée sur la grande courbure ; puis le malade verse de l'eau alcaline dans l'entonnoir et l'élève à la hauteur de la tête : le liquide pénètre rapidement en vertu de sa pesanteur. Quand celui-ci a presque disparu, mais que le tube est encore plein, il abaisse l'entonnoir au-dessous du niveau de l'estomac; on voit aussitôt l'entonnoir se remplir du contenu de la cavité stomacale, et l'on constate qu'il revient une quantité de liquide plus considérable que celle que l'on a introduite, entraînant des résidus de digestion.

M. Faucher présente à l'Académie un malade affecté d'une gastrite chronique et qui a été très-amélioré par les lavages pratiqués à l'aide de cet appareil.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Néphrite interstitielle diffuse consécutive à la présence de calculs rénaux : M. Tenneson. — Des rapports de l'hémianesthésie avec l'hémiparésie, l'hémichorée et la contracture, et de la guérison de ces phénomènes par les agents esthésiogènes : M. Debove. — Paralysie alterne sans lésion de la protubérance : M. M. Raynaud.

M. *le Président* rappelle le décès de M. *Molland* et se fait, en quelques mots, l'interprète des sentiments de tous à l'égard du membre si sympathique que la Société a perdu. Le Bureau de la Société assistait aux obsèques.

Rien de plus, pas d'autre texte. C'est assurément la partie la moins importante pour les yeux. Elle occupe à peine le tiers de la feuille où s'étalent l'image et la dédicace mesurant ensemble 40 centimètres de hauteur. La gravure, de 25 centimètres de hauteur sur 28 centimètres de largeur, représente les armoiries illustrées des Fourcy. L'écu d'*azur à l'aigle éployé, au chef d'or chargé de trois bézans de gueules*, surmonté d'un casque de front, grillé, avec de grands lambrequins découpés à feuilles d'achante, a pour cimier l'aigle naissant de l'écusson. Il est soutenu par deux lévriers dont les pattes de derrière reposent sur un dallage de trois rangs formé d'aigles et de bézans alternés. Le tout est fort bien gravé par I. P.

La dédicace : « Illustrissimo viro Domino D. Henrico de Fourcy, in suprema Galliarum curia Senatori integerrimo, Domino de Chessy, Trianon, Espinay, etc. », n'offre rien de particulier à signaler.

Après l'image de cette thèse, c'est la date surtout qu'il faut considérer. Elle fixe une époque mémorable dans les annales médico-chirurgicales, 1657 ! Le temps où la communauté des chirurgiens de Saint-Côme faisait, avec quelque succès, des tentatives pour secouer le joug de la Faculté et instituer un collège indépendant, ayant ses examinateurs, conférant des grades. (Voy. Corlieu, *l'Anc. Fac. de méd.*, p. 173 et suiv.). « Ils obtinrent, en 1656, des lettres patentes autorisant cette union qui mettait chirurgiens et barbiers sous la juridiction du premier barbier du roi... » Il y avait eu surprise, et les médecins réclamèrent énergiquement leurs privilèges. A la fin de l'année 1659, commença le grand procès qui devait se terminer, le 20 juillet 1660, par le triomphe de la Faculté.

Pierre Vivien, de Paris, qui soutenait sa thèse pendant cette période d'émancipation, le mercredi 8 août 1657, à neuf heures du matin, dans la salle *royale* des chirurgiens, nous est tout aussi inconnu que le très-habile homme qui présidait, maître Jean Houllier, chirurgien du roi, deuxième

— M. *Guibout* offre à la Société un exemplaire de ses *Leçons cliniques sur les maladies de la peau.*

— M. *Tenneson* présente des pièces recueillies sur un sujet mort par *anurie calculeuse*, après avoir offert des symptômes de néphrite interstitielle. C'était un homme de cinquante-cinq ans, très-pâle, n'ayant jamais eu ni œdème, ni hydropisies d'aucune sorte, mais atteint d'amblyopie très-prononcée et d'hypertrophie du cœur sans lésion valvulaire. Urine très-abondante (3 ou 4 litres par vingt-quatre heures), pâle, limpide, sans sédiment; quelques rares cylindres. Albuminurie légère, non continue.

Le malade était depuis plusieurs mois dans cet état, lorsque, au commencement d'octobre, la quantité d'urine rendue par vingt-quatre heures tomba brusquement de 3 ou 4 litres à 300 ou 400 grammes, et la mort survint promptement.

Reins d'un volume normal, non granuleux; capsule non épaissie, transparente, sans adhérences; parenchyme rénal pâle et anémique; aucune cavité kystique; calculs dans les bassinets et dans les calices.

L'examen microscopique démontre une néphrite interstitielle diffuse, avec cette particularité que les lésions sont plus prononcées dans les pyramides que dans la substance corticale. M. Tenneson signale ce fait comme pouvant différencier anatomiquement la néphrite interstitielle diffuse primitive de la même maladie consécutive à la présence de calculs. Dans cette dernière, le processus pathologique semble débuter autour des tubes urinifères, et non autour des petites artères, comme cela a eu lieu dans la néphrite primitive.

— M. *Debove* termine le résumé de son mémoire sur les *hémianesthésies avec hémiparésie, hémichorée et contracture*. Dans tous les cas dont il a communiqué l'observation, il y a, dit-il, deux faits d'une importance capitale.

1° Il ne s'agissait pas d'hystérie, et, par conséquent, on a guéri par les aimants des hémianesthésies avec lésions organiques.

2° L'influence curative des aimants n'est pas limitée au rétablissement de la sensibilité; elle s'exerce également sur les troubles de la motilité, à savoir : l'hémiparésie, l'hémichorée et la contracture.

Autre fait important: chez aucun des malades de M. Debove il n'y a eu transfert. Le transfert semble appartenir en propre à l'hystérie; il ne s'observe pas chez les sujets atteints d'hémianesthésie de cause organique. C'est la règle, mais ce n'est pas une règle absolue, car, dans un cas, il y eu transfert; il s'agissait d'un malade atteint de syphilôme. Autre particularité à noter : la guérison des phénomènes d'anesthésie et de paralysie s'accompagne de divers phénomènes sensitifs à peu près constants, en particulier d'une céphalalgie très-vive, parfois atroce, en général assez persistante. Chez un des malades (le syphilitique) à la céphalalgie s'est joint un véritable état de stupeur, dans lequel le malade, tout en se rendant compte de ce qui se passait autour de lui, y restait, a-t-il raconté, entièrement indifférent.

Dans la plupart des cas, la guérison a été durable, mais pas dans tous; chez le malade de M. Proust, par exemple, les accidents, après avoir cédé momentanément, ont reparu à plusieurs reprises, quoique M. Proust eût multiplié les aimants. Ce n'est pas en multipliant les aimants, c'est en augmentant la durée de l'aimantation que M. Debove a obtenu chez ce malade une guérison définitive. Voici comment il procède dans les cas rebelles : il a recours à une séance de vingt-quatre heures; il la renouvelle au besoin une seconde fois; puis il assure le résultat obtenu par des séances quotidiennes d'une demi-heure de durée.

En résumé : guérison par les aimants, non-seulement de l'hémianesthésie, mais aussi de l'hémiparalysie, de l'hémichorée et de la contracture, dans des cas où ces phénomènes dépendent non simplement d'une névrose, mais de lésions organiques; en général, absence de transfert; sensations subjectives accompagnant la disparition des phénomènes d'anesthésie et de parésie; indication dans les cas rebelles, non de multiplier les aimants, mais de prolonger et, au besoin, de renouveler les séances d'aimantation; telles sont les conclusions parfaitement établies du mémoire de M. Debove.

Maintenant, par quel mécanisme la guérison se produit-elle? M. Debove a cherché à résoudre cette question et propose à la Société, sous toutes réserves, une théorie qui rend compte des phénomènes observés. Abordant d'abord la question du rétablissement de la sensibilité, il admet que les fibres sensitives de l'encéphale ont une conductibilité indifférente: ce fait de la conductibilité indifférente a été constaté sur la moelle; ainsi, qu'on fasse une section de toute la substance blanche et même d'une partie de la substance grise, dès qu'il reste de la substance grise, les impressions sont transmises, et non-seulement l'animal perçoit la douleur, mais il se rend un compte exact du point ou siège cette douleur. M. Charcot explique ce fait en supposant que les impressions subissent dans la substance grise de la moelle une élaboration par suite de laquelle la transmission indifférente est possible. « Jusqu'à cette substance grise, la voie de transmission par les racines postérieures est directe, unique et non interrompue. Mais, à partir de la subtance grise, la voie peut varier. Il est probable que, dans l'état normal, les impressions suivent constamment une certaine route, toujours le même; mais, si cette route est coupée, la transmission se poursuit sans doute par des voies de traverse jusqu'à ce que, par l'intermédiaire de ces voies, elle regagne son chemin ordinaire à une distance plus ou moins grande du point où elle l'a quitté. » (*Dict. encyclop.*, art. Moelle.)

---

prévôt de l'Ecole des chirurgiens de Paris. Peut-être descendait-il du fameux Jacques Houllier d'Estampes, qui avait été doyen (1546-1548) dans l'ancienne Faculté de médecine de la rue de la Bûcherie.

Quant à la question sur la circulation du sang, elle n'avait pas été choisie sans intention. Elle était contraire aux idées de la Faculté, qui ne voulait pas encore l'admettre. Mais l'on avait dû se borner à un simple énoncé; l'on n'avait pas même pu écrire la solution affirmative. Car, depuis l'arrêté du Parlement du 2 mai 1535, la Faculté avait toujours conservé le droit de censure sur tous les écrits et livres relatifs à la médecine. Et dans ce temps de guerre il fallait de la prudence. De là, sans doute, la forme de cette thèse de 1657!

Il n'en était pas de même lorsque les chirurgiens, observant le contrat de 1577, c'est-à-dire l'arrêté du 2 mai 1535, soutenaient leurs thèses en présence d'un docteur régent de la Faculté. Alors on pouvait développer la question proposée en quelques courts paragraphes; mais pas en latin. La docte et sévère Faculté s'était réservée encore le privilège d'écrire et parler en cette langue.

C'est ce que démontrent les deux pièces, plus petites, qui ont été placées immédiatement après la thèse illustrée dont je viens de parler, deux thèses de chirurgie de la même année 1641. Elles ont le même titre : Question de chirurgie *pour estre disputée en l'Estude de Monsieur le Vasseur, Docteur Régent de la Faculté de Médecine de Paris et Lecteur ordinaire en chirurgie.* L'une : « *Est-il nécessaire de connaître les os pour la guérison des playes?* » est traitée en trois paragraphes et résolue par l'affirmative : « *Il est donc nécessaire...* » Elle se termine par la formule : « A ces présentes thèses respondra publiquement (Dieu aydant) Léonard Dollé, Parisien, abbé des Escholiers estudians en chirurgie (1), le dimanche troisième mars 1641, à une heure précise, dans les

(1) L'abbé des étudiants en chirurgie était le chef élu par eux, leur porte-parole, leur mandataire. Il avait un lieutenant. Il y en avait aussi en médecine.

D'après M. Debove, les choses doivent se passer de même dans l'encéphale; l'hémianesthésie est due vraisemblablement à un obstacle siégeant sur les voies ordinaires de transmission de la sensibilité; l'application d'un aimant ouvre des voies collatérales jusqu'aux centres de perception et l'anesthésie disparaît.

En ce qui concerne la motilité, M. Debove admet que son rétablissement résulte de celui de la sensibilité. Il considère, en effet, l'hémiplégie comme dépendant, dans ce cas, de la lésion de la sensibilité au même titre que certaines paralysies, telles que les paralysies réflexes, dont l'origine sensitive est aujourd'hui bien établie. A l'appui de son opinion, il invoque les faits suivants. 1° Il n'a jamais vu une hémiplégie sans hémianesthésie guérir par les aimants, tandis que, accompagnée d'hémianesthésie, l'hémiplégie guérit toujours. 2° Dans l'hystérie, où les aimants ont une influence si marquée, les deux phénomènes n'existent jamais l'un sans l'autre, et quand il y a transfert, le déplacement de l'hémianesthésie entraîne nécessairement celui de l'hémiparésie. 3° Enfin M. Debove n'a pas trouvé un seul cas d'hémianesthésie dans lequel il n'y eût en même temps hémiparésie; et si d'autres observateurs ont signalé des cas d'hémianesthésie sans hémiparésie, cela tient à ce que celle-ci est parfois peu prononcée, et que, l'attention n'étant pas attirée de son côté, elle a pu être méconnue.

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer à l'hémichorée et à la contracture. M. Debove considère ces deux phénomènes comme étant, avec l'hémiparésie, sous la dépendance de l'hémianesthésie.

En appliquant à l'hystérie cette théorie sur le rétablissement de la sensibilité, on peut expliquer le phénomène du transfert. Soit une hémianesthésie hystérique du côté droit; cette hémianesthésie tient à ce que les impressions sensitives de ce côté sont arrêtées avant d'atteindre l'hémisphère gauche. Qu'on applique un aimant : s'il s'agissait d'une lésion organique circonscrite, des voies collatérales s'ouvriraient autour de l'obstacle et les impressions parviendraient à destination, c'est-à-dire à l'hémisphère gauche. Mais, dans l'hystérie, l'obstacle, quelle qu'en soit la nature, porte sur la totalité des fibres, et aucune voie collatérale ne s'ouvre du côté gauche. Arrêtées de ce côté, les impressions trouvent leur voie collatérale dans les fibres allant à l'hémisphère droit; elles s'y engagent et parviennent aux centres de perception de cet hémisphère. La sensibilité se trouve ainsi rétablie à droite, avec cette particularité que des impressions parties du côté droit du corps sont perçues du même côté dans le cerveau. Voici maintenant comment se produit l'hémianesthésie gauche au moment où cesse l'hémianesthésie droite: les impressions parties du côté gauche trouvent leurs voies naturelles occupées par celles du côté droit; elles ne peuvent s'y engager et, par conséquent, ne sont pas perçues. Il se produit là un phénomène analogue à celui des interférences en physique.

— M. *Constantin Paul* communique un fait, identique à ceux de M. Debove, relatif à un saturnin atteint d'*hémianesthésie du côté droit avec hémiparésie et contracture*. Ce malade avait de plus une néphrite interstitielle. M. Constantin Paul applique une plaque d'or: la contracture cesse; nouvelle application : l'anesthésie et la parésie disparaissent à leur tour. Ce malade étant mort au bout d'un mois par suite du progrès de sa néphrite, on put examiner le cerveau, et en particulier la capsule interne : aucune lésion apparente.

— M. *Dumontpallier* remarque que, chez tous les malades de M. Debove, il y avait insensibilité sensorielle en même temps qu'insensibilité générale du côté atteint; il signale l'importance de ce fait comme élément de diagnostic; on n'a d'action, en effet, que sur les cas où l'hémianesthésie porte sur les sens spéciaux en même temps que de la sensibilité générale, et par conséquent l'état de ces sens indiquera si la maladie est justiciable ou non de l'emploi des aimants.

— M. *M. Raynaud* présente une pièce provenant d'un sujet atteint de *paralysie alterne:* paralysie faciale à gauche, paralysie des membres à droite. La lésion consiste dans une gomme siégeant dans le lobe antérieur droit, et dans un foyer de ramollissement récent au voisinage de cette gomme dans une étendue assez considérable de la surface de l'hémisphère. La protubérance examinée avec le plus grand soin ne présente aucune lésion. Des renseignements précis établissent que les membres du côté droit n'étaient pas paralysés antérieurement à l'attaque qui a entraîné la mort. C'est là un cas très-intéressant, car on se trouve en présence d'une paralysie des membres du côté droit correspondant à une lésion de l'hémisphère du même côté, anomalie dont, en présence de l'intégrité de la protubérance, il est impossible de se rendre compte.

— On procède au scrutin pour l'élection de deux membres. MM. *Voisin* et *Bourneville* sont nommés membres titulaires de la Société médicale des hôpitaux.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Correspondance. — De la section des nerfs optique et ciliaires substituée à l'énucléation du globe oculaire. — De l'immobilisation et de la mobilisation des articulations malades. — Enfoncement des os du crâne chez un enfant de huit ans.

La correspondance comprend : 1° Deux observations d'*ovariotomie* et une observation de *laparotomie pour une ascite*,

---

petites rües du Cloître-Saint-Médéric, à l'image de la ville de Rouen. » L'autre : « *Le chirurgien doit-il entreprendre la guérison des os découverts auxquels est survenu érysipèle?* » Après la réponse négative à cette question traitée comme la précédente, en trois points, se trouve aussi la formule : « A ces présentes thèses respondra publiquement (Dieu aydant) Antoine Rolland, lieutenant des Escholiers estudians en chirurgie, le dimanche 14e jour de juillet 1641, à une heure précise, en la rüe de la Verrerie, proche l'asseurance, chez Monsieur Damon. »

Encadrées dans un petit entourage imprimé, ces deux thèses mesurent 29 centimètres de hauteur sur 23 de largeur. L'impression n'est pas très-belle et le papier assez grossier. On remarque qu'elles sont indiquées pour le dimanche. Les autres jours, les docteurs régents étaient sans doute empêchés.

E. Turner.

22 janvier 1879.

Un appareil pour la crémation des corps. — A la suite d'un rapport qui lui a été présenté sur un projet d'établissement, à Berlin, d'un appareil pour la crémation des corps, la municipalité de cette ville vient de recommander l'adoption de ce mode de sépulture pour toute la population de la capitale. La municipalité berlinoise a exprimé l'avis que l'introduction de la crémation serait, sous tous les rapports, un progrès salutaire.—Une crémation a eu lieu ces jours derniers à Milan.

Longévité. — Le plus curieux exemple actuel de longévité est celui de Michel Solis, dont M. Louis Figuier a fait connaître l'existence, et qui vient d'atteindre un âge qu'on estime supérieur à cent soixante ans. Solis, l'homme le plus vieux du monde, est un métis de Bogota, dans la république de San Salvador. Il vit d'une façon extrêmement régulière, et il attribue son extraordinaire vieillesse à sa sobriété. « Je ne mange qu'une fois par jour, a-t-il dit récemment au docteur Hermandès, qui est allé le visiter, mais je ne mange que des aliments nourrissants. Mon repas dure une demi-heure. Je jeûne le 1er et le 15 de chaque mois, et ce jour-là je bois autant d'eau que j'en puis supporter. Voilà mon secret. » (*Union médicale.*)

par M. *J. Boeckel;* ces trois opérations ont été pratiquées avec la méthode antiseptique. — 2° *Traité des blessures de l'œil*, par M. *Yvert*.

— M. *Abadie* lit un mémoire sur *la section des nerfs optique et ciliaires pour remplacer l'énucléation du globe de l'œil.* (Ce mémoire sera publié.)

— M. *Berger* continue la discussion snr la mobilisation et l'immobilisation des articulations malades. Il cite plusieurs faits qui viennent à l'appui des opinions professées par M. Verneuil.

En 1877, M. Berger trouva dans le service de M. Cusco une fracture du coude compliquée de plaie. Le membre fut placé dans un appareil silicaté, qui fut enlevé le vingt-huitième jour; la plaie était cicatrisée et la fracture consolidée, le membre étant dans la demi-flexion. Quelques mouvements existaient dans la jointure; on tenta de les augmenter. Mais il survint bientôt une inflammation violente, suivie d'abcès, et cette fois l'articulation fut complètement ankylosée.

La même année, M. Berger a vu, dans le service de M. Alphonse Guérin, une luxation du coude compliquée de fracture et de plaie. Le bras fut mis dans un appareil ouaté. Au bout de cinq semaines, la guérison était complète; on essaya d'augmenter les quelques mouvements qui existaient encore dans l'article. Ces manœuvres déterminèrent une violente inflammation, et l'ankylose devint complète.

Un homme qui avait reçu, cinq ans auparavant, un coup de feu dans le coude, entra dans le service de M. Gosselin; après l'élimination de plusieurs séquestres, la guérison eut lieu dans la flexion, avec conservation de quelques mouvements. Le malade voulait se servir de son bras; M. Deroubaix fit une résection; il resta des trajets fistuleux. Le malade est maintenant dans les salles de M. Gosselin, avec une ankylose osseuse et l'avant-bras presque dans l'extension. Les trajets fistuleux ne sont pas guéris et il survient de temps en temps des poussées inflammatoires.

Ces observations prouvent qu'il y a danger à tenter la mobilisation dans les fractures du coude consolidées.

L'intervention chirurgicale présente-t-elle les mêmes dangers dans les fractures articulaires sans plaie extérieure? M. Berger le pense, d'après les faits qu'il a observés. Chez les enfants, à la suite de fractures articulaires, les mouvements reviennent spontanément quand la coaptation a été bien faite, ainsi que l'a démontré M. Berthomiez dans sa thèse. Chez les adultes, et même chez les personnes d'un certain âge, les mouvements reviennent d'eux-mêmes, tandis que les mouvements communiqués ne peuvent que retarder la guérison. Les essais de mobilisation artificielle, par le chirurgien, ont toujours été suivis de phénomènes inflammatoires, et par suite d'ankylose plus complète. De même, les raideurs du genou, consécutives aux fractures du fémur, sont dues plutôt à l'arthrite qu'à l'immobilisation.

M. *Verneuil* remercie M. Berger d'avoir apporté des observations qui montrent les résultats fâcheux obtenus avec la mobilisation artificielle; il est bon de démontrer que cette mobilisation est détestable.

— M. *Lannelongue* présente un enfoncement des os du crâne. Il y a huit jours, un enfant de huit ans reçut un coup de pied de cheval à la tête. Aussitôt, perte de connaissance; résolution générale. La piqûre et l'excitation de la peau provoquent des mouvements.

Le lendemain, même état; pas de paralysie. Sur la partie latérale gauche du cuir chevelu, dans la région fronto-pariétale, existe une plaie ayant 4 centimètres de longueur. On constate une dépression dans les os du crâne et deux fragments osseux dans le fond de cette dépression. Ces fragments furent relevés et enlevés; plus profondément encore était la table interne de l'os, qui fut aussi enlevée. La dure-mère apparut alors déchirée. L'enfant mourut trois jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva encore une lamelle osseuse, qui s'enfonçait dans la dure-mère. Pus dans les sinus et sous la dure-mère. Il y a donc eu une méningite traumatique. Dans le cerveau, on a trouvé à la partie moyenne de la deuxième ciaconvolution frontale gauche une cavité grande comme une noisette; la substance cérébrale était détruite en ce point. Cette partie ne possédant pas de centre moteur, on peut s'expliquer ainsi l'absence de paralysie.

M. *Houel*. La dépression de la table interne est la règle dans les enfoncements des os du crâne. La chirurgie est incomplète quand on n'a enlevé que les esquilles visibles; il faut aussi enlever les esquilles internes incomplètement détachées.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Présentation d'animaux porteurs de lésions expérimentales de la moelle : M. Laborde. — Aphasie et paralysie générale : M. Magnan. — Déviation conjuguée des yeux et rotation de la tête : M. Landouzy. — Racine descendante du trijumeau : M. Mathias Duval. — Nerfs sensibles du cœur : M. François-Franck.

M. *Laborde* présente le jeune chat dont il a parlé dans la séance précédente, et auquel il a sectionné les cordons postérieurs de la moelle. La conductibilité des impressions sensitives n'est nullement interrompue. Par contre, il présente un second animal auquel il a coupé, outre les cordons blancs postérieurs, les cornes postérieures. Les régions dont les nerfs naissent de la moelle au-dessous de la section sont absolument anesthésiées.

— M. *Magnan*, revenant sur une communication antérieure, rappelle que M. Billaud a publié une observation d'aphasie au cours de la paralysie générale. Cette observation, que M. Magnan avait omis de signaler, est d'ailleurs postérieure à celle de M. Hanot, auquel la priorité appartient.

— M. *Landouzy* offre à la Société son mémoire sur la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête, et en résume les points principaux. Ce double phénomène s'associe fréquemment à des troubles moteurs portant sur une moitié du corps et consécutifs à des lésions cérébrales; mais il s'y associe de façon différente. Dans les cas d'hémiplégie, le malade, suivant les formules employées, se détourne de ses membres paralysés et regarde sa lésion; dans les cas de convulsion, d'épilepsie jacksonienne, il regarde ses membres convulsés et se détourne de sa lésion. Les muscles qui entrent en jeu pour produire ces divers mouvements doivent être soigneusement déterminés. S'agit-il d'épileptiques, la tête est tournée vers les membres convulsés par le sterno-mastoïdien et le trapèze du côté opposé, qui sont les seuls muscles convulsés, tandis que les mêmes muscles du côté convulsé restent inertes; et chez ces malades le droit externe du côté convulsé et le droit interne du côté opposé produisent la déviation oculaire. Par contre, s'agit-il d'hémiplégiques, ce seront le sterno-mastoïdien, le trapèze et le droit interne du côté paralysé qui, conservant seuls leur tonicité, tourneront vers la lésion la tête et les yeux du malade. Si l'on admet, comme les faits tendent à le prouver, qu'il existe des centres corticaux rotateurs de la tête et des yeux (centres situés peut-être au pied du lobule pariétal inférieur); si l'on admet que ces centres sont excités par les lésions irritatives qui produisent l'épilepsie jacksonienne et détruits par celles qui déterminent l'hémiplégie, il faudra conclure que, contrairement aux lois habituelles de l'innervation, le sterno-mastoïdien, le trapèze et le droit interne de l'œil sont sous la dépendance de l'hémisphère cérébral du côté même où ils sont situés. Pour le muscle droit interne, les recherches de MM. Graux,

Mathias Duval et Laborde ont montré qu'il était influencé dans ses mouvements associés par le noyau de la sixième paire du côté opposé, et expliquent ainsi l'apparente anomalie qui le concerne. Mais pour les muscles du cou, la question reste entière. Des faits qu'il serait trop long de rapporter ici permettent de mettre hors de cause les nerfs du plexus cervical. Reste le spinal, dont il s'agit de démontrer les relations avec l'hémisphère de son côté. Les lésions qui produisent la rotation de la tête pouvant siéger sur l'écorce même, dans le centre ovale, dans la capsule et les ganglions cérébraux, dans les pédoncules et même dans la partie supérieure de la protubérance, permettent de suivre le spinal à la trace jusqu'à ce niveau. Mais que devient-il entre ce point et son émergence au bulbe? Il ne reste pas, comme on pourrait le croire, constamment du même côté de la ligne médiane. Une observation de M. Desnos montre, en effet, qu'une lésion destructive de la protubérance à sa partie inférieure a produit la rotation de la tête du côté de l'hémiplégie, fait qui ne peut s'expliquer qu'en admettant que le spinal passe à cette hauteur dans le côté opposé à celui qu'il occupe dans les centres nerveux pour revenir ensuite du même côté.

M. *Mathias Duval* reconnaît l'exactitude des faits énoncés par M. Landouzy, mais il croit que, relativement à la rotation de la tête, ils sont susceptibles d'une autre interprétation. Pourquoi ne pas admettre que le noyau du spinal, d'un côté, envoie des filets au sterno-mastoïdien du côté opposé? Il y aurait ainsi une analogie complète entre la distribution des spinaux et celle des nerfs moteurs des yeux. Hypothèse pour hypothèse, M. Duval préfère à celle de M. Landouzy celle qu'il vient d'exposer, et qui se rattacherait peut-être à l'explication générale des mouvements associés dans les deux moitiés du corps.

M. *Laborde* regrette que l'expérimentation semble devoir être insuffisante pour juger cette question. L'action du sterno-mastoïdien est différente chez plusieurs animaux, notamment chez le chien, de ce qu'elle est chez l'homme. Ce muscle fait tourner la tête de son côté.

— M. *Mathias Duval*. L'extension des névralgies aux territoires de deux nerfs voisins a été expliquée, soit par les anastomoses périphériques signalées par Arloing et Tripier, soit par la contiguïté des noyaux d'origine des nerfs compromis. Cette dernière théorie, soutenue surtout par M. Vulpian, semblait contredite par ce fait que la névralgie faciale est souvent associée à celle du plexus cervical, malgré l'éloignement des noyaux d'origine du trijumeau et des premiers nerfs cervicaux. Or cet écartement est loin d'être aussi considérable qu'on le croit. M. Duval croit, en effet, pouvoir affirmer que le trijumeau pousse à travers la protubérance et le bulbe un prolongement descendant qui peut être suivi jusqu'au voisinage du tubercule de Rolando et se poursuit même jusqu'à la hauteur de l'émergence des premiers nerfs dorsaux.

— M. *François-Franck*. Le seul nerf sensible du cœur connu jusqu'à présent est le *nerf dépresseur de Cyon*, petit filet qui se rend par deux rameaux au laryngé supérieur et au pneumogastrique, et dont les fonctions centripètes sont révélées par ce fait que l'excitation de son bout périphérique n'entraîne aucun phénomène, tandis que celle de son bout central est suivie du ralentissement du cœur et d'un abaissement de la pression artérielle. Mais, en outre de ces effets cardiaques et vasculaire, l'irritation centriprète de ce nerf produit, si l'animal n'est pas curarisé, une amplitude exagérée des inspirations, qui concourt avec les phénomènes précédents à faciliter la circulation. C'est là un premier point à ajouter à l'histoire des nerfs sensibles du cœur. Indépendamment des effets réflexes produits sur le cœur, la pression et la respiration par les excitations endocardiaques transmises au moyen du *nerf dépresseur*, il se produit, à la suite des irritations endocardiaques, des modifications respiratoires réflexes qui ne résultent pas d'une transmission centripète par le nerf dépresseur. M. Franck a observé, en effet, qu'après la section de ce nerf dépresseur l'excitation de l'endocarde par une injection de chloral dans le ventricule droit amène immédiatement l'arrêt de la respiration. Ce fait ne saurait être attribué au passage du chloral dans les vaisseaux pulmonaires : il continue à se produire alors même que le cœur est arrêté en diastole par l'excitation du nerf vague. Cette expérience démontre donc que tous les filets sensibles du cœur ne sont pas contenus dans le nerf de Cyon. Les filets centripètes qui interviennent dans les arrêts réflexes de la respiration observés à la suite des irritations endocardiaques sont contenus dans le pneumogastrique lui-même : la section du pnemogastrique au-dessus de ses anastomoses supérieures supprime ces réflexes respiratoires.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

Analyse chimique de calculs vésicaux : M. Byasson. — De l'action physiologique et thérapeutique des alcaloïdes de la pelletiérine ; de leur mode d'emploi : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Byasson* a étudié la composition chimique des calculs vésicaux présentés par M. Constantin Paul dans la séance du 23 juillet 1879 de la Société de thérapeutique (voy. *Gaz. hebd.*, n° 32, p. 513). Il s'agissait de calculs de forme primitivement sphérique, ainsi qu'on peut facilement s'en rendre compte en regardant les fragments, calculs émis pendant trois années consécutives. A la suite de six séances de lithotritie, le malade en est aujourd'hui complètement débarrassé. Ces fragments sont formés par une matière friable, d'une coloration d'un blanc grisâtre, semblable à celle que présentent les phosphates terreux. En tenant compte du résidu obtenu par l'incinération et de l'existence constatée de la mucine et des débris épithéliaux, M. Byasson conclut que ces calculs présentent la coloration suivante :

Acide urique, pour 100	83gr,40
Phosphates de chaux et de magnésie	3gr,80
Mucine, débris épithéliaux, etc	12gr,80

M. *Constantin Paul*, avant l'analyse de M. Byasson, pensait que ces calculs étaient de nature phosphatique; M. Byasson démontre qu'il s'agit d'une diathèse urique.

— M. *Petit*, revenant sur les communications de M. Dujardin-Beaumetz au sujet de l'action de la pelletiérine, rappelle que M. Tarnet reconnaît dans le tannate de pelletiérine quatre alcaloïdes, deux actifs et deux inactifs; or, quels sont les plus actifs de ces quatre alcaloïdes? Il est un fait, c'est que, non divisés les uns des autres et administrés sous forme de cachet, ces alcaloïdes du tannate de pelletiérine agissent à faible dose. M. Béranger-Féraud l'administre à la dose de 40 centigrammes, M. Boinet à la dose de 50 centigrammes, et cela avec succès.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond qu'on doit étudier le tannate de pelletiérine sous les trois points de vue suivants : la question chimique, la question thérapeutique et la question physiologique. Au point de vue thérapeutique, il peut dire que son opinion est faite, puisque, ayant déjà réuni cent vingt-deux observations, il n'a pas eu à constater un seul insuccès. On a retiré de la pelletiérine quatre alcaloïdes, *a*, *b*, *g*, *d*. Or, d'après M. Béranger-Féraud, de ces quatre alcaloïdes deux sont actifs, deux sont inactifs : tel est le résultat de nombreuses expériences. Au point de vue physiologique, M. Dujardin-Beaumetz obtient les mêmes effets par les quatre alcaloïdes, mais avec un degré divers dans l'action toxique, dont l'intensité est au maximum dans l'alcaloïde *b*, pour être au moindre degré à *g* en passant par *a* et *d*. L'expé-

rience démontre ce fait : en plaçant des sangsues dans une solution de pelletiérine au 1/500 (dans la solution *b*) au bout de dix minutes leurs ventouses n'agissent plus, et même si l'on retire la sangsue, celle-ci meurt presque aussitôt. Dans la solution *a*, il faut deux fois plus de temps pour arriver au même résultat; tandis que dans *d* et *g* on peut toujours rappeler les sangsues à la vie, malgré les troubles physiologiques qu'elles présentent. L'action de l'alcaloïde *b* est donc la plus puissante, puisqu'il tue toujours. M. Dujardin-Beaumetz compare les effets toxiques du sulfate de pelletiérine à ceux qu'on observe chez le curare : le résultat est le même dans les deux cas.

Au point de vue thérapeutique, les deux alcaloïdes *a* et *b*, administrés à la dose de 40 centigrammes, dose qu'on doit tendre à abaisser à cause des principes toxiques, sont ceux qu'on doit employer; les deux autres, *d* et *g*, peuvent donc être abandonnés.

Toutes les fois qu'on administre 40 centigrammes de tannate de pelletiérine, surtout en injection sous-cutanée, on observe des vertiges, et si l'on examine le fond de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope, on constate une congestion; il y a donc un trouble des vaso-moteurs, une sorte de paralysie de l'encéphale. Chez quelques individus même, ce trouble est tel qu'on a parfois observé une hémiplégie passagère, mais cependant nettement caractérisée. Il est donc nécessaire de ne pas dépasser la dose tænifuge. M. Dujardin-Beaumetz s'en tient à la dose de 30 centigrammes; c'est à cette dose qu'il a obtenu tous ses succès. Voici comment il administre le médicament; il insiste d'autant plus sur ce point qu'il y a un intérêt réel à le bien administrer. Faisant prendre le tannate de pelletiérine, il fait boire aussitôt un verre d'eau, puis une demi-heure après il prescrit 30 grammes d'eau-de-vie allemande. Il préfère l'eau-de-vie allemande aux autres purgatifs, parce qu'il est nécessaire d'avoir un purgatif qui excite les mouvements de l'intestin, que le tannate de pelletiérine a une tendance à paralyser. Il paraît néanmoins qu'on a eu des succès avec l'huile de ricin et le séné (M. Béranger-Féraud). Il est bon de plus d'engager le malade à rendre ses matières sur un vase rempli d'eau tiède, pour qu'on puisse, d'une part, constater plus facilement la présence entière du ver, et, d'autre part, parce que celui-ci se brise dans l'acte de la défécation. Presque toujours le tænia est rendu en une fois, sous forme d'une boule, les anneaux s'étant enroulés souvent d'une façon inextricable.

Ayant expérimenté toujours avec succès sur cent vingt-deux malades, M. Beaumetz considère le tannate de pelletiérine comme un agent certain; mais on ne doit cependant pas l'administrer aux enfants, à cause de ses propriétés toxiques.

M. *Féréol* a eu un très-beau succès avec la dose de 40 centigrammes de tannate de pelletiérine non dépouillé des alcaloïdes *g* et *d*. A la suite de cette dose, il avait prescrit de l'huile de ricin et non de l'eau-de-vie allemande, ainsi que le conseille M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Dujardin-Beaumetz* conseille la formule suivante :

Sulfate de pelletiérine *a* et *g*.......	0gr,30
Tannin..........................	1 gramme.
Eau............................	30 grammes.

Le tannin n'est qu'un moyen de fixer le sulfate de pelletiérine.

Dr Joseph Michel.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Traitement du prurit de la vulve et du vagin, par M. Conrad — Affection tenace et plus répandue qu'on ne croit. Le sulfate de cuivre n'a aucune action; l'acide phénique n'est employé utilement que dans les cas où les sécrétions vaginales sont parasitaires. Dans les cas simples, l'auteur recommande les applications de glace. (*Corr. Blatt für schweiz. Ærtzte*, 1878.)

Inoculabilité de la fièvre récurrente, par M. Albrecht. — L'auteur rapporte, d'après une lettre du docteur Carter (de Bombay), que ce dernier a réussi à inoculer « *Spirillum fever* » à un petit singe. Incubation, cinq jours; spirilles très-nombreuses pendant le paroxysme très-court; aucune différence avec la maladie de l'homme. Albrecht et Carter ont échangé leurs préparations de sang et trouvé les spirilles identiques. (*Petersb. med. Woch.*, 1879, et *Centralb. für Chir.*, 1879, n° 25.)

Névralgie intercostale double guérie par l'élongation des deux nerfs intercostaux, par M. Nussbaum. (*Aertzl. Int. Blatt.*, 1878, n° 53.)

De la sensibilité des sutures craniennes, par M. Frænkel. — Si l'on presse fortement du doigt sur le crâne, on sera tout étonné de constater une véritable douleur aux endroits qui correspondent aux sutures et surtout aux fontanelles. On peut arriver ainsi à fixer des points de repère très-précis. — Je crains que l'auteur ait bien exagéré l'importance de sa découverte. (*Virchow's Archiv*, t. LXXV.)

De l'influence de la glace introduite dans le rectum sur l'anesthésie chloroformique, par M. Kostjurin. — Ce moyen a été préconisé par Baillée pour rétablir la respiration dans les cas où l'anesthésie a été poussée trop loin. Il ne réussit pas sur les chiens. (*Petersb. med. Woch.*, 1878, n° 52.)

Influence de l'eau chaude sur la muqueuse digestive du chien, par M. Kostjurin. — Chez quatre chiens de la même portée et nourris de la même manière, on injecte à deux d'entre eux, après chaque repas, 250 à 300 grammes d'eau de 45 à 60 degrés, au moyen de la sonde œsophagienne. Ces deux animaux meurent entre trois mois et trois mois et demi, perdant 600 à 700 grammes de leur poids. A l'autopsie, gastrite parenchymateuse et interstitielle, entérite catarrhale. — L'auteur cherche sans doute à démontrer que l'habitude de ses compatriotes de se gorger de six à huit verres de thé plusieurs fois par jour est nuisible. A vrai dire, il n'était pas besoin de chiens pour cela; mais, quand cela serait vrai, comment réformer les habitudes d'un peuple? (*Petersb. med. Woch.*, 1879, n° 10.)

BIBLIOGRAPHIE

Diphteria, its nature and treatment, varieties and local expressions, par le docteur Morel Mackenzie. 1 vol. in-8°. — Londres, Churchill, 1879.

L'auteur de cet ouvrage est bien connu parmi nous, par la traduction qui a été faite il y a plusieurs années de son livre sur les maladies du larynx, et nous n'étonnerons personne en disant qu'il occupe en Angleterre une grande situation parmi les médecins qui s'adonnent à l'étude des maladies du larynx et des voies respiratoires.

Le nouveau travail de M. Mackenzie que nous présentons à nos lecteurs est moins un traité complet qu'une œuvre originale et personnelle dans laquelle l'auteur expose son opinion et le résultat d'une pratique étendue. Cependant la forme du livre et la distribution des matières indiquent que la question a été étudiée sous toutes ses faces; mais l'auteur a su s'abstenir des développements inutiles, et il n'a pas jugé nécessaire de rapporter *in extenso* les nombreuses observations qui lui sont personnelles; c'est là une exemple à suivre, car la plupart des monographies publiées sur cette question

sont grossies par un nombre considérable d'observations surchargées de détails et qui se seraient parfaitement prêtées à une analyse succincte.

Nous appelons particulièrement l'attention sur le chapitre consacré à l'étude de l'étiologie de la dipthérite. L'auteur n'admet pas l'origine spontanée de cette affection, et pense qu'il existe toujours un *contagium* spécifique qui agit comme cause déterminante. Les cas qui paraissent surgir de *novo* s'expliquent par le fait que le principe de la contagion peut rester inactif pendant un temps plus ou moins long, jusqu'à ce qu'il ait trouvé un milieu ou des circonstances favorables à son développement. Après avoir admis ce principe, M. Mackenzie attache une grande importance aux causes prédisposantes, telles que l'âge, le catharrhe pharyngien, les affections qui débilitent le système; chacune de ces causes est étudiée en détail et avec le plus grand soin.

Des chapitres très-complets sont consacrés à l'anatomie pathologique et à la symptomatologie. Pour le traitement, l'auteur est éclectique et fait un choix judicieux parmi les nombreuses préparations qui ont été préconisées et ont tour à tour joui d'une vogue plus ou moins justifiée. Il accorde une grande importance aux antiseptiques, parmi lesquels il recommande surtout l'acide phénique, le permanganate de potasse, le chlorate de potasse et l'hydrate de chloral. Quant aux agents caustiques, tels que le nitrate d'argent, qui a joui pendant si longtemps d'une si grande vogue, l'auteur doute de leur efficacité et pense que, dans certains cas, ils sont plutôt nuisibles qu'utiles.

Enfin, nous trouvons des chapitres consacrés à chacune des localisations de la diphthérite, selon que l'affection occupe le larynx, le pharynx, le nez, etc.; puis un aperçu très-intéressant sur la diphthérite secondaire.

L'ouvrage de M. Mackenzie est écrit avec méthode; les faits y sont exposés clairement sans développements inutiles, et l'on reconnaît non-seulement l'œuvre d'un érudit, mais d'un praticien consommé. Ajoutons que l'auteur est d'une scrupuleuse exactitude dans ses citations, qualité trop rare pour ne pas être particulièrement signalée.

En somme, ce nouvel ouvrage constitue une importante addition à la littérature médicale sur la diphtérite, et il sera consulté avec fruit par tous les praticiens.

A. Lutaud.

Analyse de soixante-quinze cas de crampe des écrivains, par M. G. Vivian Poore. 1 vol. in-8. — Londres, 1878. Adlard.

Tous les malades dont il s'agit avaient été adressés à l'auteur avec le diagnostic de crampe des écrivains, et ils présentaient tous, en effet, une difficulté d'écrire. Mais en les examinant de plus près on reconnut que ce symptôme commun était l'expression de maladies très-différentes, et c'est ainsi que Poore est arrivé à les diviser en plusieurs classes : 1° paralysies, 6 cas; 2° spasmes, 5 cas; 3° dégénérescences, 9 cas; 4° névrites et névralgies, 20 cas; 5° crampe des écrivains, 31 cas; 6° anomalies, 6 cas.

Pour ce qui concerne la cinquième classe, qui est celle qui nous intéresse le plus, l'auteur s'élève contre la tendance actuelle de ranger la crampe des écrivains parmi les maladies générales du système nerveux. « Je n'ai jamais vu, dit-il, un cas de ce genre sans lésions périphériques bien évidentes, et d'ordinaire ces lésions constituaient la maladie. Ce sont des parésies ou des spasmes musculaires, des tremblements fibrillaires ou généraux, des altérations de l'irritabilité musculaire, des douleurs localisées, spontanées ou provoquées, etc. La crampe des écrivains des auteurs classiques, où la difficulté d'écrire est le seul symptôme, je ne l'ai jamais vue. » On voit que Poore a toujours de la tendance à confondre sa cinquième classe avec les autres, qui ne sont, au fond, que des erreurs de diagnostic. Néanmoins, il a étudié avec soin ses malades, et même, dans la vraie crampe, il a trouvé (comme d'autres avant lui) des altérations bien nettes d'un ou de plusieurs des muscles qui servent à écrire, surtout des interosseux et de l'extenseur du pouce. Il n'admet pas davantage le centre nerveux destiné à la coordination de l'acte d'écrire. « En effet, dit-il, l'écriture n'est pas un attribut essentiel de l'homme, et chacun écrit à sa façon; la crampe des écrivains s'établit avec une lenteur tout à fait inexplicable dans cette théorie, et quant à la lésion de la main gauche succédant à celle de la main droite (principal argument de Duchenne), elle n'est ni fréquente, ni même bien prouvée. »

Le traitement varie naturellement avec la nature de l'affection, mais est surtout local. Cependant il est recommandé de procurer des délassements aux malades, spécialement des voyages en Suisse, qui sont, en Angleterre, la vraie panacée universelle. Un *Swiss tour* de six semaines produira d'excellents effets : on le croira sans peine, surtout si le malade s'abstient d'écrire et fatigue beaucoup ses autres muscles. Comme médication locale, l'auteur recommande avec raison l'exercice méthodique et rhythmique des muscles affectés. Les injections d'atropine et de morphine se sont montrées inutiles.

VARIÉTÉS

COLLÈGE DE FRANCE. COURS DE MÉDECINE PAR M. BROWN-SÉQUARD.

L'ouverture de ce cours aura lieu le mardi 3 décembre, à dix heures du matin. Le professeur fera l'histoire physiologique, pathologique et thérapeutique de l'inhibition (arrêt de propriété ou de fonction). Les leçons auront lieu les mardis et samedis, à dix heures du matin.

Nous sommes en mesure d'ajouter à ces renseignements, que chacun peut lire sur l'affiche officielle, des indications plus détaillées sur le programme que M. Brown-Séquard se propose de suivre.

Ainsi qu'on en jugera l'histoire de l'inhibition comprend une quantité considérable de faits qui peuvent être réunis en un nombre relativement restreint de chapitres.

C'est par les phénomènes d'arrêt du cœur que commenceront ces leçons, et sans doute il en faudra plusieurs pour étudier la syncope dans ses conditions si variables, en y ajoutant l'étude des mouvements rhythmiques, et celle de l'arrêt du cœur par association, c'est-à-dire par l'influence de l'effort respiratoire.

Les phénomènes d'arrêt de la respiration et des actions liées à la respiration comprendront l'inhibition des mouvements respiratoires, de la toux, de l'éternuement, du hoquet, du bâillement, de la coqueluche, de l'angine de poitrine, etc.

Une troisième série de leçons sera consacrée à l'arrêt des échanges dans les tissus. L'asphyxie, l'état syncopal, la mort par hémorrhagie, le froid, la mort subite, le choc, le collapsus, l'inhibition des centres vaso-moteurs et des centres de température, les arrêts de sécrétions, l'influence d'arrêt étudiée après la mort dans les divers tissus, les phénomènes d'arrêt du choléra, de l'hibernation, etc., tels sont les sujets qui se rattachent à l'inhibition des échanges.

A la suite de ce groupe prendront place les phénomènes d'arrêt de l'activité nerveuse, c'est-à-dire l'arrêt d'activité cérébrale, comprenant l'histoire des pertes de connaissance dans l'apoplexie, l'épilepsie, la syncope par perte de sang, le sommeil, l'asphyxie, les empoisonnements, l'anesthésie, le narcotisme; puis l'arrêt de la faculté réflexe et des mouvements réflexes; enfin l'arrêt de l'activité tonique de la moelle épinière.

L'inhibition dans les états morbides, l'arrêt des fonctions envisagé en général, l'étude des moyens thérapeutiques d'arrêt, compléteront cet exposé de l'inhibition et seront l'objet des leçons terminales, qui constitueront, en quelque sorte, la *théorie de l'inhibition*.

Nous espérons pouvoir faire profiter nos lecteurs de cet enseignement expérimental dont on doit attendre de si instructifs résultats.

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE. — HOSPICE SAINTE-ANNE ET HOSPICE DE BICÊTRE.— Une vive discussion s'est produite, dans la séance du 20 novembre, au sujet de faits de malversation qui auraient eu lieu dans deux établissements d'assistance publique, de la part de certains agents; et un vœu a été émis, dans la même séance, tendant à ce que « l'Administration fasse, dans le plus bref délai, procéder à une enquête sur *Bicêtre* et sur les mandats fictifs qui ont été signalés à l'attention de la troisième commission du Conseil général, à l'asile Sainte-Anne ». Nous n'avons pas à entrer dans l'examen des faits dénoncés par M. le conseiller Manier, surtout en présence d'un vœu d'enquête; mais nous devons dire tout de suite qu'un grief avait été élevé par le même membre contre deux honorables médecins de l'asile Sainte-Anne, et que, dans cette même séance, ils ont été lavés de l'accusation portée contre eux, par M. Lafont, dans les termes suivants : « MM. Bouchereau et Magnan avaient été particulièrement accusés par M. Manier, dans un journal, d'avoir abusé de leur situation pour envoyer des malades dans des asiles privés. Trois commissaires, MM. Métivier, Dubois et Manier, ont été désignés par la commission pour aller vérifier le fait sur les lieux mêmes. *M. Manier ne s'est pas trouvé au rendez-vous.* Or les commissaires, vérification faite des livres, ont acquis la certitude que ces deux médecins étaient à l'abri de tout reproche, et qu'ils n'ont cessé de mériter l'estime de tous; je tiens à le déclarer très-haut. » Quant au surplus des faits signalés par M. Manier, « l'enquête de la commission, ajoute M. Lafont, n'est pas complète, et la commission croit devoir en laisser toute la responsabilité à M. Manier. »

M. le préfet a annoncé au Conseil que « deux médecins du bureau d'admission (MM. Bouchereau et Magnan), ayant cru pouvoir conserver des intérêts dans des établissements privés, l'Administration lui a imposé l'obligation de faire cesser cette situation ».

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE (25 novembre 1879). — Sur le rapport de M. Level, le Conseil vote les crédits nécessaires pour l'entretien d'élèves sages-femmes à l'École d'accouchement et pour allocation de prix et frais de concours. Sur les conclusions du même rapporteur, sont votés les crédits relatifs aux objets suivants : établissement d'un service médical dans les écoles et les salles d'asile du département, 70400 francs; subvention à l'Institut d'anthropologie, 6000 francs; traitement du médecin attaché au service scolaire, 4000 francs.

M. Bourneville dépose, au nom de la commission de l'Assistance publique, un rapport sur les budgets et comptes des asiles d'aliénés et sur les mesures diverses relatives au service.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — D'après le nouveau règlement, les docteurs étrangers et les élèves ayant seize inscriptions, qui désirent prendre part aux travaux pratiques de l'École pratique, dissections, opérations, etc., doivent adresser, à M. le doyen de la Faculté, une demande par lettre et retirer une carte des travaux pratiques, qui leur sera délivrée au secrétariat de la Faculté, moyennant un droit de 40 francs. Les docteurs doivent présenter leur diplôme en retirant cette carte. Les cartes des étudiants en cours d'inscriptions doivent être renouvelées tous les trois mois, les autres sont valables pendant toute l'année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Hergott, professeur de clinique obstétricale et gynécologie, est nommé professeur de clinique obstétricale et accouchements (chaire transformée). — M. Morel, professeur d'anatomie générale descriptive et topographique, est nommé professeur d'histologie (chaire nouvelle). — M. Lallement, professeur-adjoint, est nommé professeur d'anatomie descriptive (chaire nouvelle).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours auxiliaire d'anatomie pathologique.* — M. le docteur Lancereaux a commencé son cours le mardi 18 novembre, à huit heures du soir, et le continue les mardis, jeudis et samedis, à huit heures du soir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Folet, professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie externe, vacante par le décès de M. Morisson.

LA SALPÊTRIÈRE. — Cette semaine a eu lieu à la Salpêtrière l'inauguration de l'amphithéâtre que l'administration de l'Assistance publique a fait construire pour les cours de la clinique des maladies nerveuses. La séance d'hier, à laquelle assistaient plus de 500 auditeurs, a été consacrée à la contracture et aux déformations qu'elle produit dans les membres inférieurs.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine, savoir :

Au grade de médecin de 2e classe, MM. les aides-médecins : Hénaff, Hache, Mortreuil, Vergos, Aubry, Rialan, Ludger, Mercié, Sirol, Thémoin, Desmoulins, Cousyn, Esclangon, Le Ménicier, Jan, Parnet, Landouar, Clavier, Lussaud, Plagneux, Ernault, Cartier, Vergos (Paul-Marie-Edouard), Deniau, Hamon-Dufougeray, Roussin, Fouéré, Vaysse, Candé, Fournier, Le Conte, Gouzer, Nicolas, Hermitte, Le Golleur, Devoti, Lullien, Duliscouët, Mirabel, Pozzo di Borgo, Mondon, Marévéry, Sarrazin, Roux, Galibert, Foucaud, Couturier, Faucon.

Au grade d'aide-médecin, MM. les étudiants : Dufour, Sicard, Papin, Robert, Auvergne, Kergrohen, Féraud, Bouquet, Gauthier, Le Grand, Gorron, Piton, Deslandes, Gaiffe, Dumesnil, Casanova D'Estienne, Torel, Roy, Martin, Crambes, Bergouguoux, Claverie, Chataing, Mercier, Gouzien, Offret, Moalic, Boucheron, Colle, Durand, Tréguier, Bertrand, Plouzané, Guillarmou, Daniel, Dufourg, Mazet, Duprat, Fragne, Planté.

Au grade de pharmacien de 1re classe, MM. les pharmaciens de 2e classe : Cunisset, Billandeau.

Au grade de pharmacien de 2e classe, MM. les aides-pharmaciens : Decoréis, Gairoard, Perron, Nény, Pignet.

Au grade d'aide-pharmacien, MM. les étudiants : Camus, Brun, Dubois, Tambon, Pellen, Reilly, Fouquier.

FIÈVRE JAUNE. — Bordeaux, 25 novembre : On a reçu ici la nouvelle que des cas de fièvre jaune ont été constatés à Basse-Terre (Guadeloupe). Le procureur général, M. Truchard-Dumoulin, est mort.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Itasse, médecin de l'hospice civil de Sedan depuis plus de trente ans. M. Itasse avait fait preuve d'un dévouement sans pareil pendant les jours néfastes qui suivirent la bataille du 1er septembre 1870, à Sedan. Le gouvernement de la République l'en avait récompensé en lui accordant la croix de la Légion d'honneur.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — *Clinique médicale.* — M. le docteur T. Gallard reprendra ses leçons de clinique médicale le samedi 29 novembre 1879, à l'hôpital de la Pitié (amphithéâtre n° 3). Il traitera cette année des *troubles de la menstruation* et des *maladies de l'ovaire.* — Visite à neuf heures, salles du Rosaire et Saint-Athanase. Leçon à l'amphithéâtre le mardi et le samedi. Examen au spéculum et consultation pour les maladies des femmes, le jeudi.

MALADIES DES YEUX ET DES OREILLES. COURS PUBLIC ET GRATUIT. — M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours sur les affections des membranes externes de l'œil considérées dans leurs rapports avec les maladies constitutionnelles et diathésiques, le lundi 1er décembre, à cinq heures, à sa clinique, 53, rue Saint-André-des-Arts. Le cours aura lieu le lundi et le vendredi, à cinq heures.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 13 au 20 novembre 1879, on a constaté 949 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 24. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 1. Variole, 19. — Croup, 20. — Angine couenneuse, 19. — Bronchite, 42. — Pneumonie, 61. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 13. — Choléra nostras, 0. — Dysenterie, 2. — Affections puerpérales, 9. — Erysipèle, 3. — Autres affections aiguës, 241. — Affections chroniques, 414 (dont 161 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 32. — Causes accidentelles, 37.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 3 décembre 1879.

Académie de médecine : LA THÉORIE PARASITAIRE DES MALADIES CONTAGIEUSES.

Nous n'avons plus à revenir sur les questions spéciales que discutent en ce moment, devant l'Académie, MM. Pasteur et Colin. Un débat de cette nature portant exclusivement sur des faits d'observation ne peut être sérieusement jugé que par ceux qui ont vérifié ou contrôlé les expériences dont il s'agit, et la dernière communication de M. Pasteur a été si pleine de détails qu'elle a dû porter la conviction dans tous les esprits. Mais à côté des faits expérimentaux, si remarquables qu'ils soient, et peut-être au-dessus de ces faits, il faut voir les doctrines qu'on en peut déduire. Celles-ci intéressent tous les médecins. L'observation clinique, la tradition médicale, les études d'étiologie générale et d'épidémiologie, ont, en effet, une valeur réelle et que ne sauraient infirmer toujours des expériences de laboratoire. Aussi nous semble-t-il nécessaire d'établir, ne fût-ce que d'une manière provisoire, quels ont été les progrès accomplis par les recherches scientifiques dont on entretient l'Académie, et quels seraient les résultats à obtenir si l'on voulait arriver à ce point de vue à une démonstration vraiment convaincante. Les faits annoncés par M. Pasteur sont trop connus pour qu'il paraisse utile de les exposer longuement. En ce qui concerne la maladie charbonneuse, après que M. Davaine eut démontré que l'apparition des bactéridies *précède* le développement des phénomènes de la maladie, que les mêmes infusoires se retrouvent dans la pustule maligne, que le sang charbonneux transmet la maladie aussi longtemps qu'il contient des bactéridies, mais qu'il perd sa propriété virulente aussitôt que, par suite de la putréfaction, les bactéridies ont disparu, M. Pasteur a complété ces études en déterminant les conditions dans lesquelles la bactéridie charbonneuse peut être inoculée aux oiseaux (expériences faites sur la poule). Il a montré pourquoi, dans certaines circonstances, un liquide qui paraissait ne point contenir de bactéridies actives restait cependant virulent, parce que ni l'action de l'oxygène à haute tension, ni le contact de l'alcool absolu, ni les températures élevées, ne suffisaient à détruire les corpuscules-germes reconnaissables par leur réfringence. C'est encore à M. Pasteur que l'on doit d'avoir fait comprendre l'influence des germes atmosphériques, en prouvant que les liquides, qui d'ordinaire se putréfient le plus vite, pouvaient rester longtemps inaltérés, si l'air extérieur ne leur arrivait qu'après avoir été filtré sur une couche de coton. La filtration du sang charbonneux sur une couche de plâtre montre mieux encore que ce sang, lorsqu'il est ainsi dépourvu de tout germe atmosphérique, peut être impunément injecté dans le corps sans produire le moindre désordre local. Toutes ces expériences ont une importance que l'on ne saurait contester sans parti pris. Il en est de même de ces ingénieuses recherches entreprises pour répondre aux objections de Cl. Bernard et de M. Berthelot, et qui nous ont prouvé que, mis à l'abri des cryptogames, dont les germes ne peuvent lui parvenir que par l'intermédiaire de l'air extérieur, le raisin ne subit plus la fermentation alcoolique. Dans ces derniers temps M. Pasteur, poursuivant ses travaux, nous a décrit le vibrion de la septicémie chirurgicale. Il s'est efforcé de retrouver dans le sang et dans les lochies de femmes atteintes de septicémie puerpérale un autre vibrion non moins spécifique. Enfin, plus récemment encore, il retrouve dans les terres et dans les eaux de la Beauce un grand nombre de bactéridies, qui se sont produites dans le sol arrosé par le sang charbonneux, bactéridies qui possèdent alors des germes rendus actifs sous l'influence de conditions atmosphériques spéciales, et qui sont capables de provoquer les épidémies de maladie charbonneuse qui frappent si cruellement les troupeaux de ces pays. Si tout cet ensemble de recherches n'avait pour but que de nous démontrer que l'air, l'eau et le sol renferment des milliards de germes, dont la nature et les propriétés sont très-variables ; que ces germes peuvent se multiplier sous l'influence d'une température déterminée, des mouvements du sol, de l'hygrométricité de l'air, etc.; qu'ils sont capables, dans certaines conditions, de pénétrer l'organisme humain et d'y déterminer des accidents variés, nous n'aurions aucune objection à faire à ces doctrines. Nous sommes très-disposé à admettre la nocuité de ces germes, et quant à leur dissémination dans tous les terrains, dans l'eau et dans l'air, elle est démontrée depuis longtemps. M. Béchamp n'a-t-il pas décrit les microzyma de la craie des terrains tertiaires? Mais M. Pasteur ne se contente pas d'affirmer l'existence de ces germes dont la reproduction au sein des liquides organiques donne naissance à des phénomènes de fermentation variés. Il ne se borne pas, lorsqu'il a reconnu l'existence d'un germe spécifique, comme la bactéridie du charbon, à cultiver ce germe, à l'inoculer et à montrer que seul il détermine la maladie spécifique durant laquelle on le retrouve dans les organes, les tissus et les liquides vivants. M. Pasteur n'hésite pas à déclarer que les *faits nouveaux* qu'il a démontrés grâce à l'ingénieuse rigueur qu'il apporte à toutes ses expériences, suffisent à renverser la plupart des doctrines épidémiologiques défendues jusqu'à ce jour par l'*ancienne médecine.* Il y a quelques mois (11 mars 1879), à propos d'un travail de M. Hervieux sur la *septicémie puerpérale*, M. Pasteur disait à l'Académie (*Bulletin*, p. 257): « Afin d'écarter certaines confusions, je voudrais tout d'abord faire observer que, suivant moi, il n'existe pas d'état sanitaire et d'état épidémique proprement dits. Les faits cachés sous les expressions de *pays infectés*, de *milieux épidémiques*, correspondent à une abondance plus ou moins grande de germes et à des conditions

hygiéniques constitutionnelles ou autres pouvant permettre leur développement plus ou moins facile. » Si l'on voulait prendre à la lettre ces paroles de M. Pasteur, on en conclurait certainement que toutes les maladies épidémiques, toutes les maladies infectieuses, sont attribuées par lui à la repullulation dans l'organisme de germes animés. Telle est, en effet, la conclusion que prétendent tirer dès aujourd'hui de ces expériences les défenseurs les plus ardents de la théorie des germes. Nous ne pensons pas, et quelques phrases que nous écoutions avec tant d'intérêt à la dernière séance académique, nous confirment dans cette idée, nous ne pensons pas que telle soit l'idée de l'éminent chimiste. M. Pasteur ne s'est occupé, jusqu'à ce jour, que de l'étiologie des maladies virulentes. Il n'a jamais apporté à la tribune de l'Académie que l'énoncé de faits expérimentaux dont il était en mesure de garantir l'exactitude et la rigueur. Les paroles que nous venons de citer exposent, il est vrai, en termes généraux une doctrine que nous considérons comme très-contestable; mais nous croyons que M. Pasteur tient beaucoup moins à cette doctrine qu'aux faits qu'il a annoncés et dont, jusqu'à ce jour, il a démontré l'exactitude. Si, entraîné par l'ardeur qui le pousse à généraliser ces faits, il a récemment décrit et figuré, sans l'avoir encore isolé ni cultivé, le vibrion de la fièvre puerpérale; s'il tend à admettre que la plupart des maladies virulentes sont des maladies parasitaires, nous avons entendu, mardi dernier, M. Pasteur déclarer lui-même qu'il n'affirmait rien à cet égard. En ce qui concerne les maladies virulentes, nous reconnaissons volontiers que, parmi les maladies à *virus fixe*, il en est un grand nombre qui *paraissent* dues à l'existence d'un microbe spécial. Les expériences et les observations de MM. Davaine et Pasteur ont prouvé la spécificité de la bactéridie charbonneuse. En vain M. Colin objecte-t-il à ces recherches des expériences qui tendraient à prouver que la putréfaction qui détruit la virulence peut laisser persister les bactéridies, et que, par conséquent, la virulence est indépendante de la présence des bactéridies. Les recherches de M. Davaine, qui le premier a démontré l'influence exercée par la putréfaction sur les liquides virulents, prouvent au contraire que les bactéridies persistent toujours aussi longtemps que le liquide inoculé reste virulent, et que, lorsque la putréfaction a détruit la virulence, il n'existe plus de bactéridies dans le sang charbonneux. D'autre part, on peut objecter encore à M. Colin que l'inoculation de liquides de composition variable, de macérations renfermant des produits divers, ne réalise point les conditions expérimentales dans lesquelles s'est placé M. Pasteur. Comme il l'a fort bien dit lui-même, « la possibilité du développement d'organismes autres que la bactéridie et qui étoufferaient celle-ci » pourrait rendre compte de bien des erreurs d'observation. Et puis ne doit-on point admettre que le seul fait de *toujours* provoquer le charbon par l'inoculation d'une bactéridie isolée et cultivée dans un milieu favorable *démontre* l'action virulente de cet organisme? Ne faut-il point reconnaître que si M. Davaine a pu conserver pendant toute une année du sang charbonneux et reproduire à l'aide de ce sang des inoculations fertiles, si M. Pasteur a pu retrouver dans l'humus des terres de la Beauce des bactéridies virulentes, on en doit conclure que la dessiccation et la putréfaction ne détruisent pas tous les germes et qu'on peut les retrouver quand on emploie pour les rechercher des procédés suffisamment précis? En parlant ainsi, nous ne cherchons point à contester l'importance des observations faites à Chartres par M. Colin. Si, en effet, le sol, les eaux, les herbages et l'air de l'établissement d'équarrissage de M. Rabourdin sont aussi infectés de bactéridies que le soutient M. Colin, il est difficile de comprendre que le charbon ne soit pas fréquemment gagné par les animaux qui séjournent dans cette atmosphère incessamment contaminée. Mais ces observations *négatives* ne sauraient renverser les faits *positifs* que l'on produit en si grand nombre et d'une manière si convaincante. Ce qui serait utile, ce serait de rechercher pourquoi ces animaux échappent à l'influence des virus auxquels ils paraissent incessamment exposés; et c'est là ce qui n'a pas encore été fait. Nous laissons donc de côté l'histoire du charbon et de la bactéridie charbonneuse, et nous admettrons jusqu'à preuve évidente du contraire que le virus charbonneux est la bactéridie de Davaine. Nous ne nous occuperons pas non plus de la septicémie, qui n'est point une maladie déterminée, mais bien un état morbide venant compliquer et aggraver un grand nombre de maladies. Quant aux maladies virulentes, telles que la rage, la syphilis, la morve, la clavelée, etc., aucune observation médicale, aucune des notions pathogéniques généralement reçues, ne s'oppose à ce que l'on admette que l'agent virulent soit un germe animé. Sans doute les expériences de M. Chauveau sur la vaccine et le virus vaccinal tendent à démontrer que les vibrioniens observés dans le liquide extrait d'une pustule vaccinale ne jouent aucun rôle dans la transmission de la maladie. Mais ces expériences prouvent seulement qu'il peut exister, dans un liquide virulent, des germes dont l'inoculation ne transmet pas la maladie virulente, et rien ne prouve, nous le verrons dans un instant, que les granulations moléculaires qui la communiquent ne renferment pas de corpuscules-germes. Nous devons attendre, pour admettre la nature parasitaire des maladies à *virus fixe*, que l'on ait démontré l'existence d'un vibrion spécifique propre à chacune de ces maladies; rien ne s'oppose toutefois à ce que *par analogie* nous admettions que ce vibrion puisse exister, et à ce que nous n'encouragions les recherches qui tendent à le faire découvrir.

En est-il de même pour les maladies contagieuses à *virus volatil?* Une observation très-intéressante due à M. Davaine tendrait à le prouver. Contrôlant des expériences dues à MM. Leplat et Jaillard, M. Davaine avait reconnu que la septicémie pouvait se comporter à la manière des maladies épidémiques et contagieuses par *virus volatil*, c'est-à-dire par sa communication aux animaux sans contact immédiat. M. Davaine en avait conclu que, dans certaines conditions de milieu et de température, les germes de la septicémie pouvaient être éliminés par la respiration, la perspiration cutanée ou les sécrétions, et transportés à distance, de même que les spores d'un champignon injectés dans la cuisse d'un cobaye sont emportés par le torrent circulatoire dans le cerveau, le foie ou le rein. Il est vrai qu'à l'époque où cette *maladie septique de la vache* était reconnue et décrite, M. Davaine, ignorant encore l'existence des bactéries de la septicémie, s'était contenté de démontrer qu'il n'existait dans le sang de ces animaux aucune bactéridie charbonneuse. Il est certain aujourd'hui, puisqu'il s'agissait de septicémie, que des vibrions spécifiques devaient s'y rencontrer en assez grande abondance, et que, par conséquent; on avait affaire dans ce cas à une maladie parasitaire. Cette importante observation explique donc bien des faits que l'on peut constater à propos de la morve. Nous n'éprouvons dès lors aucun scrupule à admettre, à titre d'hypothèse rendue probable par voie d'analogie, que, dans la septicémie, dans la coqueluche, la diphthérie et peut-être même d'autres maladies à virus volatil,

des germes morbides, quels qu'ils soient d'ailleurs, puissent se transmettre à une petite distance et par l'intermédiaire de l'air. Mais ces germes, il faudra les démontrer, pour donner à ces hypothèses une base vraiment scientifique et pour autoriser les recherches thérapeutiques que peut inspirer la doctrine parasitaire. Or les démonstrations de ce genre sont excessivement difficiles. Souvent les germes parasitaires se confondent par leur apparence extérieure avec les tissus normaux et anormaux de l'organisme. M. Davaine en a fait la remarque en étudiant les tumeurs végétales et en les comparant aux tumeurs hétérologues des animaux. Mais lorsqu'il s'agit de doctrines étiologiques aussi contestables, les analogies ne suffisent pas; il faut des preuves. Les mémorables travaux de MM. Pasteur et Davaine sur la maladie charbonneuse permettent de ne point désespérer que cette preuve nous sera fournie un jour ou l'autre.

Nous arrivons à ces maladies que l'on désigne en pathologie sous le nom de maladies infecto-contagieuses, maladies dont la genèse et l'étiologie sont des plus obscures. Tous les observateurs, MM. Pasteur et Davaine les premiers, reconnaissent que les germes qui nous environnent de toutes parts, qui existent dans l'air, dans l'eau et même dans le sol, ont besoin pour déterminer les accidents putrides, septicémiques ou virulents, de certaines conditions extérieures qu'ils n'ont pu préciser jusqu'à ce jour. M. Pasteur, nous l'avons vu plus haut, déclare que les faits cachés sous l'expression de milieu épidémique correspondent « à une abondance plus ou moins grande de germes et à *des conditions hygiéniques, constitutionnelles ou autres pouvant permettre leur développement plus ou moins facile* ». M. Davaine s'exprime de la manière suivante : « Pour expliquer l'origine de ces affections (maladies épidémiques et contagieuses, telles que la peste, la fièvre jaune, le typhus des armées, etc.), il suffit de leur appliquer par analogie les lois connues de la septicémie, pour concevoir que l'agent qui les fait naître n'est pas l'effet d'une création particulière qui disparaît avec la maladie, mais qu'il se retrouve dans d'autres conditions. En effet, si l'épizootie de septicémie que j'ai signalée chez le lapin avait été remarquée il y a quelques années, certes on n'eût pas pensé que le virus de cette maladie nous environne de toutes parts, que toute matière organique privée de vie est son aliment, que tout animal qui meurt devient sa proie, que nous l'introduisons dans notre intestin avec les mets et les boissons, et sans cesse dans nos poumons avec l'air respiré. Il en est cependant ainsi, et, dans cette atmosphère dangereuse, nous vivons sans appréhension du moindre danger. C'est que, pour que ce danger nous atteigne, *certaines conditions* doivent être réalisées; c'est une plaie qui servira d'introducteur au virus; un épanchement de sang, une collection de pus, etc., qui formera un foyer actif au sein de l'économie ; c'est l'excès de la température atmosphérique qui imprimera une nouvelle activité à la maladie. De même nous pourrons concevoir que le virus des grandes maladies contagieuses existe et vit en dehors de l'économie des animaux, soit dans les immondices accumulées des grandes agglomérations humaines, soit dans les alluvions déposées par les fleuves, soit dans les marais boueux et stagnants, etc. Le virus existe là, inaperçu, jusqu'au jour où par l'effet de la saison, du climat, de l'humidité ou de la sécheresse, ou par toute autre circonstance qui nous échappe, il trouve des conditions qui le propagent chez l'homme ou chez les animaux. L'épidémie alors éclate et persiste *jusqu'à ce que les conditions qui l'ont fait naître cessent d'exister.* Mais le microbe, devenu latent pour nous, continue de vivre dans son terrain primitif. *Ainsi ce qui manque à l'épidémie, ce n'est pas le virus, ce sont les conditions qui lui donnent l'activité.* » Nous avons tenu à reproduire textuellement ces paroles. La conclusion du remarquable travail de M. Davaine sera, en effet, admise par tous les épidémiologistes. Ce sont les conditions atmosphériques, météorologiques ou telluriques qui créent l'épidémie. Il nous reste à rechercher si ce ne sont pas les conditions de morbidité individuelle qui créent la maladie.

Nous avons vu que tous les observateurs, et c'est là peut-être le seul point sur lequel MM. Pasteur et Colin se trouvent d'accord, admettent que la terre, le terreau, le fumier, aussi bien que l'air atmosphérique, l'eau de boisson, les substances alimentaires, contiennent des quantités innombrables de germes animés. De ces germes, les uns, comme la bactéridie du charbon, lorsqu'elle est bien isolée, lorsqu'elle a été cultivée dans un milieu spécial, ou bien quand elle provient d'un animal malade, suffisent à propager la maladie. Il y a dans ce cas contagion immédiate et directe. La maladie que l'on provoque est déterminée immédiatement par l'agent virulent que l'on inocule ; on suit dans les organes et les tissus les progrès de l'infection ; il se passe quelque chose d'analogue à ce qui survient quand on insère sous l'épiderme un acarus de la gale. Telle est, du moins, l'hypothèse qui découle des recherches de MM. Pasteur et Davaine. Et M. Colin, qui la combat, n'a pas suffisamment démontré jusqu'à ce jour que, en ce qui concerne la maladie charbonneuse, leurs expériences n'étaient pas convaincantes. Mais lorsqu'il s'agit de la fièvre typhoïde, dont la contagion est aujourd'hui indéniable, du typhus, de la peste, du choléra, etc., la question est plus difficile à résoudre. Ici les inoculations directes échouent dans tous les cas, ou ne déterminent, comme dans les expériences de MM. Coze et Feltz, que des accidents septicémiques. Bien plus, dans les maladies fébriles où l'on observe des parasites spéciaux, comme, par exemple dans la fièvre à rechutes où la présence de spirilles est si remarquable, l'inoculation du sang est impuissante à transmettre la maladie. Les partisans de la doctrine parasitaire se trouvent dès lors réduits à faire des hypothèses. Et voici celle qu'ils admettent le plus souvent. Le développement de ces maladies est, disent-ils, comparable à l'évolution des êtres inférieurs à génération alternante. Le parasite émis par le malade ne peut agir directement sur l'homme sain; il faut qu'au préalable il ait subi, dans un milieu approprié, une transformation analogue à celles du tænia, par exemple. Ainsi, dit Liebermeister, les selles des cholériques renferment des microbes incapables de transmettre la maladie ; pour acquérir cette propriété, il est nécessaire qu'elles aient séjourné dans un milieu fertile, c'est-à-dire dans un sol humide infiltré de matières organiques. Cette hypothèse, hâtons-nous de le reconnaître, s'appuie sur des analogies tirées du règne animal et du règne végétal. On ne peut transmettre au lapin le *tænia serrata* du chien en lui donnant des cysticerques pisiformes. Chez les végétaux, la rouille du blé se communique à l'épine-vinette sous une autre forme, et les champs atteints de cette maladie, si désastreuse parfois, sont ceux-là seuls qui sont entourés de haies d'épine-vinette. L'ergot de seigle ne se communique pas directement d'un épi à un autre. Il faut que le champignon ait germé dans le sol et qu'il y ait acquis l'*état adulte*, pour fournir des germes contagieux. Bien plus, au point de vue symptomatique, les analogies elles-mêmes ne manquent pas. N'a-t-on point confondu avec la fièvre typhoïde des épidémies de trichinose? Et

cependant il nous semble difficile d'admettre que ces analogies puissent suffire à édifier dès aujourd'hui une nouvelle théorie des maladies contagieuses, c'est-à-dire transmissibles de l'homme à l'homme. M. Pasteur, du reste, non plus que M. Davaine, n'ont point affirmé une semblable doctrine. Ce qui les préoccupe, c'est de bien établir les faits qu'ils ont reconnus, c'est de bien prouver que l'inoculation de liquides renfermant des bactéridies charbonneuses détermine une maladie bien déterminée, toujours semblable à elle-même. Pour ce qui concerne la septicémie, nous reconnaîtrons volontiers, avec MM. Pasteur et Davaine, que l'inoculation de certaines espèces de vibrions déterminera toujours des accidents septicémiques; mais, ne croyant pas à une spécificité distincte et différente dans la septicémie traumatique, dans la septicémie puerpérale ou la septicémie des fièvres continues, nous attendrons des observations plus précises avant d'affirmer l'existence d'un vibrion spécial à la septicémie des femmes en couches et différent de celui qui détermine des accidents analogues chez les malades atteints d'ostéomyélite ou de fièvre typhoïde. Toutefois, si nous reconnaissons que les maladies exclusivement virulentes et contagieuses qui se reproduisent toujours sous une forme identique, et dont l'inoculation est presque toujours fertile, peuvent être dues à l'introduction de germes animés, nous devons admettre aussi qu'en ce qui concerne les maladies dites infecto-contagieuses, une conclusion semblable ne saurait être admise *à priori*. Les effets que détermine la contamination par le miasme infectieux ne sont-ils pas très-variés de forme et de gravité? Les conditions intérieures, les prédispositions individuelles, ne jouent-elles pas un rôle prédominant dans l'étiologie de ces maladies? Et les vibrions ou les bactéries que l'on y rencontre ne se trouvent-ils pas analogues, sinon identiques, dans un grand nombre de maladies différentes, aux divers points de vue de leurs symptômes et de leur gravité?

Sans doute il est des analogies que l'on ne saurait contester. « Les conditions intérieures, dit M. Davaine, doivent être admises comme préparation du terrain morbide. Tous les terrains ne laissent pas croître toutes les semences. Mais sur un terrain préparé, rien ne pousse sans la semence, et le seigle donne du seigle; l'orge, de l'orge; de même les germes infectieux se développent dans des terrains convenables, mais ils ne donnent pas indifféremment des maladies diverses; chacun détermine des accidents qui lui sont particuliers : avec les conditions seules de terrain spécial on ne pourrait comprendre la transmission d'une maladie déterminée. La fièvre jaune se transporte au loin. Sa patrie se trouve dans certains climats; il est évident que l'agent recueilli dans ce climat donne la maladie à des hommes qui ne sont nullement préparés à la contracter dans aucun pays. » Cette argumentation pourrait ête opposée à celle de M. Colin, lorsqu'il déclare, sans apporter à l'appui de cette hypothèse aucune preuve décisive, que les vibrioniens observés dans les maladies infectieuses sont comparables aux lichens et aux mucédinées qui pullulent sur l'écorce des espaliers languissants, et qui cependant ne sont pour rien dans l'agonie à laquelle ils assistent. Mais s'il est vrai que pour certaines maladies infectieuses, alors même que l'on n'en peut démontrer le germe spécifique, certaines analogies permettent de soupçonner leur nature parasitaire, il faut reconnaître aussi que cette hypothèse est loin de pouvoir passer pour une démonstration scientifique; il faut surtout reconnaître que bien des objections tirées de l'étude épidémiologique et pathogénique de ces maladies peuvent lui être adressées.

Pour que ces hypothèses puissent être définitivement acceptées, il faudrait que dans plusieurs maladies déterminées on fût arrivé à reproduire, avec leur précision, les expériences relatives à la genèse de la maladie charbonneuse. Il faudrait que la détermination zoologique de la plupart des corpuscules-germes et des vibrioniens que l'on rencontre dans le sang malade fût faite; que l'on ne confondît plus avec les corpuscules brillants, avec les corpuscules sphéroïdes, avec les microzymas, qui semblent retenir avec le plus de ténacité les propriétés virulentes, ces innombrables granulations moléculaires, produits ou déchets de l'organisme humain engendrés par cet organisme lui-même, lorsqu'une incitation venue du dehors ou du dedans vient à modifier la vitalité et l'évolution de ces cellules; ces granulations qui, s'il faut en croire M. Béchamp, pourraient même donner naissance à toutes les variétés de vibrions ou de bactéries, dès l'instant où, par suite d'une altération morbide, elles se trouveraient dans des conditions d'accroissement favorables? Il serait nécessaire de démontrer que les microbes que l'on décrit et que l'on figure sont des organismes vivants; il faudrait les isoler, les cultiver et les inoculer, comme on a isolé, cultivé et inoculé la bactéridie charbonneuse. Or rien de tout cela n'a pu être fait jusqu'à ce jour. La *vieille médecine* a étudié les conditions dans lesquelles, sous l'influence de causes atmosphériques, alimentaires ou récrémentitielles, un milieu pathologique peut être créé. Elle considère les germes extérieurs qui viennent se greffer sur un organisme primitivement malade, comme les agents des complications qui peuvent aggraver ces maladies. Mais elle s'efforce de démontrer que tout n'est pas dit, au point de vue étiologique et pathogénique, lorsque l'on a admis l'existence des germes. Elle cherche à déterminer dans quels cas l'encombremen des maternités crée la septicémie puerpérale, et l'encombrement des casernes la fièvre typhoïde; comment la septicémie chirurgicale frappe certains blessés, alors qu'à côté d'eux des amputés dont les moignons ont été longtemps exposés à l'air ne sont point contaminés. Elle étudie l'évolution des maladies spécifiques et prouve que leurs caractères semblent condamner la théorie parasitaire, et qu'il est bien difficile de comparer une fièvre typhoïde a incubation lente, à marche cyclique, qui crée l'immunité, dont la gravité est si variable suivant les individus, et dont la guérison est si fréquente, avec une maladie parasitaire, telle que le charbon ou la trichinose. A tous ces points de vue elle peut rendre de grands services à la pathologie aussi bien qu'à la thérapeutique. Sans décourager les tentatives de ceux qui cherchent à opposer à toutes les maladies spécifiques un médicament parasiticide, elle sait faire voir que leurs prétentions ne sont point encore justifiées. La doctrine que défendent aujourd'hui les partisans de la pathologie animée ne nie pas la prédisposition individuelle, non plus que les conditions anormales des individus qui subissent l'influence des agents venus du dehors, mais elle affirme que ces agents peuvent à eux seuls donner naissance à une maladie spécifique. Les tentatives qui ont pour objet de rechercher, dans le sang ou les humeurs, ces agents spécifiques, sont certainement méritoires; mais il faut reconnaître aussi que tout ne serait pas terminé le jour où ils auraient été découverts, et que la théorie des germes n'arrivera jamais ni à condamner, ni à supprimer les études d'épidémiologie générale et de prophylaxie hygiénique. Nous n'avons voulu, d'ailleurs, en présentant ces réflexions, que montrer les difficultés du problème et les dangers de généralisations trop hâtives. L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Des lésions du péritoine chez les alcoolisés, par le docteur E. Leudet, directeur de l'École de médecine de Rouen, membre correspondant de l'Académie de médecine. Mémoire lu au congrès de Montpellier, dans la séance du 29 août 1879.

Le péritoine chez les alcoolisés peut être le siège de diverses lésions; les plus communes sont des épanchements séreux ou mélangés de flocons fibrineux plus ou moins abondants; d'autres fois la lésion consiste dans une péritonite offrant tous les degrés, depuis l'inflammation plastique, plus ou moins étendue, simplement adhésive ou caractérisée par des adhérences et des liquides; enfin, dans quelques cas les fausses membranes deviennent le siège de dépôts pigmentaires, d'hémorrhagies, de productions liquides, pyoïdes ou franchement purulentes.

Le plus ordinairement, l'ascite est consécutive à des lésions du foie, plus rarement du rein, quelquefois à des altérations de l'appareil central de la circulation; dans ces derniers cas, l'accumulation de sérosité dans le péritoine coïncide avec des hydropisies dans le tissu cellulaire et dans d'autres organes.

Je n'ai pas l'intention dans ce travail de m'occuper de ces ascites, qui rentrent dans un ordre d'altérations bien étudiées. L'ascite peut survenir chez certains sujets sans symptômes de lésions concomitantes du cœur, du foie ou du rein, ou du moins ces lésions sont tellement peu prononcées, qu'elles ne donnent point lieu à des symptômes cliniques, et que l'on pourrait inscrire ces hydropisies du péritoine dans le cadre tout provisoire des ascites idiopathiques.

J'ai recueilli trois observations de ce genre d'affection, dont deux se sont terminées par une guérison qui ne s'était pas encore démentie au bout de deux ans. Chez le troisième malade, la récidive n'eut lieu qu'au bout de trois années. Deux de ces malades ont pu être observés avec soin pendant un temps prolongé; tous les deux, usant habituellement et avec excès des boissons alcooliques étaient dans une situation de fortune qui leur avait permis de s'alimenter convenablement. Sans pousser l'abus de l'alcool jusqu'à une ivresse habituelle, ils s'étaient soumis à une absorption presque constante de quantités considérables d'alcool. Comme je l'ai démontré dans un travail lu à l'Association française au congrès de Lille, ces deux malades rentraient dans le cadre de l'alcoolisme de la classe aisée, où l'on observe des accidents de phlegmasie chronique, à évolution lente, de préférence aux accidents de dégénérescence et de cachexie, qui sont plus fréquents dans la classe pauvre.

L'histoire d'un de ces malades est consignée dans ma *Clinique médicale* (p. 547), à l'article *Recherches cliniques pour servir à la curabilité de l'ascite*. Le sujet de cette observation était un marchand de vin de la rue de Londres, qui entra en 1853 à l'hôpital de la Charité de Paris, dans le service de Rayer dont j'étais l'interne. Il assurait n'avoir pas bu beaucoup d'alcool, mais de grandes quantités de vin. L'ascite datait de six ou sept mois; tous les organes paraissaient sains, moins la rate, augmentée de volume. L'augmentation de l'ascite força de recourir trois fois à la ponction, dans l'intervalle de vingt-cinq jours. Sous l'influence de la gomme-gutte administrée à haute dose (20^{gr},40 de cette substance ont été absorbés en quarante-quatre jours), l'ascite disparut et la guérison ne se démentit pas pendant deux ans. Depuis lors, je n'ai pas eu de nouvelles de ce malade.

Le second malade appartient à ma clientèle; j'en donnerai ici une courte relation.

M. T..., âgé de cinquante ans, occupé aux affaires de commission, use depuis nombre d'annés des boissons alcooliques, sa consommation journalière consiste en beaucoup de petits verres d'eau-de-vie, de la bière, du bitter, etc. Sans arriver jusqu'à l'ébriété, M. T... a souvent une excitation remarquée par les personnes de son entourage; il n'a jamais eu d'ictère, mais il éprouve fréquemment des régurgitations aqueuses le matin; l'appétit est toujours bon; pas de diarrhée habituelle. Dans l'été de 1877, M. T... a commencé à éprouver des douleurs légères de l'abdomen, en même temps qu'il remarquait une augmentation de volume du ventre; les urines étaient toujours restées rares et sédimenteuses; depuis août jusqu'à octobre 1877, l'augmentation de volume du ventre a été considérable, et s'est compliquée dans les premières semaines d'octobre d'un œdème assez marqué des membres inférieurs. Jamais je n'ai constaté la présence de l'albumine dans l'urine à aucune période de la maladie.

Le 8 octobre 1877, M. T... me présente les signes d'une ascite dont le niveau dépasse l'ombilic; fluctuation manifeste, rien d'anormal au cœur; la limite inférieure du foie ne peut être sentie. Urines peu abondantes, sédimenteuses, rougeâtres, sans albumine (nitrate de potasse, vin scillitique). Je substitue à ce traitement l'usage de l'eau de Vichy, puis la cure lactée. Aucune diurèse. Augmentation graduelle du volume du ventre, dyspnée.

Le 25 octobre, paracentèse abdominale; issue de 12 litres environ de liquide citrin, un peu opalin; pas d'accidents consécutifs. Les urines restent peu abondantes, toujours sédimenteuses; le liquide se reproduit lentement, atteint presque l'ombilic; pas d'accidents ou de symptômes morbides du côté du cœur, du foie ou du rein; intégrité des fonctions digestives (lait pour boisson; administration deux fois la semaine de 60 à 80 centigrammes de gomme-gutte). Ce médicament provoque très-rarement un état nauséeux léger. Jamais de vomissements. Les selles se répètent très-nombreuses et séreuses, l'après-midi de l'ingestion du médicament, mais ne se reproduisent guère le lendemain. A partir du mois de février 1878, la dose de la gomme-gutte n'est plus répétée qu'une fois la semaine. L'ascite, restée stationnaire pendant les mois de janvier et de février, diminue en mars. M. T... cesse l'usage de la gomme-gutte en avril 1878. Il a repris ses occupations, et assure avoir retrouvé l'intégrité de sa santé. Le foie et la rate ne sont pas volumineux, mais le ventre est parfois un peu douloureux spontanément, et à la pression. La guérison ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour.

Chez le troisième malade auquel j'ai fait allusion, et dont l'observation a été publiée dans ma *Clinique médicale* (p. 546), une première paracentèse fut suivie d'une guérison pendant trois ans; le liquide, qui se reproduisit alors, fut ponctionné par moi; il était de nature sanguinolente. Quinze jours après cette opération, une deuxième paracentèse donna issue à un liquide de même nature; le malade succomba des suites d'une hémorrhagie intestinale. Le péritoine contenait des pseudomembranes anciennes en petit nombre, et un liquide sanguinolent. Le foie était légèrement cirrhotique; la rate était doublée de volume, un thrombus blanchâtre adhérent remplissait le tronc de la veine porte à son entrée dans le foie.

Ces trois faits présentent un point commun, l'arrêt de l'hydropisie péritonéale pendant un temps prolongé. Je ne dirai pas la guérison absolue, puisque chez un de mes malades la récidive eut lieu au bout de trois ans. Les faits de ce genre sont assez rares pour qu'on les signale. Dans ma *Clinique médicale* (p. 517), j'ai publié un fait curieux d'ascite consécutive à un rétrécissement uréthral, et pyélo-néphrite. Cette ascite guérit spontanément; la guérison eut lieu par adhérences du péritoine, comme j'ai pu le constater à l'ouverture du cadavre, le malade étant mort au bout d'un an, des suites d'une pneumonie.

L'ascite, curable chez les alcoolisés, ou du moins susceptible de s'arrêter pendant un temps prolongé, est-elle idio-

pathique? Je ne crois pas. Les symptômes indiquent une altération de l'estomac, et je prouverai plus loin que cette lésion du tube digestif est susceptible de provoquer une inflammation lente de la séreuse abdominale. L'observation d'ascite consécutive à une pyélo-néphrite double, ainsi que d'autres citées dans les auteurs, démontrent que l'irritation lente du péritoine peut déterminer une hypersécrétion de la séreuse du péritoine.

L'inflammation interstitielle du foie ne pourrait-elle pas provoquer momentanément une ascite? Je le croirais assez en m'appuyant sur le troisième fait que j'ai cité. On connaît encore assez incomplètement la marche de la cirrhose du foie. Un fait que j'ai observé, il y a deux ans, m'autoriserait presque à croire que cette maladie peut durer fort longtemps, et rester même stationnaire. Un alcoolisé, entré en 1859 dans ma division d'hôpital, pour un ictère consécutif à l'abus des boissons alcooliques, présentant uniquement un dérangement des fonctions digestives, vint mourir en 1877, dans mon service, de tubercules pulmonaires. Je trouvai à l'examen du cadavre, outre les tubercules, une inflammation interstitielle du foie, parfaitement caractérisée; elle n'avait donné lieu depuis dix-sept ans à aucun symptôme clinique. Ce fait semblerait prouver que la cirrhose du foie, chez les alcoolisés, est susceptible d'être latente pendant de longues années, et peut-être de s'arrêter. J'ai déjà discuté, dans ma *Clinique médicale*, cette marche très-lente de la cirrhose alcoolique (p. 61).

J'ajouterai, avant de terminer cet article, que Lancereaux (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. *Alcoolisme*) admet la possibilité de la diminution des ascites chez les alcoolisés; il écrit en effet : « L'épanchement séreux dans quelques cas a pu diminuer de quantité, résorbé qu'il était sans doute par les vaisseaux contenus dans l'épaisseur du néoplasme membraneux. »

La péritonite chronique a été signalée depuis longtemps par Lancereaux (*Des hémorrhagies méningées*, *Arch. gén. de méd.*, série VI, vol. I, p. 61, 1863). Il en a donné une description plus détaillée dans son article *Alcoolisme* (p. 636). Il signale lui-même un exemple de cette lésion, publié par R. Bright, et d'autres qui lui ont été communiqués par le docteur Thomeuf. Dernièrement, Maurice Letulle présentait à la Société clinique de Paris (*France médicale*, 17 mai 1879) une observation très-intéressante d'alcoolisme chronique, gastrite scléreuse, péritonite chronique recueillie dans le service de Peter. Il est probable que les archives de la science contiennent d'autres faits de ce genre; je n'ai cependant trouvé que fort peu de renseignements à cet égard, dans les ouvrages français ou étrangers de ma bibliothèque.

Le liquide contenu dans le péritoine peut offrir de grandes variétés dans sa quantité et sa qualité. Quelquefois il fait presque défaut, je n'en ai rencontré qu'un exemple; ou bien il consiste simplement dans une secrétion gélatiniforme, molle, étalée sur diverses parties du péritoine. Chez un autre malade (*Clinique médicale*, p. 541), l'épanchement dépasse 7 litres de sérosité, un peu jaunâtre et louche; dans d'autres faits, cette quantité du liquide était encore plus considérable. Chez deux malades, le liquide peu abondant, variant de deux à trois verres, était un peu noirâtre chez l'un, plus foncé chez l'autre, et présentait les résidus de la matière colorante du sang. Dans aucun cas je n'ai trouvé de liquide franchement purulent, mais il était toujours plus ou moins opalin, quelquefois trouble, et mêlé parfois de quelques fausses membranes.

Les deux feuillets du péritoine étaient altérés chez tous les malades, et offraient les caractères différents des péritonites chroniques. « Quatre fois, dit Lancereaux (*loc. cit.*, p. 637), les néoplasmes tapissaient toute la surface péritonéale et faisaient adhérer entre eux les différents viscères renfermés dans l'adomen; dans les autres cas, quelques parties de la membrane séreuse avaient pu échapper à l'altération. » L'épaississement du péritoine pariétal et viscéral était plus ou moins marqué dans certaines régions; ainsi j'ai vu, dans un cas, une partie du mésentère considérablement épaissie, retractée; chez un autre les épaississements étaient sous forme de plaques scléreuses, sur le feuillet pariétal surtout; un autre malade présentait un épaississement des franges épiploïques analogue aux lésions de ces appendices décrites par Maurice Letulle dans son observation. J'ai rencontré une autre forme plus rare, c'était un épaississement qui enserrait le tronc de la veine porte et ses deux principales divisions à leur entrée dans le foie; les parois de ces veines étaient considérablement épaissies, sans que cette altération se continuât à l'intérieur de la glande hépatique.

La phlegmasie chronique paraissait, chez deux malades, s'être faite en deux temps, au milieu d'adhérences celluleuses anciennes; on rencontrait deux collections de liquide séro-fibrineux situées l'une et l'autre le long du côlon transverse et de l'estomac. Chez un homme de vingt-quatre ans, qui pendant trois mois absorba presque chaque jour un litre d'eau-de-vie, il était survenu une gastro-entérite de forme dysentérique; il succomba après avoir présenté des signes d'une péritonite chronique, et dans la dernière semaine de sa vie, je vis apparaître des accidents d'inflammation péritonéale aiguë. L'autopsie montra l'existence d'adhérences nombreuses dans divers points du péritoine, entre les circonvolutions intestinales; un liquide d'un blanc jaunâtre, clair, était disséminé entre ses adhérences, et dans deux points rapprochés, situés entre l'ombilic et le pubis, le péritoine et l'aponévrose postérieure des muscles droits étaient détruits et laissaient voir les fibres musculaires ramollies. Il n'existait aucune trace de perforation intestinale ou de tubercule du péritoine. Au sommet du poumon gauche existait une petite caverne de la grandeur d'une noisette, avec deux tubercules très-petits, jaunâtres, caséeux. J'ai placé à part ce dernier fait, à cause de l'existence des tubercules du poumon, car la diathèse tuberculeuse, après sa première manifestation dans un organe comme le poumon, peut y subir un temps d'arrêt et provoquer dans le péritoine une inflammation chronique, sans tubercules. Il resterait à décider si, même chez les individus en puissance de diathèse tuberculeuse, les abus alcooliques ne peuvent pas déterminer une inflammation chronique du péritoine.

L'estomac offrait des lésions graves dans 5 cas sur 7 de péritonites chroniques chez les alcoolisés, sur un total de 107 autopsies d'individus morts des suites d'abus des boissons alcooliques. Chez 3 malades, l'estomac était petit, épaissi dans toutes ses tuniques, sans aucun rétrécissement des orifices. Des plaques scléreuses blanchâtres se distinguaient au-dessous du revêtement péritonéal; la tunique musculeuse avait dans un cas une épaisseur de 12 millimètres. La membrane muqueuse, soulevée en gros plis chez deux malades, présentait chez l'un d'eux huit points d'hypertrophie partielle mamillaire. Chez un autre, plusieurs petites tumeurs rondes, englobées dans la tunique musculeuse hypertrophiée, étaient formées de fibres musculaires lisses. Je n'ai pu faire chez mes malades l'examen histologique des glandes de l'estomac; je rappellerai que cette étude a été faite par divers observateurs, par Virchow entre autres, qui l'a décrite sous le nom de gastradénie alcoolique; enfin Maurice Letulle a indiqué dans son observation la dilatation et la déformation des glandes remplies par des cellules particulières, la destruction sur un grand nombre de points des canaux excréteurs, enfin l'existence dans leur intervalle d'un grand nombre de travées fibreuses.

Chez 3 malades, le processus inflammatoire de l'estomac avait laissé des traces plus profondes. Un ulcère chez deux malades, deux chez le troisième, révélaient la préexistence d'une inflammation considérable. Les ulcères chez tous ces malades étaient anciens. Chez un malade, ils avaient de 12 à 15 millimètres, et avaient leur fond constitué par du tissu

cellulo-fibreux. Un seul ulcère était rayonné; enfin l'un d'eux avait détruit toutes les tuniques de l'estomac et était bouché par la membrane fibreuse du foie épaissie.

Je n'ai trouvé qu'une fois l'estomac dilaté; dans ce cas la dilatation trouvait sa raison d'être dans la cicatrice d'un ulcère contigu au pylore, qui avait amené l'hypertrophie des tuniques de cette valvule, et par suite son rétrécissement.

Je n'ai trouvé que chez deux malades les signes de l'inflammation chronique de l'intestin.

Les lésions viscérales que je viens de décrire ont été indiquées par Lancereaux comme accompagnant la péritonite chronique des alcoolisés (*loc. cit.*, p. 636). Brinton (*Maladies de l'estomac*, traduction française), à propos de l'inflammation cirrhotique de l'estomac, comme de l'ulcère simple, insiste sur l'étendue et l'importance des adhérences du péritoine qui accompagnent ces lésions.

On connaît surtout depuis les travaux de Lancereaux la fréquence des inflammations des séreuses en général chez les buveurs d'alcool. Je signalerai, outre des cas nombreux d'adhérences de l'une ou des deux plèvres, l'existence d'une double pleurésie, dans une des observations qui font la base de ce travail, sans qu'il y eût d'anasarque simultané.

Le foie n'offrait que dans 3 cas les caractères de l'inflammation interstitielle. Chez l'un des malades, dont il a été question plus haut, la cirrhose hépatique existait en même temps qu'une péritonite ayant provoqué un épanchement dans la séreuse à trois ans d'intervalle.

Deux malades m'ont offert des tubercules limités aux sommets des poumons, avec petites cavernes et quelques tubercules caséeux périphériques. Nouvelle preuve d'une proposition que j'ai voulu démontrer ailleurs (*Clinique médicale*) que l'alcoolisme est loin d'être toujours une cause d'accélération de la phthisie pulmonaire.

Un seul de mes malades, atteint de cirrhose gastrique, a présenté à la fin de sa vie une hydropisie généralisée du tissu cellulaire dépendant d'une néphrite chronique parenchymateuse, dont les lésions furent constatées à l'autopsie.

Séméiologie des épanchements intrapéritonéaux et de l'inflammation chronique chez les alcoolisés. — L'ascite survient en général chez des individus dont l'état de santé n'est pas très-altéré; je fais abstraction, bien entendu, des ascites qui accompagnent les lésions du cœur, des vaisseaux, du foie et du rein. Cependant, il faut remarquer qu'il n'est pas absolument impossible que certaines cirrhoses commençantes puissent provoquer une hydropisie intrapéritonéale même chez les individus dont la santé se rétablit pour un temps plus ou moins long. L'observation d'un malade présentant un épanchement abdominal à trois ans d'intervalle, chez lequel l'autopsie fit reconnaître en même temps que la péritonite une cirrhose du foie, dépose en faveur de cette opinion. J'ai dit ailleurs que les altérations de l'estomac chez les alcoolisés étaient souvent révélées pendant la vie par peu de symptômes. La gastrite chronique n'est pas toujours en rapport d'intensité avec les symptômes accusés pendant la vie; plusieurs de mes malades n'avaient éprouvé pendant de longues années que quelques pituites, sans trouble général de la santé. Brinton écrit que dans la majorité des cas de cirrhose de l'estomac, maladie fréquente chez les buveurs et les ivrognes, « la lésion ne s'annonce par aucun symptôme pendant la vie, et on ne la découvre qu'après la mort, déterminée par une autre maladie ». L'ulcère gastrique, même à sa période d'état, est quelquefois presque indolent; j'en ai cité des exemples (*ulcères de l'estomac à la suite des abus alcooliques*, congrès médico-chirurgical de Rouen, 1863). D'autre part, l'ulcère ne trouble pas assez la santé pour empêcher les individus de continuer à boire; malgré la persistance des excès, l'ulcère peut se cicatriser. On sait que la cirrhose du foie est susceptible de rester longtemps latente; ainsi donc, les lésions viscérales chez les ivrognes atteints d'ascite ne laissent guère pronostiquer l'apparition de l'ascite.

L'épanchement séreux ne survient le plus souvent que lentement, et n'atteint tout son développement qu'au bout de plusieurs mois. Les deux malades suivis avec soin pendant longtemps, et surtout celui qui a été observé dans la clientèle civile, accusaient une douleur locale légère, spontanée, augmentant par la pression. La douleur n'était pas continue; elle disparaissait par moments, n'empêchant pas le malade de vaquer à ses occupations.

La péritonite chronique, dit Lancereaux (*loc. cit.*, p. 637) présente les symptômes suivants : « douleur généralement sourde, disséminée sur différents points de l'abdomen, accusée par la percussion, tout au moins dans la première période du mal, augmentation des veines sous-cutanées, sensation de flux, déplacement incomplet de liquide épanché; absence de déplacement des anses intestinales à la palpation; parfois diarrhée concomitante, dyspepsie et souvent cachexie : tels sont en somme les principaux symptômes observés dans nos différents cas. » Je n'ai rien à ajouter à cette description, qui rappelle les traits principaux de toutes les péritonites chroniques.

La durée de la période initiale est variable, très-difficile à déterminer; elle a été de près d'un an chez un malade dont l'observation est insérée dans ma *Clinique médicale* (p. 542).

A cette période chronique succèdent parfois des accidents aigus; ils peuvent survenir spontanément ou coïncider avec du délire, une recrudescence d'entérite, de la fièvre, et même un état légèrement subictérique. L'observation de M. Letulle a prouvé que l'étude de la température locale pouvait révéler l'état phlegmasique du péritoine. Je regrette de ne point m'être livré au même genre de recherches; la plupart de mes observations ont été recueillies avant la publication des intéressantes recherches de Peter sur les températures locales. Je dois indiquer que l'un de mes malades présentait une anesthésie presque complète de la peau de l'abdomen dans l'étendue de l'épanchement. Ce malade ne présentait pas de diminution de la sensibilité dans le reste du corps.

Les hémorrhagies secondaires, intrapéritonéales, n'ont donné lieu qu'à peu de symptômes locaux; l'état général était cachectique.

Conclusion. — 1° Les individus qui abusent des boissons alcooliques peuvent être atteints d'ascite survenant sans symptômes graves, sans altération antérieure notable de la santé.

2° Ces ascites sont susceptibles d'arrêts prolongés, peut-être même d'une guérison définitive.

3° La péritonite chronique des alcoolisés peut survenir lentement, sans symptômes graves.

4° Elle semble résulter souvent de l'irradiation lente de lésions du tube digestif, comme la cirrhose gastrique avec ou sans ulcère, l'entérite.

5° La péritonite chronique peut provoquer des recrudescences phlegmasiques du péritoine, des épanchements liquides généraux ou partiels, des hémorrhagies intrapéritonéales.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Lavements alimentaires de peptones.

Nous avons reçu de notre ami et confrère le docteur Georges Daremberg, à propos de notre article sur les lavements alimentaires, une longue et intéressante lettre, dont nous donnons la partie qui concerne les lavements de peptones. Nous avions laissé volontairement cette question de côté, n'ayant pas d'expériences à présenter pour ou contre l'action des différents peptones introduits dans le rectum; les deux faits

que nous envoie M. Daremberg sont des plus démonstratifs, et sont d'autant plus importants qu'il indique le mode de préparation des peptones. Après avoir examiné les divers lavements alimentaires, et être arrivé aux mêmes conclusions que celles de notre article, M. Daremberg aborde la question des lavements de peptones. J. M.

« Là est le point important. J'en ai usé, et fortement usé, et je crois qu'en préparant des peptones d'une façon très-soignée on peut arriver à quelque résultat. J'ai observé deux cas qui le démontrent.

» En 1877, j'ai eu à Menton un homme de cinquante-trois ans atteint de rétrécissement organique de l'œsophage, qui avait alors, comme cela arrive souvent, un commencement de tuberculisation pulmonaire. A son arrivée, le rétrécissement était encore franchissable par les aliments liquides. Mais un mois après rien ne passait, mais rien absolument. La cachexie s'aggravait de jour en jour et la terminaison fatale était proche. Pouls lent, respiration très-ralentie, refroidissement général; urée dosée par l'hypobromite de soude, 4 grammes par vingt-quatre heures. Je me décide au traitement suivant : chaque matin, au réveil, petit lavement d'eau avec 2 gouttes de laudanum, suivi un quart d'heure après d'un lavement d'eau vineuse, pour stimuler l'organisme; à dix heures, lavement composé d'une décoction de viande, d'œuf et de pain, traitée d'abord par la pepsine et ensuite par la pancréatine. A trois heures et à sept heures du soir, mêmes lavements, toujours précédés d'un petit lavement d'eau avec 2 gouttes de laudanum. Cet homme a vécu environ quatorze mois, engraissant légèrement, marchant, écrivant, et fournissant de 15 à 20 grammes d'urée par jour. Il s'est éteint doucement, sans aucun phénomène d'irritation du côté du rectum. Il convient d'ajouter que les décoctions étaient absolument neutres. Cette méthode avait l'inconvénient de nécessiter une préparation chimique au moment de chaque lavement, car les décoctions se putréfiaient avec la plus grande facilité; en outre, elle nécessitait l'injection d'une grande quantité de liquide dans l'intestin.

» L'année suivante, en arrivant à Menton, je suis appelé à donner des soins à un malheureux tuberculeux atteint de phthisie laryngée des plus intenses, avec énorme œdème de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. En dehors des symptômes laryngiens, il éprouve une dysphagie terrible et a des crises de douleurs atroces quand il doit avaler le moindre aliment liquide. Quant aux aliments solides, depuis deux mois il n'en a pas introduit une parcelle. Le malade dépérissait à vue d'œil, car non-seulement il respirait à peine, mais encore il ne prenait guère que 250 grammes de lait en vingt-quatre heures, tant l'ingestion des aliments était douloureuse. Il ne pouvait quitter son lit; quand il en sortait, il avait des syncopes; refroidissement des extrémités, subdélirium pendant le sommeil. Il fallait absolument agir : j'employai d'abord les injections de morphine, puis j'eus recours aux lavements alimentaires. Seulement, je modifiai ma première manière d'après les instructions que j'avais demandées à l'agrégé de chimie, M. Henninger, auteur d'une remarquable thèse sur les peptones. Je voulais, avant tout, préparer de grandes quantités de peptones, pouvant suffire à l'alimentation d'une semaine, et se conserver pendant tout ce temps. M. Henninger me conseilla le mode de préparation suivant : prendre 400 grammes de viande hachée de veau ou de bœuf, sans graisse ; mettre dans 2 litres d'eau additionnés de 12^{cc} d'acide chlorhydrique pur du commerce, et de 2 grammes de pepsine de Hottot au summum d'activité : faire digérer à 45 degrés pendant vingt-quatre heures, filtrer, neutraliser par une solution de carbonate de sodium, concentrer à 100 degrés, de manière à réduire le liquide à 1 litre, filtrer de nouveau et conserver en bouteille bien bouchée. La même opération s'effectue pour peptoniser six blancs d'œufs. Dans cette méthode de préparation, on ne se sert pas de la pancréatine, parce que les peptones formés par elle se putréfient très-rapidement. Je préparai de la sorte, et à la fois, 7 litres de peptones de viande et 7 litres de peptones d'albumine, qui jamais ne se sont gâtés. Mon malade a pris régulièrement : chaque jour un lavement de viande, un lavement d'albumine et un lavement d'eau vineuse (toujours précédés du lavement d'eau avec 2 gouttes de laudanum). Il renaissait véritablement à la vie, marchait, sortait au soleil, dormait paisiblement quatre ou cinq heures, n'avait ni délire ni algidité, rendait par les urines environ 17 grammes d'urée par jour au lieu de 9, et tout cela sans prendre un atome de substance par l'œsophage. Il supportait ses accès de suffocation avec plus de courage et moins de fatigue. Après deux mois et demi de ce traitement, j'espérais le prolonger encore longtemps, quand, au milieu d'un terrible accès de suffocation, il voulut avaler de l'ammoniaque. A peine eut-il porté le flacon à ses lèvres qu'il tomba foudroyé. Ce cas, malgré sa terminaison fatale prématurée, est assez remarquable au point de vue de l'action des lavements de peptones, *convenablement préparés*. Car il y a peptones et peptones. Il est très-facile d'avoir des peptones solubles, mais il est très-difficile d'en avoir d'assimilables et de dyalisables. Or, les miens l'étaient, l'augmentation de l'urée en fait foi; elle augmentait, avec augmentation du poids du corps.

» J'ai donné plusieurs autres fois des lavements de peptones chez de simples tuberculeux dyspeptiques; mais ces cas ont peu de valeur, parce qu'en même temps je donnais quelques aliments par l'estomac et que j'interrompais le traitement après quelques jours. Cependant, le succès du traitement que j'indique vient à l'appui des deux cas précédents.

» Les deux points importants sont ceux-ci : neutraliser absolument la solution de peptones et préparer l'intestin par de petits lavements laudanisés. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

ALTÉRATIONS DE L'ÉPIDERME DANS LES AFFECTIONS DE LA PEAU OU DES MUQUEUSES QUI TENDENT A LA FORMATION DE VÉSICULES, DE PUSTULES OU DE PRODUCTIONS PSEUDO-MEMBRANEUSES. Note de M. *H. Leloir*.

Le processus se passe dans le corps de Malpighi et dans la couche des cellules granuleuses. La lésion débute par la formation d'un espace clair entre le noyau et le protoplasme, entourant complètement le noyau; cet espace clair va toujours en augmentant; il n'est pas réfringent, ne se colore ni par le carmin ni par l'hématoxyline. Le noyau de la cellule, loin de disparaître, demeure souvent intact au centre de cette cavité, même dans un degré avancé de la lésion; parfois il se trouve ratatiné en un coin de l'espace clair, ou se fragmente, ou tend à se multiplier. Lorsque la lésion cutanée doit aboutir à la formation d'une vésicule ou d'une pustule, cette cavité circumnucléaire s'accroît encore, et nous arrivons ainsi à un deuxième degré de la lésion. A cette période, en même temps que l'espace clair circumnucléaire augmente, le protoplasme ambiant diminue d'étendue; il perd son aspect granuleux, se racornit en quelque sorte. Dès ce moment, les différentes cellules épithéliales, adhérentes les unes aux autres, présentent l'aspect d'un treillis, d'un réseau. L'altération se trouve alors caractérisée : par l'augmentation considérable de la cavité centrale circumnucléaire; par la grande diminution en étendue du protoplasme, qui n'est plus représenté que par une bande mince, d'apparence fibrillaire, véritable membrane d'aspect fibrineux; par la disparition des dentelures des cellules qui rappellent d'une façon frappante des cellules végétales et adhèrent intimememt les unes aux autres. Ainsi se trouve formé dans le corps de Malpighi un réticulum à mailles plus ou moins larges, lesquelles contiennent des noyaux en nombre plus ou moins grand. Enfin, dans un dernier degré de la lésion, les mailles du réseau se rompent et les aréoles s'ouvrent les unes dans les autres. Alors se trouvent constituées de petites cavités anfractueuses qui se rem-

plissent de globules de pus, véritables petits nids purulents, petits abcès intra-épidermiques, situés parfois dans les couches superficielles de l'épiderme. Ces petites cavités s'ouvrent ensuite à leur tour les unes dans les autres; alors la pustule ou la vésicule est constituée. Ce dernier degré d'altération a son maximum à la partie moyenne du corps de Malpighi et existe principalement au centre de la pustule. Ce fait explique l'ombilication de la pustule variolique. Nous voyons donc que les diverses opinions émises jusqu'ici sur le mode de formation de ce réticulum sont toutes inexactes. Il n'est produit, en effet, ni par un réseau fibrineux qui aurait dissocié les cellules épithéliales, ni par le tassement des cellules du corps de Malpighi, ni par l'altération vésiculeuse du noyau (confondue souvent avec l'altération que nous avons exposée). Il diffère aussi de l'altération épithéliale décrite par Wagner sous le nom d'*altération diphthéritique*.

La vie médicale des nations, par M. *Guilherme Ennes*. — M. Larrey présente cet ouvrage, qui est comme un tableau de la partie médicale de l'Exposition universelle.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. Martineau, qui se porte comme candidat pour la section d'accouchements. — 2° Une lettre de M. Camille Miot, accompagnant un pli cacheté dont le dépôt est accepté. — 3° Une étude sur la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans, nés et décédés à Cette dans les quinze dernières années, ainsi qu'un mémoire intitulé : *Considérations médicales sur les bains pris dans la Méditerranée*, par le docteur Louis Amat, aide-major de 1re classe. — 4° Une série de brochures de M. le docteur Cornich, chirurgien-major de l'armée anglaise à Madras (Indes Orientales), sur la récente famine observée dans la province de Madras.

M. *Personne* présente, au nom de M. le docteur Galippe, une *Note sur l'introduction du chromate de plomb dans les pâtisseries*.

M. *Depaul* présente un ouvrage intitulé : *Guide de l'élève et du praticien pour les travaux pratiques de micrographie*, par MM. les docteurs Beauregard et Galippe.

M. *Maurice Perrin* présente, au nom de M. le docteur Ernest Martin, un volume intitulé : *Histoire des monstres depuis l'antiquité jusqu'à nos jours*.

M. *Henri Gueneau de Mussy* présente, au nom de M. le docteur Riant, un livre intitulé : *Hygiène scolaire*.

Étiologie du charbon. — M. *Pasteur* communique quelques observations relatives à la dernière lecture de M. Colin. Il déclare que, sur le point du litige, à savoir : la présence ou l'absence des germes dans la terre qui a été souillée de débris charbonneux, il a déjà répondu de manière à satisfaire les esprits les plus incrédules.

Il trace l'historique de toute cette discussion; il dit comment il en est venu à prendre le ton d'un savant passionné pour la vérité, sans pitié ni merci pour les faux-fuyants et les échappatoires de son contradicteur. Il accuse, en effet, M. Colin d'avoir, dans plus d'une circonstance, usé de faux-fuyants : d'abord, à l'occasion de la poule que M. Pasteur, en la refroidissant, avait rendue apte à contracter le charbon; puis, à propos du défi porté par M. Pasteur à M. Colin, de prouver l'existence de son prétendu virus charbonneux devant une commission de l'Académie; etc.

M. Pasteur s'est attaché ensuite à établir que, malgré l'assertion contraire de M. Colin, ses propres procédés de démonstration sont aussi simples que démonstratifs. A ce propos, il passe en revue les expériences dont il s'est servi pour réfuter les argumentations de MM. Frémy, Pouchet, Cl. Bernard, Berthelot et Bastian. Il accuse M. Colin d'avoir mal raconté ce qui s'était passé entre M. Bastian et lui, M. Pasteur; enfin il l'accuse, en terminant, d'avoir voulu dépouiller à tort M. Davaine de ses découvertes de la bactéridie charbonneuse, au profit de quelques auteurs allemands, et de la découverte de l'influence exercée par la putréfaction sur la virulence charbonneuse, au profit de MM. Delafond et Renault, d'Alfort.

Nécrologie. — M. *le Président* annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle a faite dans la personne de M. Chevallier, membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale, décédé à l'âge de quatre-vingt-sept ans.

Sur l'invitation de M. le Président, M. *Proust* donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Chevallier.

Réparation du sang a la suite des maladies aiguës. — M. *Hayem* communique un travail dont voici les conclusions :

En résumé, l'évolution du sang, entravée pendant le cours des maladies aiguës, reprend son essor au moment de la défervescence.

La reconstitution du sang en hématies se fait par l'intermédiaire d'une production nouvelle d'hématoblastes.

A l'égard de la marche de ce phénomène, il y a lieu de distinguer les maladies aiguës de courte durée et à défervescence rapide, des maladies à évolution lente et à défervescence traînante.

Dans les premières, la poussée d'hématoblastes accompagne ou suit de près la défervescence. Alors apparaît tout à coup dans le sang un grand nombre de ces éléments. Mais comme ces hématoblastes se transforment rapidement en globules rouges, leur accumulation dans le sang, après avoir atteint rapidement son apogée, ne dure qu'un temps relativement court.

Dans les maladies du second groupe, la production des hématoblastes est plus tardive; elle suit d'un ou plusieurs jours la défervescence. Puis le nombre des éléments nouveaux, sans cesse formés, dépassant pendant longtemps la somme de ceux qui se transforment en hématies, l'accumulation des hématoblastes paraît se faire par poussées successives, et elle n'atteint son apogée qu'au bout d'une à trois semaines.

Dans tous les cas, cette réparation du sang est analogue à celle qui succède aux hémorrhagies, et particulièrement aux pertes du sang ayant eu une longue durée.

A la suite de cette production d'éléments nouveaux sous la forme d'hématoblastes, puis d'hématies, le sang des convalescents contient, pendant un temps variable, des globules rouges incomplètement développés qui font baisser au-dessous de la normale la moyenne du contenu des globules rouges en matière colorante.

Expériences physiologiques sur un décapité. — M. le docteur *E. Decaisne* communique une note sur quelques expériences pratiquées récemment à Beauvais, sur le décapité Prunier, avec le concours de MM. les docteurs Evrard et Gaston Decaisne.

Par une première série d'expériences les auteurs ont établi, avec autant de certitude que possible, que cinq minutes après l'exécution le supplicié ne sentait plus et ne vivait plus.

De chaque côté de la scissure interhémisphérique, sur la face convexe du cerveau, vers sa partie latérale moyenne, on constate l'existence d'une plaque blanchâtre de 3 à 4 centimètres d'étendue, en longueur comme en largeur, parfaitement adhérente à la substance cérébrale et plus accentuée à gauche. De ce dernier côté, outre la plaque signalée plus haut, existait une teinte opaline, occupant un quart environ de la surface totale de l'hémisphère. Les circonvolutions ne présentaient rien d'anormal.

Des coupes horizontales et verticales pratiquées sur les deux hémisphères montrent un tissu manifestement décoloré; c'est à peine si, à la troisième coupe horizontale, on trouve un léger piqueté très-disséminé. Quelques gouttelettes de sang s'échappent alors par les orifices des vaisseaux divisés. Dans son ensemble, l'organe, à part les lésions périphériques précédemment constatées, est d'ailleurs absolument normal. Point de liquide dans la grande cavité arachnoïdienne, point de granulations tuberculeuses. A peine une cuillerée à café de sérosité claire dans les ventricules latéraux. Le cervelet, d'un volume ordinaire, ne présente rien à signaler; il en est de même des nerfs crâniens, des couches optiques et des corps striés.

M. Decaisne attribue les lésions dont il vient d'être ques-

tion à l'alcoolisme, car le supplicié n'a présenté pendant sa vie aucun symptôme d'affection mentale.

Tous les muscles réagissent à l'électricité. C'est ainsi qu'*après l'ablation du cerveau* on provoque toutes les contractions des muscles de la face, le grincement et le claquement des dents, les mouvements des yeux, l'élévation et l'abaissement des paupières. De même par l'électrisation des muscles intercostaux et du diaphragme, on provoque artificiellement les mouvements respiratoires. Même résultat lorsqu'on applique l'un des pôles de la pile entre les muscles scalènes, l'autre sur le diaphragme. Des contractions énergiques sont également obtenues dans les muscles des membres. Nous avons pu ainsi faire élever les bras, fléchir les avant-bras; les poignets, et les doigts sont venus serrer fortement la main de l'un de nous. Cette réaction musculaire persistait une heure et demie après la décapitation, c'est-à-dire au moment où les restes du supplicié ont été remis aux fossoyeurs.

Telles sont, en résumé, les expériences pratiquées par les auteurs, qui ont eu pour but de démontrer que la mort est immédiate après la décapitation par le couperet de la guillotine.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1879.—PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Transfert en plaques dans un cas d'hémianesthésie par lésion cérébrale : M. Laboulbène. — Pemphigus congénital non syphilitique : M. Hervieux. — Triple anévrysme de l'aorte avec compression de l'œsophage : M. Dujardin-Beaumetz. — Recherches sur l'anurie et sur l'urémie : M. Debove.

M. *Laboulbène* communique, à propos du mémoire de M. Debove, une observation d'hémianesthésie d'origine organique dans laquelle il y a eu transfert *en plaques*. Il s'agit d'un homme de soixante-sept ans, entré dans le service de M. Laboulbène le 24 octobre avec une hémianesthésie générale et spéciale du côté gauche. Relativement à la nature de la lésion cérébrale deux hypothèses sont possibles : les artères sont flexueuses, très-athéromateuses, et l'on peut songer à un ramollissement par ischémie cérébrale; mais, d'un autre côté, le malade tousse; on entend à l'auscultation des craquements au sommet gauche, et l'on pourrait bien avoir affaire à une lésion tuberculeuse de l'encéphale; M. Laboulbène, sans se prononcer positivement, serait disposé à admettre ce dernier diagnostic.

Application d'un aimant, le 17 novembre, en présence de M. Debove; au bout de huit minutes, tremblement dans tout le côté gauche; au bout d'une demi-heure, la sensibilité a reparu d'abord au membre supérieur dans toute l'étendue de ce membre, puis au membre inférieur, mais seulement dans un point limité au voisinage du genou; en même temps il survient une céphalalgie intense. Le dynamomètre donne, après la séance d'aimantation, 18 à droite et 7 à gauche; par conséquent l'hémiparésie qui avait été constatée en même temps que l'hémianesthésie n'a pas disparu.

Le lendemain, 18 novembre, même état; le 19, on constate le transfert du côté droit, non pas général, mais par plaques.

Conclusions de M. Laboulbène : 1° il y a eu transfert chez un malade atteint d'hémianesthésie d'origine organique; 2° le transfert a eu lieu par plaques; ce fait de transfert par plaques est le premier qui ait été signalé.

M. *Debove* discute l'observation de M. Laboulbène en insistant particulièrement sur les points suivants : 1° la parasysie motrice a persisté. Ce fait résulte de ce que l'hémianesthésie ne peut être considérée comme guérie, puisqu'elle n'a cédé que partiellement et n'infirme nullement les conclusions de M. Debove sur le rapport intime de l'hémiparésie avec l'hémianesthésie ; 2° cependant l'aimant a agi ; le rétablissement partiel de la sensibilité et la céphalalgie ne laissent subsister aucun doute à cet égard ; 3° quant au transfert en plaques, il ne constitue pas par lui même un fait nouveau, car il a été observé dans l'hystérie. Ce que prouve l'observation de M. Laboulbène, c'est que ce transfert est possible aussi dans l'hémianesthésie de cause organique.

M. *Dumontpallier* fait remarquer quelle différence il y a entre le transfert incomplet du malade de M. Laboulbène et le grand transfert de l'hystérie. Il faut, dit-il, dans une question comme celle qui nous occupe, non se retrancher derrière des exceptions, mais se baser sur l'ensemble des faits; en procédant ainsi, l'on peut dire : que dans l'hémianesthésie hystérique, il y a transfert; que dans l'hémianesthésie par lésion cérébrale, il n'y a pas transfert. Si, dans cette dernière, on a observé le transfert, c'est seulement dans quelques cas isolés, et encore dans l'un d'eux le transfert était incomplet.

— M. *Hervieux* revient, avec de nouveaux détails, sur une communication par lui faite il y a quelque temps, relative à une observation de pemphygus congénital développé chez deux jumelles; il signale particulièrement les points suivants à l'attention de la Société :

1° *Siège de l'éruption.* — L'éruption dont la nature a été constatée par M. Quinquaud, en même temps que par M. Hervieux, occupe la région antérieure et moyenne du tronc ; elle fait défaut aux pieds et aux mains.

2° *Mode d'évolution.* — Chez l'une des jumelles l'éruption a disparu au bout de quelques jours ; chez l'autre, elle a persisté, se renouvelant par poussées successives de nouvelles bulles à mesure que les anciennes disparaissaient.

3° *Influence de la marche de l'éruption sur la santé générale.* — Chez l'enfant dont l'éruption a disparu, la santé a subi une altération profonde; diarrhée, amaigrissement représenté par une perte de poids de 2 à 300 grammes ; l'autre enfant, au contraire, s'est bien alimentée, n'a éprouvé aucun malaise et s'est développée de la façon la plus satisfaisante. M. Hervieux a revu récemment ces deux enfants ; la première est réduite à un état squelettique ; la seconde continue à se bien porter.

Quelles conclusions peut-on tirer de ces observations au point de vue du diagnostic ? M. Hervieux avait d'abord cru à un pemphigus syphilitique, mais il a été détourné de cette opinion par les considérations suivantes : 1° l'éruption siégeait sur le tronc et non sur les régions palmaires et plantaires, siège spécial du pemphigus syphilitique ; 2° la vie a persisté chez les deux enfants ; l'une d'elles a même conservé une santé parfaite ; or, dans le cas de pemphygus syphilitique la mort eût été fatale à bref délai ; 3° on n'a pu constater chez la mère, malgré toutes les recherches, le moindre indice de syphilis. Quant au père, aucun renseignement sur son compte. A l'occasion de cette observation, M. Hervieux combat l'opinion de M. Dumontpallier, d'après laquelle le pemphigus syphilitique ne serait pas congénital et se développerait seulement douze ou quinze jours après la naissance. Invoquant l'autorité de Paul Dubois, de Laborie, de Danyau, de Depaul, à l'appui de ses observations personnelles, M. Hervieux croit pouvoir formuler les deux propositions suivantes : 1° le pemphigus syphilitique est toujours congénital ; il se développe même assez tôt, chez le fœtus, pour qu'à la naissance on trouve des vésicules arrivées à maturité et même d'autres déjà vides et creusées ; 2° réciproquement, le pemphigus congénital est presque toujours syphilitique ; l'intérêt de l'observation qu'il vient de communiquer résulte précisément de ce que, le pemphigus étant congénital chez ces deux enfants sans être syphilitique, il s'agit là d'un cas tout à fait exceptionnel.

M. Hervieux diffère encore d'avis avec M. Dumontpallier relativement à la valeur diagnostique du contenu des vésicules. D'après M. Dumontpallier, les vésicules ne contiendraient jamais de pus dans le pemphigus syphilitique, et par

conséquent de l'absence de pus on pourrait conclure à la nature spécifique de l'éruption. M. Hervieux conteste le fait et considère d'ailleurs la nature du contenu des vésicules comme trop variable, comme trop secondaire par rapport aux caractères tirés de la forme et du siège des vésicules, pour servir de base à une classification.

— M. *Gérin-Roze* présente, au nom de M. *Dujardin-Beaumetz*, une pièce provenant d'un malade porteur de trois anévrysmes de l'aorte. Le premier, du volume d'un œuf, siégeait sur la partie antérieure de la crosse de l'aorte; le second, du volume du poing, occupait la partie postérieure de la crosse aortique et comprimait l'œsophage au point d'opposer un obstacle infranchissable au passage des aliments; le malade est littéralement mort de faim; la troisième poche anévrysmale, de même volume que la seconde, siégeait sur l'aorte descendante, au voisinage du diaphragme.

— M. *Debove* communique les résultats de recherches entreprises et publiées par lui sous ce titre : *Contribution à l'étude de l'anurie et de l'urémie.*

Pour ne pas scinder cette communication dont M. Debove n'a pu, faute de temps, indiquer que les premiers points, nous en renvoyons la publication au compte rendu de la prochaine séance.

Dr Bellon.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Tumeur sanguine du sinus maxillaire. — De l'immobilisation et de la mobilisation des articulations malades. — Grenouillette sublinguale due à la dilatation du canal de Wharton. — Résection du genou.

M. *Boissarie* (de Sarlat) adresse une observation de tumeur sanguine du sinus maxillaire, guérie par la suppuration de la poche. Aussitôt que le bistouri eut pénétré dans le sinus, il sortit un jet de sang considérable; le chirurgien comprima l'artère carotide et tamponna le sinus avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer. On retira la charpie le neuvième jour; injections phéniquées; guérison. Trois ans auparavant, le malade avait eu une tumeur au niveau du rebord orbitaire supérieur droit; c'était un kyste du sinus frontal; cette fois, il s'agissait d'un kyste du sinus maxillaire qui s'était transformé en kyste sanguin.

— M. *Le Fort* continue la discussion sur l'immobilisation et la mobilisation des articulations malades. D'après M. Verneuil, le meilleur moyen d'éviter l'ankylose est de continuer l'immobilisation qui est antiphlogistique et calme l'inflammation, tandis que la mobilisation l'augmente. Les idées de M. Verneuil, appliquées par d'autres que lui, peuvent devenir dangereuses. M. Verneuil crée une classe de chirurgiens qu'il appelle ankylophobes et qui renfermerait tous les chirurgiens, sauf M. Verneuil.

Les exemples cités par le chirurgien de la Pitié n'ont pas grande valeur dans la discussion présente. Tantôt on a imprimé des mouvements quand l'articulation était encore malade; d'autres fois, on changeait l'appareil tous les quinze jours; où bien on appliquait la gouttière de Bonnet pendant le jour seulement. Nous n'usons pas de cette pratique-là. Tous, nous immobilisons jusqu'à ce que l'inflammation ait disparu, parfois pendant plusieurs mois. S'il s'agit d'une arthrite rhumatismale, nous immobilisons, moins longtemps naturellement, quitte à y revenir si la douleur reparaît.

Pour M. Verneuil, les mouvements communiqués sont nuisibles souvent, et jamais nécessaires. M. Le Fort est d'une opinion toute différente. M. Verneuil parle souvent d'ankylose, et semble n'avoir en vue que l'ankylose osseuse; or, jamais l'immobilisation n'amène cette complication dans une articulation saine; mais au point de vue du malade, qui ne demande qu'à se servir de sa jambe, il redoute autant l'ankylose fausse que l'ankylose vraie.

L'immobilisation prolongée peut-elle compromettre les mouvements d'une articulation saine? M. Verneuil dit que non. Cependant, l'immobilisation amène des modifications anatomiques dans les articulations saines, et au bout d'un certain temps le malade exécutera moins facilement les mouvements. Des expériences sur les animaux ont démontré les lésions produites par l'immobilisation. De même, quand on immobilise un membre pour une fracture, l'articulation voisine aura certaines parties relâchées et d'autres allongées, et plus tard les mouvements seront empêchés. M. Delthil a étudié dans sa thèse les divers résultats obtenus dans les hôpitaux par les divers moyens de traitement des fractures; il dit qu'à la suite de l'immobilisation les mouvements de l'articulation sont perdus 11 fois sur 40; et la raideur est d'autant moins considérable que les appareils sont enlevés plus tôt.

Les raideurs articulaires sont très-fréquentes après les fractures articulaires, surtout quand la coaptation a été imparfaite. Il faut immobiliser le membre dans la position la plus favorable en cas d'ankylose. Une fois la guérison obtenue, faut-il tenter des mouvements? Oui. M. Le Fort ne rompt pas l'ankylose brusquement; il étend lentement les mouvements, avec des machines, en plusieurs séances. Il obtient ainsi d'excellents résultats. Il y a deux ans, il eut à traiter une fracture du coude datant de dix-huit mois; le coude était ankylosé dans la position rectiligne; pas de mouvements dans la jointure. Avec une machine, il obtint un peu de mobilité; le malade continua lui-même le traitement et il guérit en six mois, le coude ayant retrouvé tous ses mouvements. Au sujet de la mobilisation après la réduction des luxations, M. Le Fort dit que pour l'épaule il faut attendre quinze jours en moyenne avant d'imprimer des mouvements au bras.

Dans la prochaine séance, M. Le Fort étudiera les indications et contre-indications de la mobilisation dans le traitement des arthrites.

— M. *Lannelongue*. M. Guyon a présenté en 1866, à la Société de chirurgie, l'autopsie d'une grenouillette sublinguale due à la dilatation du canal de Wharton. La dilatation portait sur les trois quarts antérieurs du canal qui avait le volume d'une plume d'oie. L'enfant était mort à l'âge de huit jours.

Le 14 novembre, on présenta à M. Lannelongue un enfant de quinze jours qui avait une tumeur sur le plancher de la bouche, côté gauche; la sage-femme avait observé cette tumeur dès le jour de la naissance. La grenouillette avait le volume du petit doigt, suivait le bord alvéolaire et se perdait du côté du cou; elle était transparente et se terminait en avant par une papille volumineuse et mobile; il y avait imperforation congénitale du canal. M. Lannelongue fit une petite ouverture avec des ciseaux, et il s'écoula un liquide transparent et séreux. Un stylet introduit par cet orifice se dirigeait du côté de la glande sous-maxillaire. M. Stolz a publié un fait analogue.

— M. *Le Dentu* présente un malade à qui il a fait, il y a six mois, la résection du genou droit pour une tumeur blanche avec fongosités et fistules. Les os se sont soudés en trois mois. Le raccourcissement est d'environ 7 centimètres. 5 centimètres ont été retranchés sur le fémur, et 2 centimètres sur le tibia; pansement de Lister.

M. *Sée*. En enlevant la rotule, M. Le Dentu a-t-il songé aux culs-de-sac synoviaux, source de suppuration et de fusées purulentes?

M. *Le Dentu*. Les culs-de-sac avaient disparu, comblés par les fongosités.

M. *Le Fort* a dans une résection conservé la rotule en enlevant sa surface cartilagineuse; ce n'est pas une bonne pratique. Il vaut mieux enlever la rotule. M. Le Dentu a-t-il observé la tendance qu'a le fémur à se porter en avant? Enfin l'appareil plâtré, dans ce cas, ne satisfait pas M. Le Fort à cause de la suppuration qui oblige à changer l'appareil.

M. *Théophile Anger* a fait la résection de l'extrémité supérieure du tibia pour une ostéite chez un adolescent. Pansement à l'alcool, appareil plâtré. L'appareil fut recouvert de gutta-percha pour empêcher le ramollissement du plâtre. M. Anger a conservé la rotule, ce qui n'a pas retardé la guérison; l'ankylose fut complète.

M. *Trélat* emploie aussi la gutta-percha laminée pour rendre l'appareil imperméable. Pour donner de la solidité au plâtre, il met une attelle en fil de fer dans la partie postérieure de l'appareil.

M. *Le Dentu*. Théoriquement il semble inutile de garder la rotule, surtout quand la résection est assez étendue. Le fémur n'a pas eu de tendance à se porter en avant, parce que l'appareil plâtré a été appliqué presque sur tout le membre; il était fermé sauf au niveau des plaies. En pareil cas, il faut s'abstenir, autant que possible, de suture osseuse.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Atrophie de la papille du nerf optique consécutive au traumatisme : M. Galezowski. — Origine et décussation du nerf pathétique : M. Mathias Duval. — Action de l'acide carbonique sur la respiration : M. Gréhant. — Présentation d'un photomètre : M. Javal. — Application du moteur électrique de M. Deprez à la physiologie expérimentale; pile au chlorure de sodium et au nitrate d'argent : M. d'Arsonval. — Procédé pour la section intracrânienne du nerf facial : M. Laffont. — Cirrhose biliaire du nouveau-né : M. d'Espine.

M. *Galezowski*. L'atrophie papillaire peut être consécutive à un traumatisme et simuler l'atrophie qui accompagne l'ataxie locomotrice progressive. Tantôt cette atrophie succède à des traumatismes crâniens qui ont déterminé de la méningite et une névrite optique, tantôt elle résulte de la présence de corps étrangers dans l'orbite; enfin, dans une troisième série de faits, elle survient longtemps après le traumatisme. Dans ces cas, la perte de la vue a été immédiate, et cependant les lésions révélées par l'ophthalmoscope n'ont apparu que plus tard. On peut expliquer cette marche de l'affection en supposant que le nerf optique a été contusionné ou déchiré au niveau du trou optique par une fracture du sommet de l'orbite. En ce point, l'artère centrale de la rétine n'a pas encore pénétré dans le nerf. Il n'y a donc aucune raison pour que la circulation du fond de l'œil soit immédiatement troublée, et l'atrophie se développe peu à peu dans le nerf séparé des centres nerveux. Dans quelques cas, après deux ou trois ans, l'atrophie papillaire s'est produite du côté opposé, consécutivement à l'atrophie d'origine traumatique d'une papille.

M. *Magnan* demande que, dans ces faits d'atrophie bilatérale, on interroge scrupuleusement les antécédents héréditaires des malades observés, et M. Laborde cite le fait d'un homme chez lequel l'atrophie des deux papilles a été consécutive à un traumatisme de l'œil, mais dont la sœur a présenté les mêmes lésions sans qu'on puisse les attribuer à aucune cause extérieure. M. Hallopeau fait observer que les troubles oculaires précèdent parfois de dix et vingt ans les autres symptômes de l'ataxie. Les faits cités par M. Galezowski n'auront d'importance, au point de vue de la valeur étiologique du traumatisme, que si les sujets sont suivis pendant très-longtemps; que, d'ailleurs, le traumatisme peut être la cause occasionnelle d'une ataxie débutant par des troubles papillaires; enfin que, si les opinions de M. Galezowski sont fondées, l'atrophie nacrée de la papille perd sa valeur diagnostique dans l'ataxie locomotrice.

— M. *Mathias Duval* fait hommage à la Société d'un nouveau mémoire sur *les origines des nerfs crâniens*. La décussation des nerfs pathétiques y est démontrée; elle apparaît avec netteté sur des cerveaux d'agneaux ou de fœtus humains à sept mois. Exner a contesté cette décussation, parce que, en plaçant une électrode sur le milieu de la valvule de Vieussens, une seconde sur l'un des côtés de cette valvule, il ne parvient à exciter à l'aide de courants induits que le nerf situé du côté de l'électrode latérale. Mais, si l'on se souvient des expériences de Chauveau (1862), qui démontrent que les racines nerveuses sont excitables dans leur partie intracérébrale, on comprendra combien les expériences d'Exner ont peu de valeur au point de vue de la recherche des origines du nerf pathétique.

— M. *Gréhant* a étudié l'influence sur la respiration d'un mélange en proportions variées d'air et d'acide carbonique.

Il commence par faire respirer à un chien 50 litres d'air pur, et, recueillant les gaz expirés, constate qu'ils ont entraîné 2gr,747 CO^2. Si l'on fait respirer au même animal 49 litres d'air mélangés à un litre CO^2, l'air expiré contient 3gr,61 d'acide carbonique, et en tenant compte de la quantité d'acide carbonique qui a été inspirée (1 litre CO^2 pèse 1gr,83), on voit que le poumon n'a exhalé que 1gr,78 CO^2. Pour un mélange de 48 litres d'air et 2 litres CO^2, il ne rend que 0gr,533. Enfin, si le mélange contient 4 et 5 litres CO^2, non-seulement l'élimination de l'acide par le poumon diminue, mais elle est remplacée par une absorption, et l'on trouve dans les gaz expirés 0gr,525, puis 1gr,255 CO^2, de moins que dans le mélange inspiré. Ainsi, dans une atmosphère contenant 1/10 CO^2, ce gaz est absorbé par le poumon. A cette dose, d'ailleurs, l'animal ne paraît pas souffrir; il présente seulement un peu d'agitation et inspire le mélange gazeux d'autant plus vite que la proportion d'acide carbonique augmente.

— M. *Javal* présente un photomètre qui permet de mesurer instantanément l'éclairage des divers points d'une pièce à la lumière diffuse. L'appareil se compose d'une série de carrés blancs à hachures noires extrêmement fines et de plus en plus serrées, qui donnent ainsi à chaque carré une nuance plus sombre que celle du carré précédent. Sous chacun d'eux est une petite fenêtre. Une feuille de papier blanc est disposée dans un point de la pièce; on la regarde successivement par les fenêtres du photomètre, jusqu'à ce que le carré superposé à l'une d'elles donne à l'œil la même sensation de couleur que la feuille blanche considérée; et comme celle-ci paraît d'autant moins blanche qu'elle reçoit moins de lumière, on peut ainsi comparer l'éclairage de toutes les parties de la pièce.

— M. *d'Arsonval* présente un appareil destiné à rendre les plus grands services en physiologie expérimentale. Un moteur électrique de M. Marcel Deprez y est disposé de façon à actionner une soufflerie qui peut servir à la respiration artificielle et à l'entretien du thermo-cautère; il imprime un mouvement uniforme à un cylindre enregistreur avec les vitesses de un tour par minute, dix tours par minute ou un tour par seconde. L'appareil porte enfin une bobine électrique à chariot pour les excitations. M. d'Arsonval rappelle que la pièce essentielle de cet appareil est due à M. Marcel Deprez, dont les travaux sur les aimants ont changé les idées antérieurement admises sur la localisation des pôles dans les extrémités des barreaux aimantés. Il a, de son côté, appliqué au moteur de M. Deprez une pile nouvelle dont il indique les avantages. Dans la plupart des piles, le vase poreux a l'inconvénient de permettre, par *osmose*, le mélange des liquides qu'il sépare, et de laisser ainsi la pile s'user même au repos. Il suffit, pour y remédier, d'employer deux substances isolé-

ment solubles qui se précipitent en se mélangeant, le sel marin, par exemple, et le nitrate d'argent. Les pores du vase sont ainsi obturés par du chlorure d'argent, qui, au repos, s'oppose au mélange des deux liquides, et qui, lorsque la pile entre en action, se décompose et se recompose sans cesse, et reste précipité dans les parois mêmes du vase quand le courant est interrompu. Cette pile dégage du bioxyde d'azote, que l'on peut recueillir dans un gazomètre. Le volume du gaz dégagé donne la mesure de l'énergie du courant. On peut en l'évaluant se passer de galvanomètre.

— M. *Laffont* indique un procédé de section du nerf facial dans l'intérieur du crâne avant que ce nerf ait reçu la moindre anastomose. A égale distance entre le condyle de l'occipital, d'une part, et l'extrémité externe de la ligne courbe occipitale supérieure, d'autre part, on enfonce chez un chien un perforateur suivant la ligne qui joindrait ce point à l'œil du côté opposé. On pénètre ainsi dans le crâne, sous la tente du cervelet, sans léser cet organe; on va heurter le rocher au niveau de l'orifice de l'aqueduc de Fallope, et, relevant alors l'instrument, on sectionne à la fois le facial et l'auditif. La sécrétion salivaire cesse dans la glande sous-maxillaire; mais les phénomènes vaso-moteurs du côté de la face ne sont pas troublés.

— Au nom de M. *d'Espine* (de Genève), M. *Quinquaud* lit une observation de cirrhose biliaire chez le nouveau-né.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Nouveau procédé pour l'aspiration des liquides pathologiques, par le docteur Moïse Girard.

Le nouveau moyen proposé par M. Girard pour l'aspiration des liquides pathologiques est d'un maniement fort simple et nous paraît appelé à rendre de grands services.

L'appareil se compose simplement d'un bouchon en caoutchouc, à deux tubulures, pouvant s'adapter à un récipient quelconque, carafe, bouteille, etc., que l'on trouve dans la maison du malade. A l'une des tubulures est fixé un tube aspirateur également en caoutchouc, assez épais pour ne point être déprimé par le vide. L'extrémité de ce tube est munie d'un robinet, de façon à pouvoir s'adapter à la canule d'un trocart. A l'autre tubulure du bouchon s'adapte un autre petit tube en caoutchouc à parois minces, fermé à son extrémité externe et pouvant s'aplatir par l'action du vide opéré dans le récipient. C'est une sorte de manomètre, aussi simple qu'ingénieux, indiquant que le vide est fait et mesurant son degré. Un tube à lavage, pouvant s'adapter par deux branches à la canule du trocart et au tube aspirateur, permet de transformer l'appareil en siphon et de faire successivement l'aspiration et l'injection. Enfin, un petit flacon contenant 20 grammes d'éther ou tout autre liquide volatil est joint à l'appareil et peut servir à plusieurs ponctions.

Voici comment on procède pour l'opération :

On verse dans une bouteille quelconque, transparente toutefois, 1 gramme environ d'éther, et l'on ferme par le bouchon de caoutchouc, muni du tube aspirateur laissé ouvert. On plonge aussitôt la bouteille dans un peu d'eau légèrement chaude (l'éther bout à 35 degrés). Aussitôt l'éther se volatilise, se dégage, et la tension de ses vapeurs, vingt-cinq fois plus forte que celle de l'eau, chasse en peu de temps tout l'air contenu dans le flacon. Lorsque l'éther vaporisé ne se dégage plus, ce dont on s'assure en tenant plongé dans un verre d'eau l'extrémité ouverte du tube aspirateur, on ferme le robinet de celui-ci, on retire le flacon de l'eau chaude, on le laisse refroidir ou on l'humecte d'eau froide. Les vapeurs d'éther qu'il contient encore se condensent sur ses parois et le vide est produit, ce qu'indique l'aplatissement du petit tube à parois molles dont nous avons parlé. Le reste de l'opération est facile à comprendre : on arme le tube aspirateur de sa canule munie d'une aiguille, on fait la ponction, on ouvre le robinet, et le liquide pathologique est aspiré, souvent même avec une grande force, qu'il est prudent de modérer en tournant plus ou moins le robinet. (*Revue médicale*, 19 juillet 1879.)

De l'emploi de l'Ixora dandanea dans la dysenterie, par le docteur Deb.

L'auteur recommande la racine fraîche de cette plante, qui est très-commune dans l'Inde, comme un excellent remède contre la dysenterie. Il faut employer toute la racine, mais non l'écorce seule, et l'on a trouvé que la racine fraîche était plus efficace que la racine sèche. Le mode de préparation, pour en former une teinture, consiste à broyer grossièrement la racine; on fait alors macérer quatre onces de poudre dans une pinte d'alcool rectifié, pendant une semaine, et l'on agite de temps en temps le vase fermé qui la contient. Le liquide est ensuite exprimé et filtré.

On peut encore ajouter au liquide ainsi préparé 12 grammes de poivre long grossièrement pulvérisé, pour en faire une teinture composée. La dose est de 2 à 4 grammes.

Ce médicament est très-efficace dans la dysenterie; mais surtout, comme c'est le cas pour l'ipécacuanha, lorsqu'on s'y prend au début du mal. Il possède l'avantage de ne pas provoquer de nausées, et, en outre, il a un goût aromatique et agréable. On l'a donné aussi par doses de 75 centigrammes à 1gr,50 trois ou quatre fois par jour, et on peut l'administrer en toute confiance aux vieillards. (*Indian med. Gaz.*, octobre 1878, et *Bulletin de thérapeutique*, juillet 1879.)

De l'action physiologique et des applications thérapeutiques de l'Adonis vernalis, par le docteur Bubnow.

L'auteur a étudié l'action de l'extrait aqueux de l'*Adonis vernalis* sur le cœur. Ses expériences ont été faites sur des grenouilles. L'action de ce médicament peut se subdiviser en trois périodes : 1° le ventricule se contracte plus fortement; 2° les battements du cœur sont ralentis aux dépens de la diastole, c'est-à-dire que le ventricule reste contracté pendant quelques secondes; 3° il ne se produit plus de diastole du tout, il y a un véritable tétanos cardiaque.

Ce médicament est surtout indiqué quand on fait un long usage de la digitale et que des troubles circulatoires paraissent se développer. On ne doit pas craindre les inconvénients d'une accumulation médicamenteuse, qui ne se produit pas, et l'on peut employer de fortes doses. (*Journal des sciences médicales de Louvain*, décembre 1878.)

BIBLIOGRAPHIE

Recherches expérimentales sur le processus inflammatoire dans les muscles striés, au point de vue de l'anatomie pathologique, par M. Marquet. Thèse inaugurale, Nancy, 1879.

M. Marquet a voulu, par l'expérimentation, éclairer un point peu connu d'anatomie pathologique et de clinique; nous n'hésitons pas à l'en féliciter. C'est une tentative sérieuse, faite dans un bon esprit, et cela nous suffit. L'auteur a compris, en effet, que c'est par l'expérimentation

que la médecine actuelle doit progresser ; qu'après les conquêtes faites dans cette voie par les Magendie, les Bernard, les Longet, les Vulpian, c'est dans les recherches expérimentales que se trouvera la solution des problèmes non résolus, malheureusement encore si nombreux. Une thèse de pathologie expérimentale est une bonne fortune trop rare pour que nous négligions d'en rendre compte, fût-elle un insuccès ; à plus forte raison le devons-nous quand le travail est soigné, les recherches contrôlées, les résultats sérieux. Tel est le cas de M. Marquet, tel est le jugement d'ensemble que méritent ses recherches expérimentales sur l'inflammation des muscles striés.

Quiconque a cherché, si peu que ce soit, à reproduire expérimentalement des altérations pathologiques se rapprochant de celles dues à des processus morbides spontanés, sait de combien de difficultés ces recherches sont entourées. Ce n'est que par un contrôle sévère qu'on peut donner de la valeur aux résultats obtenus : sous ce rapport, l'inflammation des muscles striés, processus relativement rare en clinique, offrait des difficultés spéciales. Comment l'auteur les a-t-il évitées? Il a pensé que le meilleur moyen consistait, en quelque sorte, à saisir sur un même sujet, sinon sur un même muscle, le processus inflammatoire à ses différentes périodes, depuis l'état congestif qui succède à l'expérience, jusqu'à la terminaison, par suppuration ou cicatrisation fibreuse ; et pour atteindre ce but, il a, sur un même chien, pratiqué de nombreuses expériences à des moments différents, de sorte que quand il a sacrifié l'animal, il a eu entre les mains des lésions d'âge différent.

Les expériences assez nombreuses faites par M. Marquet l'ont amené à formuler des conclusions que nous résumerons, car elles exposent bien l'état actuel de la science sur l'inflammation des muscles striés.

Il résulte, en effet, d'examens nombreux, que ce n'est pas dans le tissu musculaire lui-même, mais dans la trame conjonctive, que commence le processus inflammatoire. Quand au moyen d'un traumatisme prolongé on provoque un processus irritatif dans un muscle, l'action ne se fait pas sentir sur les éléments musculaires, mais tout d'abord sur le protoplasma des éléments conjonctifs. « Ce protoplasma augmente de volume et devient granuleux. Ainsi modifié dans sa forme et dans ses rapports, il se comporte différemment suivant sa constitution moléculaire et chimique, qui varie par suite de dispositions diathésiques permanentes ou passagères, aussi bien que par suite de la durée et de l'intensité de l'action traumatique. C'est ainsi que nous le voyons parfois subir d'emblée la dégénérescence albumino-graisseuse qui le rend très-facilement résorbable ; d'autres fois naissent dans l'intimité du protoplasma, soit par division des noyaux primitifs, soit par segmentation multiple de sa masse, soit par un phénomène de genèse directe, des corpuscules inhabiles à prendre le type de n'importe quel tissu jeune. Ces corpuscules en quelque sorte mort-nés constituent la caractéristique de la suppuration. Souvent, enfin, se montrent des noyaux embryoplastiques, dont les uns subissent la dégénérescence granulo-graisseuse et se résorbent, tandis que les autres deviennent le centre de génération de fibres lamineuses et assurent ainsi la cicatrisation définitive. » Ce n'est que consécutivement et par la marche du processus irritatif que les fibres musculaires elles-mêmes sont atteintes et les altérations qu'elles présentent ne sont pas à proprement parler des produits d'inflammation, mais bien plutôt des lésions de nutrition produites par les troubles circulatoires, dont leur stroma conjonctif est le siége ; ce sont donc des dégénérescences et non de véritables myosites.

L'auteur annonce qu'il poursuivra ce travail ; les prémisses nous permettent d'attendre un mémoire important ; nous espérons qu'il soumettra à la critique expérimentale la régénération du tissu musculaire, qui est le mode de cicatrisation qu'on voudrait toujours obtenir.

En résumé, la thèse inaugurale de M. Marquet est un bon travail, intéressant, sévèrement contrôlé ; de sorte qu'arrivé à la fin de cette étude, nous félicitons de nouveau l'auteur d'avoir choisi un sujet de pathologie expérimentale. C'est dans le laboratoire et sur les indications de M. le professeur Feltz que le docteur Marquet a fait ses recherches ; c'est une garantie de plus de l'exactitude des faits quoique le travail soit bien personnel.

H. Chouppe.

Index bibliographique.

Hémiplégie faciale, paralysie de la septième paire, essais de séméiotique, par M. Denis Augé. In-8 de 70 pages, avec une planche chromolithographiée. — Paris, 1879. V. Adrien Delahaye et Cie.

La paralysie faciale est une des plus fréquentes parmi les paralysies partielles; elle présente un grand intérêt, non-seulement par elle-même, mais comme symptôme dans le cours d'affections complexes. C'est surtout sous ce dernier aspect que l'étudie M. Augé; nous allons donner un résumé des idées de l'auteur, qui, du reste, sont basées sur des observations bien prises. Il divise l'hémiplégie faciale en trois groupes, d'après le siége de la lésion : 1° paralysie funiculaire; 2° paralysie bulbo-protubérantielle; 3° paralysie faciale d'origine cérébrale. Considérées sous le rapport de leurs causes, les paralysies funiculaires se divisent en : intracrânienne, intratemporale, mastoïdienne, parotidienne, sous-cutanée. Les paralysies intracrâniennes sont produites par tumeur ou méningite ; les intratemporales par fracture du crâne, carie du rocher, lésions de l'oreille, rhumatisme; les mastoïdiennes sont celles que produit le forceps sur les nouveau-nés. Les deux derniers groupes sont produits par le froid ou un traumatisme. Les paralysies bulbo-protubérantielles sont intrinsèques ou extrinsèques. L'hémiplégie faciale, qui est due à des lésions cérébrales, peut se diviser en : 1° pédonculaire, par tumeur, hémorrhagie ou ramollissement; 2° hémisphérique, due aux mêmes causes; dans les deux cas, on trouve des troubles musculaires et sensitifs croisés, et, dans le second cas, il y a le plus souvent des troubles moteurs du membre supérieur; 3° hémiplégie de cause corticale qui s'accompagne d'aphasie, de troubles moteurs croisés, variables d'étendue, suivant l'importance même de la lésion.

De la syphilis infantile acquise, par M. le docteur Alfred Pontet. In-8 de 50 pages. — Paris, 1879. V. A. Delahaye et Cie.

Les cas de syphilis communiquée à l'enfant sont loin d'être rares; cependant, un mémoire qui étudie bien quelques particularités n'est pas une redite : c'est là le cas du travail de M. Pontet. Nous y trouvons plusieurs observations inédites, bien résumées. Mais nous ne pouvons pas donner une idée du tout; nous nous bornerons à parler du diagnostic. On peut commettre deux sortes d'erreur, soit en croyant à l'existence d'une syphilis qui n'existe pas, soit en méconnaissant une syphilis qui existe. C'est, le plus souvent, l'existence d'une lésion des organes génitaux chez l'enfant qui fait croire qu'il existe une syphilis, et alors, surtout chez les petites filles, l'erreur, ainsi que l'auteur en rapporte des exemples, peut avoir des conséquences graves. Les lésions des organes génitaux qui simulent surtout la syphilis sont : l'ecthyma, l'herpès, et quelquefois des végétations. Il faut toujours attacher une importance très-grande à l'état des ganglions inguinaux, car, dans bien des circonstances, c'est uniquement cet état qui éclaire le diagnostic. A la suite d'un attentat à la pudeur consommé, au milieu des lésions matérielles nombreuses qu'on observe, il est bien difficile, souvent, de savoir s'il y a des lésions syphilitiques; mais, s'il n'y a pas de lésions syphilitiques, il n'existe pas d'engorgement des ganglions inguinaux, ou bien, s'il existe, il est inflammatoire, isolé et douloureux au lieu d'être multiple, sous forme de chaîne et indolent.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

Russie : les femmes-médecins ; secours médicaux dans les provinces ; état sanitaire de la province de Saint-Pétersbourg ; statistique médicale ; congrès de zemstros. — Suisse : statistique des mariages, des naissances et des décès ; le vaisseau transport « le Shamrock. »

Nous avons déjà parlé des progrès qu'avait faits la question des femmes-médecins en Russie, où le gouvernement était parfaitement résolu à encourager les femmes qui se disposaient à étudier et à exercer sérieusement la médecine. A Saint-Pétersbourg des cours spéciaux ont été créés, et plusieurs étudiantes russes suivent en ce moment les cours de notre Faculté de Paris. Néanmoins la question n'est pas encore résolue d'une façon définitive dans toutes les provinces de la Russie, et les populations commencent à s'impatienter de ce retard. Les médecins y sont si rares et les maladies de toute espèce si nombreuses, que le besoin de se procurer l'assistance médicale l'emporte sur toute autre considération. Les hommes ne redoutent pas la concurrence des femmes et ne s'opposent aucunement à leur céder une part de la besogne commune. Pour se rendre compte à quel point ce besoin est urgent, il faut considérer la manière dont les choses se passent dans les campagnes, et du rôle important qu'y jouent jusqu'à présent les sorciers et les charlatans. Tout ce qu'on a pu faire contre eux n'a servi à rien, et lors même qu'un sorcier ou un charlatan occasionne la mort d'un malade et se voit traduit pour ce fait devant les tribunaux, les paysans ne lui retirent pas pour cela leur confiance.

Un procès de ce genre a révélé tout récemment quelques-uns des procédés parfois fort ingénieux dont se servent avec succès ces devins de village. Si les paysannes ne connaissent pas les *vapeurs* des dames de la société, elles possèdent, en revanche, une imagination fertile, et se figurent avoir des maladies non moins difficiles que les vapeurs à guérir par un véritable médecin. C'est ainsi que dans quelques provinces du sud existe cette croyance fort étrange, que lorsqu'on s'endort avec une grande soif, comme on en éprouve après un rude travail aux champs pendant les chaleurs, et qu'on satisfait cette soif en rêve, c'est qu'un serpent vous est entré par la bouche entr'ouverte en vous causant une sensation agréable de froid. Une paysanne à laquelle une pareille aventure était arrivée, c'est-à-dire qui avait bu de l'eau en songe, ne douta pas un moment de la présence du serpent dans son corps et ne tarda pas à en ressentir les effets. Elle en tomba malade, dépérit visiblement et se prépara à la mort. Alors ses amis lui donnèrent l'adresse d'une sorcière dont les cures étaient réputées infaillibles. Cette dernière, après l'avoir interrogée, confirma ses soupçons sur la présence du serpent, mais promit de l'en délivrer. Elle lui fit prendre quelques remèdes, entre autres un vomitif, et une couleuvre sortit effectivement de son gosier. La malade fut guérie et en eut naturellement la plus vive reconnaissance à la sorcière. Plus tard, quand d'autres traitements moins innocents donnèrent lieu à une enquête, la sorcière avoua qu'elle avait usé d'un subterfuge et que la couleuvre n'avait jamais été dans le corps de la femme malade. Malheureusement pour elle, la guérison ne s'obtenait pas toujours aisément, et elle avait eu recours à des poisons dont elle ne connaissait pas bien les propriétés. Sa carrière finit donc par une condamnation à la déportation ; mais les paysans de la localité ne lui en conservèrent pas moins un excellent souvenir et regrettèrent infiniment d'être privés de ses services. Ils avaient raison à leur point de vue : lorsqu'on supprime les charlatans, le moins qu'on puisse faire, c'est de les remplacer par des médecins; et quand ces derniers manquent, comment ne regretterait-on pas les docteurs de contrebande ?

Dans une autre circonstance plus récente, les paysans russes ont brûlé vive une femme qui exerçait illégalement la médecine et qui, après avoir joui d'une vogue considérable comme *guérisseuse*, avait fini par acquérir la réputation d'une sorcière malfaisante. Le tribunal a sévi sur les coupables avec une grande modération, prenant en considération ce fait qu'il était difficile de faire peser la responsabilité individuellement sur les véritables auteurs du crime, et que les populations rurales, dépourvues de soins médicaux, se trouvent dans une ignorance aussi profonde que regrettable.

Pour en revenir aux médecins-femmes, nous apprenons par la *Gazette médicale de Saint-Petersbourg* que la commission chargée d'examiner quelle sera l'étendue de la pratique médicale accordée aux femmes munies d'un titre régulier, n'a pas encore terminé ses travaux, mais que dans tous les cas le gouvernement n'a pas l'intention d'interdire le droit de pratique. Nous croyons savoir que la majorité de la commission n'est pas pour l'équivalence complète des études et des diplômes ; il faut attendre, en conséquence, la publication de son rapport et la décision du gouvernement, la question étant loin d'être résolue définitivement.

Il suffit, pour juger de la pénurie des secours médicaux en Russie et de la nécessité d'accepter le concours des femmes, de consulter les documents officiels. Dans le compte rendu de l'état sanitaire de la province de Saint-Pétersbourg (la capitale non comprise), nous constatons que le personnel médical de la province s'élevait en 1877 à 26 médecins, 5 aides, 72 officiers de santé, 4 femmes-médecins, 18 sages-femmes de première classe et 6 sages-femmes de seconde classe.

Ces chiffres sont évidemment insuffisants pour une population de 571 000 habitants, surtout en considération de la faible densité de cette population. Dans les districts les plus éloignés de la capitale, les habitants ont beaucoup de peine à recourir à l'assistance médicale en cas de maladie : pour parer à cet inconvénient, il a fallu établir sur certains points des services de permanence où les malades trouvent en tout temps un médecin et les médicaments dont ils ont besoin ; ces dispensaires contiennent des lits destinés aux sujets atteints de maladies trop graves pour leur permettre de retourner chez eux. On compte en moyenne un lit pour 2000 habitants en temps ordinaire. Dans le courant des années 1876-1877, il y a eu 65 576 personnes soignées dans les hôpitaux, dispensaires et maisons de santé de la province. Pendant l'année 1877, il a été dépensé par les Zemstros 84 183 roubles pour l'entretien du service sanitaire de la province.

Les délégations de Zemstros ont institué des commissions sanitaires, des congrès périodiques des médecins de leur ressort, un bureau de statistique médical permanent, enfin un congrès général pour toute la province. Le compte rendu analyse en détail les questions qui y ont été soulevées. — Voici l'énoncé de celles qui ont été traitées par le congrès général de la province en 1877 : 1° alimentation des eaux potables ; 2° hygiène des fabriques et établissements industriels ; 3° les écoles primaires au point de vue sanitaire ; 4° des maladies vénériennes dans les campagnes ; 5° de la peste bovine ; 6° des reconnaissances du peuple en matière d'hygiène ; 7° inspection des médecins des Zemstros et punitions en cas de violation des règlements ; 8° des soins à donner aux aliénés ; 9° de la statistique médicale ; 10° de la commission permanente des congés des médecins du Zemstros.

— Il nous paraît intéressant de faire connaître les résultats que vient de publier en Suisse le bureau fédéral de statistique sur les mariages, les naissances et la mortalité de ce pays pendant l'année 1878. Il ressort de ces tableaux que les mariages ont été moins nombreux en 1878 qu'ils ne l'avaient été depuis 1874. De 8,3 sur 1000 habitants en 1874 ; de 9,0 en 1875 ; de 8,1 en 1876 ; de 7,9 en 1877 ; ils n'ont été, en 1878, que de 7,4 ; pour les naissances et les décès, la différence est moins sensible. Voici du reste les chiffres : en 1874, 30,0 ; en 1875, 31,9 ; en 1876, 32,9 ; en 1877, 32,1 ; en 1878, 31,5 ; décès sur 1000 habitants également : en 1874, 22,3 ; en 1875, 24,0 ; en 1876, 24,2 ; en 1877, 23,5 ; en 1878 enfin, 23,4.

L'excédant des naissances sur les décès est représenté par le chiffre 8,1 pour 100.

— Nous avons parfois entretenu nos lecteurs des moyens employés dans la marine anglaise pour le transport des troupes destinées aux guerres de l'Afghanistan et du Cap, et surtout pour le transport des malades et des blessés.

L'amirauté anglaise avait organisé de véritables *vaisseaux-hôpitaux* admirablement aménagés. Nous apprenons avec plaisir que la France a suivi cet exemple et vient de faire construire un transport modèle, le *Shamrock*, qui sera surtout destiné à porter des troupes en Cochinchine et à ramener en France des malades et des convalescents : c'est un transport-hôpital, mais en temps de guerre et pour de courtes traversées, il pourrait transporter un grand nombre d'hommes, de chevaux et de matériel. Le *Shamrock* vient de terminer son armement au Havre. Sa longueur entre verticales est de 105 mètres ; sa largeur de 15m,35 ; son creux sur quille au pont des gaillards de 12 mètres ; son tirant d'eau moyen en charge de 6m,25, et son déplacement à ce tirant d'eau de 5429 tonneaux.

Sa machine a une puissance de 2600 chevaux de 75 kilog. sur les pistons, faisant mouvoir une seule hélice.

L'hôpital proprement dit est divisé en trois parties : l'une pour les blessés, la seconde pour les malades dont l'état est grave; la troisième pour les malades moins gravement atteints de la dysenterie de Cochinchine ; ces derniers sont dans des couchettes fixes; les plus malades dans des couchettes à roulis. On peut mettre 36 malades dans des lits à roulis et 100 dans le reste de l'hôpital ; dans la batterie basse, 134 convalescents dans des couchettes, 430 soldats passagers dans des hamacs; enfin 300 hommes d'équipage et 93 passagers de chambre, officiers et sous-officiers, ce qui représente un total de 1093 hommes. En temps de guerre, il transporterait facilement 2000 hommes. A l'avant du pont se trouvent : des parcs pouvant contenir 8 bœufs, 2 chevaux, 40 moutons, 600 volailles, une buanderie, une boucherie et une salle de propreté, pour donner des douches à l'équipage les jours de grande chaleur.

Le *Shamrock*, commandé par l'Etat à la Société des chantiers de la Méditerranée, avait été mis sur cale le 24 mars 1877 et a été lancé le 17 avril 1878.

A. L.

LES CANDIDATS A LA CHAIRE DE SYPHILIGRAPHIE. — Un paragraphe de l'article publié par M. Diday dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* (feuilleton, colonne 5, paragraphe 3) ayant donné lieu à des interprétations erronées, nous sommes autorisé à déclarer que l'*homonyme* désigné dans ce paragraphe était feu Vidal (de Cassis).

NÉCROLOGIE. — CHEVALLIER. — L'Académie de médecine vient de perdre un de ses membres les plus anciens, un de ceux dont la *cinquantaine académique* avait été honorée, il y a quelques années, par le don d'une médaille commémorative. Il était né à Langres le 19 juillet 1793, et faisait partie de l'Académie depuis 1824 (section d'hygiène). Il était également membre honoraire de l'Académie de médecine de Belgique. On lui doit un *Traité des réactifs chimiques* (1824), un *Dictionnaire des falsifications des substances alimentaires* (1850), un *Mémorial de pharmacie*, et de nombreux articles sur le houblon, le café, les moules, les allumettes chimiques, etc.

GERRIER. — Le corps médical et l'armée viennent de faire une perte des plus regrettables. M. le docteur Gerrier, médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, commandeur de la Légion d'honneur, est mort le 30 novembre à l'hôpital du Val-de-Grâce. Dévouement professionnel et désintéressement absolus; connaissances médicales étendues et variées; courage militaire, toutes ces qualités du médecin d'armée, M. Gerrier les possédait au plus haut degré. Ses compagnons d'armes en Algérie, en Crimée, en Chine et en Italie lui seront toujours reconnaissants des services qu'il leur a rendus sans ménager sa santé; ses anciens élèves et camarades garderont le souvenir le plus respectueux de sa bienveillante et affectueuse courtoisie ; et les nombreux médecins qu'il a guidés, encouragés et soutenus pendant le siège de Paris et durant la guerre contre la Commune, sentiront vivement ce qu'ont perdu, par sa mort, tous les amis de la médecine militaire qu'il a si longtemps honorée.

COLLÈGE DE FRANCE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 28 novembre 1879, M. le docteur Albert Hénocque, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, est nommé directeur-adjoint du laboratoire de médecine de l'Ecole des Hautes Etudes, au Collège de France. Nous nous félicitons de cette nomination, qui, sans nous enlever notre collaborateur et ami, lui fournit une occasion nouvelle de continuer les travaux d'histologie normale et pathologique dans lesquels il s'est distingué depuis le début de ses études médicales.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Sont désignés pour faire partie du jury du concours de l'agrégation en médecine qui s'ouvrira à Paris le 20 décembre prochain : MM. Vulpian, Charcot, Parrot, Hardy et Peter, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; Damaschino, agrégé à ladite Faculté; Villemin, membre de l'Académie de médecine; Parisot, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et Wannebroucq, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Par décret en date du 22 novembre 1879, un concours s'ouvrira, le 31 mai 1880, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans cet ordre, au grade de chevalier, M. Roussel (Charles), médecin de première classe de la marine.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 20 au 27 novembre 1879, on a constaté 935 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 32. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. Variole, 19. — Croup, 12. — Angine couenneuse, 18. — Bronchite, 45. — Pneumonie, 75. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 10. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 12. — Erysipèle, 7. — Autres affections aiguës, 223. — Affections chroniques, 415 (dont 159 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 28. — Causes accidentelles, 26.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 90 centimes pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la GAZETTE HEBDOMADAIRE *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de 8 francs, à recevoir le* BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Étude critique sur les localisations spinales de la syphilis, par le docteur L.-J. Julliard. Grand in-8 de 95 pages. Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Du redressement des courbures rachitiques des membres inférieurs chez les enfants par l'ostéoclasie, par le docteur P. Aysaguer. 1 vol. in-8, broché. Paris. O. Doin. 2 fr.

Essai sur les symptômes protubérantiels de la méningite tuberculeuse, par le docteur Dreyfous. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 40

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE — N° 50 — 12 DÉCEMBRE 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DU PNEUMOTHORAX, SANS COMMUNICATION DE LA PLÈVRE AVEC L'AIR EXTÉRIEUR, CONSÉCUTIF A LA THORACOCENTÈSE PAR ASPIRATION; mémoire lu à l'Académie de médecine dans sa séance du 25 novembre 1879, par le docteur J. BUCQUOY, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Cochin.

Quoiqu'on ne puisse plus mettre en doute la réelle innocuité de la thoracocentèse, des faits nombreux et bien observés nous ont appris que des accidents sérieux surviennent quelquefois à la suite de cette opération, et lui sont jusqu'à un certain point imputables. Tel est le cas de l'expectoration albumineuse, et de ces morts subites ou rapides observées après la thoracocentèse et signalées récemment dans plusieurs de nos sociétés savantes.

Mais parmi les accidents consécutifs à la thoracocentèse, il en est un qui paraît avoir échappé à l'attention des observateurs, et sur lequel je demande la permission d'appeler celle de l'Académie : c'est le développement d'un pneumothorax pendant ou immédiatement après la thoracocentèse et par le fait même de cette opération.

Il est bien entendu qu'il ne peut pas être ici question de cas dans lesquels une manœuvre maladroite, un vice de l'appareil ou même une perforation du poumon auraient laissé pénétrer accidentellement de l'air dans la cavité pleurale. Nous ne voulons parler que de pneumothorax développés en dehors de toute cause de ce genre, ne communiquant pas par conséquent avec l'air extérieur, soit à travers la paroi thoracique, soit par une fistule pleuro-bronchique.

Voici comment les choses se passent ordinairement :

Tantôt, dans le cours même de l'opération, le liquide, qui jusque-là coulait régulièrement, se met tout à coup à se précipiter en bouillonnant dans le récipient, indiquant par là que de l'air ou des gaz ont fait subitement irruption dans l'appareil. D'autres fois, après que l'écoulement du liquide a été suspendu pendant quelques instants pour faire de nouveau le vide dans le flacon, au moment où l'on ouvre le robinet de communication, entre la cavité pleurale et le flacon aspirateur, tout à coup un sifflement aigu vient révéler l'entrée brusque de gaz dans cette partie de l'appareil. Tantôt enfin, rien d'anormal n'est survenu durant l'opération, qui a été régulièrement conduite, et c'est le lendemain seulement que les signes ordinaines du pneumothorax se manifestent à l'observateur, indices absolument certains de la présence de gaz dans la plèvre.

Deux fois j'ai rencontré cette complication de la thoracocentèse, l'opération ayant donné lieu à un pneumothorax consécutif. Chez l'un des malades, les signes n'en ont été perçus que le lendemain ; chez l'autre, c'est au milieu de l'opération même que les gaz ont fait irruption dans l'appareil.

OBS. I. — Le premier cas est celui d'un jeune homme de vingt-sept ans, atteint d'une pleurésie gauche contractée quinze mois auparavant, à la suite d'un refroidissement. Cette observation remonte à la fin de novembre 1873.

Le début de la pleurésie datait du commencement d'août 1872. Le malade s'était soigné d'abord à Paris, puis à Boulogne-sur-Mer, dans sa famille, sans parvenir à se guérir complètement. Au bout de onze mois, il revient à Paris, veut reprendre son travail; mais il en est empêché par la dyspnée et par la toux. En même temps, il perdait ses forces et son embonpoint.

Je le reçois à Cochin le 29 novembre, en proie à une dyspnée excessive; il avait le teint terreux, le corps absolument décharné.

La dilatation énorme du côté gauche, une matité étendue, le déplacement du cœur porté à droite du sternum, ne laissaient pas de doutes sur l'existence d'un vaste épanchement de ce côté; l'état général du malade, la longue durée de la maladie, n'en laissaient pas davantage sur son caractère.

Au sommet droit, et là seulement, il y avait des signes de tuberculisation avancée.

L'indication était formelle : la ponction fut immédiatement pratiquée avec l'appareil de Potain. Elle donna issue à 3600 grammes d'un liquide fortement purulent.

Le soulagement fut complet. Mais l'épanchement ne tarda pas à se reproduire, ce qui nécessita une nouvelle ponction le 17 décembre. On obtint encore 2500 grammes de liquide purulent.

Aucun incident particulier ne se présenta durant cette opération. Peu de toux, pas d'angoisse, aucune douleur dans le côté. L'auscultation n'avait donné, après la thoracocentèse, qu'un souffle lointain sans timbre particulier.

Cette fois, le malade n'eut presque pas de soulagement; la dyspnée resta intense, et le lendemain, au lieu des signes de la pleurésie, c'étaient ceux du pneumothorax que nous constations. Sonorité tympanique en avant au niveau du mamelon et dans la partie supérieure de l'aisselle; dans les mêmes points, souffle amphorique et timbre amphorique de la toux et de la voix; parfois du tintement métallique. Le bruit d'airain était des plus manifestes.

L'existence du pneumothorax fut démontrée quelques jours après par l'opération de l'empyème que la gravité de l'état du malade ne permit pas de différer et qui fut pratiquée le 23 décembre. A l'ouverture de la poitrine, un petit nombre de bulles de gaz s'échappèrent avec la sérosité purulente; celle-ci était en quantité considérable. Le liquide n'avait pas d'odeur fétide.

Quelle fut dans ce cas la cause du pneumothorax? Sans aucun doute, la thoracocentèse qui l'a immédiatement précédé. Mais quelle a été la part de la thoracocentèse dans la production de cet accident? C'est là le point intéressant dont nous avons à chercher la solution.

Plusieurs hypothèses sont à discuter. Dans un cas de thoracocentèse, chez un malade atteint de pleurésie chronique et de plus tuberculeux, il a pu se faire que, par la diminution de pression résultant de la soustraction du liquide, une cavernule superficielle se soit rompue. Cette explication, admissible et même probable s'il se fût agi d'un épanchement pleurétique récent et peu considérable, symptomatique d'une tuberculisation pulmonaire, ne l'est plus pour une pleurésie remontant à seize mois, et laissant le poumon affaissé depuis longtemps. Il est difficile, en effet, d'admettre que, dans ce tissu pulmonaire atélectasié, il se soit développé des foyers superficiels capables de se rompre à la suite de l'opération, et sous l'influence d'une distension qui faisait d'ailleurs absolument défaut. Au reste, nous n'avons noté ni la douleur vive, ni l'angoisse, ni la dyspnée qui eussent certainement accompagné la perforation du poumon.

Le pneumothorax n'était pas davantage imputable à quelque fausse manœuvre qui aurait laissé pénétrer l'air au moment de la thoracocentèse. J'ai dit que tout s'était passé de la manière la plus régulière dans l'opération. Encore moins doit-on supposer que le

poumon avait été piqué par le trocart. Son éloignement de la paroi thoracique rend cette hypothèse tout à fait invraisemblable.

Avant de donner l'explication qui me paraît la seule admissible, je vais compléter en quelques mots cette intéressante observation.

L'opération de l'empyème fut suivie d'une amélioration notable qui permit au malade de se lever bientôt chaque jour pendant plusieurs heures. Pour la première fois, le 25 janvier, il descendit au jardin; mais la nuit suivante des phénomènes d'asphyxie se manifestèrent tout à coup, et la mort survint en quelques instants.

Cette mort rapide fut la conséquence des progrès de la tuberculisation qui avait envahi tout le poumon droit, siège des lésions les plus étendues et les plus avancées.

A gauche, on ne voyait qu'une vaste cavité au fond de laquelle se trouvait le poumon affaissé et réduit à un très petit volume. Son tissu atélectasié était parsemé de granulations et de petites masses tuberculeuses non ramollies. L'insufflation prouva qu'il n'y avait pas de perforation.

Si donc il n'y avait pas de perforation, si une manœuvre maladroite n'avait pas causé le pneumothorax, il faut admettre nécessairement que celui-ci n'était pas dû à la pénétration de l'air extérieur dans la plèvre, et que les gaz dont la présence y avait été constatée avaient pris naissance dans sa cavité.

C'est à cette conclusion que je m'étais arrêté dès que je reconnus les signes de pneumothorax. Cet accident me paraissait facile à expliquer par l'action du vide opéré jusque dans la cavité pleurale et la mise en liberté des gaz tenus en dissolution dans la sérosité de l'épanchement.

N'est-ce pas ce qui se passe dans l'appareil même, lorsque, sous l'influence du vide fait préalablement, le liquide se précipite dans le flacon? Qui n'a été frappé de cette multitude de petites bulles mélangées à la sérosité, et passant avec elle dans le tube indicateur? Et l'écume si abondante dont le liquide se charge dans le récipient, n'est-ce pas comme ces bulles fines des gaz provenant de la sérosité elle-même et mis en liberté par le vide pratiqué dans le flacon aspirateur? Pourquoi ne supposerait-on pas que, dans certaines conditions particulières, la diminution de pression puisse aussi déterminer ce dégagement de gaz dans la sérosité qui reste au fond de la cavité pleurale? Ces conditions sont réalisées dans les cas où, comme chez notre malade, le refoulement du poumon, des adhérences anciennes, et la résistance des parois, laissent un vaste espace dans lequel l'écoulement du liquide au dehors a nécessairement pour effet un vide relatif.

Il eût été intéressant de pouvoir faire analyser les gaz produits de cette manière. Je ne doute pas que leur composition n'eût été celle des gaz dissous dans le sérum du sang.

Si tel est le mode de production du pneumothorax et s'il résulte de l'aspiration appliquée à la thoracocentèse, comment se fait-il qu'on l'observe si rarement à la suite de cette opération? Il y a à cela plusieurs raisons dont la principale est l'effacement progressif de la cavité à mesure que se fait l'écoulement du liquide. Pour les cas assez nombreux dans lesquels la cavité n'est pas entièrement comblée, l'exemple des pneumothorax circonscrits montre que la présence d'une petite quantité d'air dans la plèvre ne détermine pas toujours les signes du pneumothorax.

Passons maintenant au second fait. Cette fois, ce fut pendant l'opération même qu'un sifflement interne signala la brusque irruption dans le flacon aspirateur des gaz dégagés dans la cavité pleurale.

OBS. II. — L'année dernière, un malade atteint d'un tremblement symptomatique d'une sclérose en plaques entrait dans mon service avec une pleurésie gauche datant déjà de deux mois.

L'étendue de l'épanchement, son siège du côté gauche, la durée de la maladie, me firent recourir, sans autre traitement préalable, à la thoracocentèse.

L'opération fut pratiquée sous mes yeux, par un de mes élèves, avec l'appareil Potain. Elle fut faite très-habilement. Un peu plus de 2 litres d'un liquide citrin avaient été extraits, et on avait suspendu l'écoulement pour vider le flacon. L'aspiration pratiquée de nouveau dans le récipient, on ouvre le robinet pour rétablir la communication; mais à ce moment un sifflement aigu indique tout à coup le passage d'air ou de gaz.

Mon premier mouvement est de fermer le robinet; je cherche ensuite la cause de ce phénomène insolite et passablement effrayant. Tout était en parfait état; je constate le vide dans le flacon, et aucune communication entre la plèvre et l'air extérieur.

Dans ces conditions, je renouvelle l'expérience. A l'ouverture du robinet, même sifflement produit évidemment par l'introduction brusque d'air ou de gaz dans le flacon aspirateur.

Quelle était la cause de cet accident? Était-ce de l'air venant du poumon? Mais le poumon, tenu éloigné de la paroi par un épanchement considérable, n'avait certainement pas été piqué. D'un autre côté, on ne pouvait penser à une perforation spontanée, le malade n'étant pas tuberculeux, et aucun symptôme n'ayant annoncé, pendant l'opération, une pareille complication.

La seule explication plausible est donc encore ici l'action exercée par l'aspiration sur les gaz du liquide épanché, et leur mise en liberté dans la cavité pleurale pendant que l'opération restait suspendue.

Après la thoracocentèse, on ne constatait que de la faiblesse du murmure vésiculaire; mais le lendemain nous trouvâmes des signes évidents de pneumothorax circonscrit : sonorité tympanique, toux et voix amphoriques en arrière et dans la partie moyenne. Le bruit d'airain y était nettement perçu.

Cette complication n'eut aucune conséquence fâcheuse. Le malade fut très-soulagé après l'opération, et malgré la persistance du pneumothorax pendant une dizaine de jours, la pleurésie céda très-rapidement. Opéré le 16 mai, cet homme se levait déjà le 30 et pouvait être considéré comme guéri.

Le pneumothorax a donc été, dans ce cas comme dans le premier, la conséquence, non pas d'une perforation pulmonaire, ni d'un accident d'opération, mais d'un dégagement des gaz tenus en dissolution dans la sérosité de l'épanchement. Pendant que le vide était renouvelé dans le flacon aspirateur, les gaz avaient eu le temps de s'accumuler dans la cavité pleurale, de sorte qu'à l'ouverture du robinet, ce sont eux qui se sont trouvés aspirés et qui se sont précipités dans le récipient avec un sifflement tout à fait significatif.

La première impression, en entendant ce bruit, est que de l'air pénètre dans la plèvre; aussi l'opérateur est-il singulièrement ému, s'il ne sait pas que le sifflement perçu n'indique pas nécessairement cette complication.

Ce fait paraît avoir été rarement observé, car je ne l'ai trouvé signalé que deux fois, par MM. Lereboullet et Tenneson.

En 1876, dans un article fort intéressant de la *Gazette hebdomadaire*, le docteur Lereboullet parlait de cet accident et admettait, comme moi, que, sous l'influence d'une aspiration trop énergique, les gaz dissous dans le liquide pleural peuvent passer en bouillonnant dans la carafe de l'aspirateur. Mon savant collègue a bien voulu me communiquer deux cas inédits qui lui sont personnels. Ce sont des faits semblables à ceux que je viens de rapporter; seulement, ni dans l'un, ni dans l'autre, il n'y eut de pneumothorax consécutif.

La même année, mon collègue le docteur Tenneson communiquait à la Société d'émulation une observation semblable. Il y est dit, en effet, que, « à la fin de la thoracentèse, de l'air pénètre en gros bouillons dans la carafe, sans que rien ait été dérangé dans le jeu des robinets, sans que la canule ait bougé de place ». M. Tenneson ajoute que le poumon, en se dilatant, est venu heurter la canule, et qu'incontestablement il a été piqué.

La connaissance des faits précédents ne nous permet pas d'admettre cette conclusion qui n'est pas même justifiée par le sang écoulé avec la sérosité à la fin de l'opération, et par les accidents asphyxiques qui faisaient le principal sujet de la communication de M. Tenneson.

L'enseignement à tirer de ces observations, ainsi que des deux faits que je viens de rapporter, est qu'il peut arriver

pendant l'opération de la thoracentèse, lorsqu'elle est pratiquée avec aspiration, que tout à coup un sifflement aigu ou un bouillonnement du liquide fassent croire à une pénétration d'air dans la plèvre; ce n'est pas dans ces cas l'air extérieur, mais les gaz de la sérosité elle-même, qui causent ce bruit insolite et le bouillonnement du liquide; il n'y a donc pas eu de faute commise dans l'opération.

Deux conditions sont nécessaires pour que le phénomène puisse se produire: d'une part, une cavité persistante; de l'autre, une aspiration assez énergique pour mettre en liberté les gaz dissous dans le liquide pleurétique. La première condition est réalisée dans les pleurésies anciennes, où le poumon reste affaissé et bridé par des adhérences, et même dans des pleurésies plus récentes, lorsque cet organe tarde trop à reprendre son volume. La seconde le sera lorsque le vide effectué dans l'appareil aspirateur pourra s'étendre aussi à la partie de la cavité pleurale qui reste à combler.

Dans l'une et l'autre de mes observations, il y a eu pneumothorax consécutif, ce qui n'a pas eu lieu dans les faits de MM. Lereboullet et Tenneson.

Cette complication, qui pourrait être importante s'il s'agissait de perforation pulmonaire ou de pénétration accidentelle de l'air extérieur dans la plèvre malade, n'a eu dans les deux cas aucune conséquence fâcheuse. Ainsi, dans la pleurésie purulente, pas d'altération du liquide, trouvé sans odeur, lorsque je pratiquai l'empyème; dans la pleurésie simple, les gaz se sont résorbés rapidement, et le pneumothorax n'a pas retardé la guérison.

C'est donc, en définitive, un accident plus effrayant que grave, qu'il était bon de faire connaître pour que le médecin ne s'en émeuve pas, lorsque par hasard il viendra à se produire dans le cours de l'opération. En raison même de son peu de gravité, la possibilité de cette complication ne doit pas être regardée comme une contre-indication de la thoracocentèse dans la pleurésie chronique.

Clinique chirurgicale.

De la périostite externe chronique, par M. le docteur Charvot, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

(Fin. — Voyez les numéros 40, 41, 44, 46 et 47.)

Traitement. — Nous n'avons que peu de chose à dire à ce sujet, car les abcès périostiques rentrent dans la grande classe des abcès froids dont le traitement est longuement exposé dans les traités classiques. Nous ne ferons que mentionner les moyens thérapeutiques qui nous ont rendu le plus de services.

Le traitement général est indiqué; cet état passager de l'économie, quel que soit le nom qu'on lui donne, scrofulose acquise ou lymphatisme purulent, semble justiciable des reconstituants: huile de foie de morue, iodure de fer, iodure de potassium, quinquina, etc. Les hommes seront envoyés aux stations thermales, et surtout aux bains de mer. Mais il ne faut pas beaucoup attendre de ces moyens médicaux. Leur emploi peut avoir une influence favorable sur la santé générale des malades, sans améliorer notablement l'altération périostique locale. Les malades engraissent, mais les suppurations froides ne sont nullement modifiées. Le véritable traitement serait de soustraire l'homme aux causes de débilitation qui continuent à agir sur lui après son entrée à l'hôpital; car s'il peut prendre repos et bonne nourriture, il y reste, comme à la caserne, exposé aux inconvénients de l'habitation commune dans une atmosphère confinée. Malheureusement, on n'est autorisé à renvoyer l'homme chez lui qu'aux périodes ultimes de l'affection.

Quant au traitement local, il varie pour chaque degré de la maladie. A la période d'induration, on retirera quelques avantages des bandelettes de Vigo, à l'aide desquelles on peut à la fois comprimer la tumeur et exercer sur elle une action résolutive. On peut également faire la compression avec l'ouate collodionée ou appliquer quelques pointes de feu. Il faut laisser de côté les révulsifs: teinture d'iode et vésicatoires, qui ne donnent pas de bons résultats. Une autre méthode de traitement peut être essayée dans certains cas. Elle consiste à faire avorter l'affection en incisant largement la tumeur périostique. Cette opération a été plusieurs fois pratiquée dans ce but ou par erreur. Dans un cas où M. Gaujot opéra ce débridement préventif, il y eut résolution, après légère suppuration.

Quand l'abcès est formé, on doit attendre, pour l'ouvrir, qu'il soit bien collecté et qu'il n'y ait plus chance de résorption. Bien que ce mode de guérison soit rare, il faut chercher à le favoriser par la compression méthodique exercée sur la poche purulente (couches d'ouate et bandage roulé). Comment faut-il ouvrir la poche purulente, quand il y a indication de le faire? Il faut laisser de côté les ponctions capillaires, et les ponctions suivies d'une injection modificatrice avec la teinture d'iode ou autre solution analogue, par la raison que ce mode de traitement n'empêche pas le pus de se reproduire, et finalement de s'ouvrir une voie au dehors par l'ulcération spontanée des tissus. Mieux vaut tout de suite une large incision ou deux incisions réunies par un drain. Dans les régions où la périostite est sous-aponévrotique, comme à la poitrine, sur le tibia, etc., M. Gaujot donne la préfence à l'ouverture au moyen des caustiques, qui ont l'avantage de préparer l'évacuation du pus par un travail de réparation du foyer. Il applique à la base de l'abcès plusieurs cautères, en prenant soin de faire pénétrer jusqu'à la cavité purulente celui des cautères qui occupe la position la plus déclive. Si l'abcès est assez profond pour que des applications successives de pâte de Vienne ne puissent l'entamer, il faut s'aider des flèches de pâte de Canquoin. Mais si l'on n'engage dans les trajets fituleux ni drains ni mèches, il faut avoir soin de les tenir constamment dilatés; sans cette précaution, ils ne tardent pas à se rétrécir ou même à s'oblitérer, ce qui force le chirurgien à pratiquer de nouvelles ouvertures. L'emploi des caustiques n'est pas sans inconvénients, quand l'abcès périostique est profondément situé. Il faut alors un temps très-long pour l'ouvrir avec la pâte de Vienne, qui perfore péniblement une épaisse couche de muscles. Puis ces applications répétées de caustique peuvent déterminer une inflammation aiguë de la poche purulente. Il n'est pas sans exemple alors que la périostite passe à la forme phlegmoneuse en certains points, et s'accompagne d'ostéite suppurée au moment de l'ouverture de l'abcès.

Si la période des fongosités dure trop longtemps, ce qui prouve une atonie complète de la plaie, on cherchera à réveiller la vitalité de l'abcès par des injections irritantes ou par l'introduction de longues flèches de pâte de Canquoin. Ces dernières ne devront pas être laissées en place plus de trois ou quatre heures, surtout si l'abcès siége au voisinage d'organes importants, comme à la paroi thoracique, où l'on devra prendre de grandes précautions.

Pour terminer cette histoire générale de la périostite suppurée chronique, nous croyons utile de citer quelques observations qui peuvent servir de types pour cette étude. Nous choisissons donc les quatre cas cliniques suivants, qui sont particulièrement intéressants au point de vue de la généralisation de l'affection.

Obs. I. *Périostite externe suppurée chronique de la tubérosité interne du tibia gauche (avec synovite de voisinage) et des neuvième, dixième et onzième côtes.* — Pierre M..., âgé de vingt-quatre ans, soldat au 13e régiment d'artillerie, est entré au service le 6 janvier 1875. Il n'indique pas d'antécédents héréditaires; mais pendant son enfance il a présenté quelques accidents strumeux; forgeron avant son incorporation, il n'a point fait de grande ma-

ladie, et n'a jamais eu ni pleurésie, ni aucune affection de poitrine.

Dans le courant de mai 1876, cet homme commença à ressentir à la partie supérieure de la tubérosité interne du tibia gauche une douleur d'abord légère, qui devint progressivement plus intense; au même point apparut, sans changement de couleur à la peau, un gonflement qui augmenta lentement avec la douleur. Celle-ci obtuse, permanente, s'exagérait considérablement par la pression et les mouvements. Après une quinzaine de jours, le malade fut contraint de cesser tout service à cheval; il resta néanmoins à la caserne, occupé à divers travaux manuels; mais il marchait péniblement et en traînant la jambe. Le médecin du corps dut même l'exempter de service (8 juin), et appliqua sur la tumeur de la teinture d'iode, puis un vésicatoire; mais le gonflement et les douleurs ne cédèrent pas, et le 10 août le malade entra à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Un vésicatoire fut encore appliqué sans succès; une incision au bistouri ne laissa écouler que du sang. On fit alors le pansement ouaté, qui fut renouvelé trois fois. Comme il n'y avait pas d'amélioration sensible (5 septembre), on posa un appareil silicaté autour du genou. L'appareil resta en place soixante-quinze jours, et ne fut enlevé que le 18 novembre, au Val-de-Grâce, dans le service de M. le professeur Gaujot (où le malade avait été évacué). La tuméfaction avait légèrement augmenté; on substitua une gouttière avec pansement simple à l'appareil silicaté.

Au commencement de janvier 1877, le malade ressentit une douleur sourde, permanente, s'exagérant beaucoup à la pression et siégeant à la partie supérieure de la face interne du tibia, un peu au-dessous de l'ulcération primitive; peu après on constata au même endroit, en avant de la tubérosité interne du tibia, une collection liquide; la pression fit sortir par la plaie située au-dessus un liquide filant et jaunâtre.

En même temps évoluait une autre manifestation de la périostite externe. A la fin du mois d'août 1876, le malade avait découvert sur le côté droit de son thorax une tuméfaction dure et indolente; ce gonflement, qui correspondait au tiers postérieur des huitième, neuvième, dixième et onzième côtes, était mal limité, à peu près circulaire et de 10 centimètres de diamètre environ. Cette tumeur resta stationnaire jusqu'au milieu de décembre, puis se ramollit, et, après avoir légèrement descendu le long des côtes, vint s'ouvrir spontanément à la partie inféro-externe du thorax. Il en sortit une grande quantité de pus, et l'orifice fistuleux qui en résulta suppura abondamment depuis, sans que le malade ressentît grande douleur.

Au moment où l'observation est prise au Val-de-Grâce, on note l'état suivant (8 février 1877) :

La région inférieure du genou est tuméfiée dans sa totalité, et le gonflement est d'autant plus apparent que la cuisse et la jambe sont notablement atrophiées. A la partie supérieure de la tubérosité interne du tibia, siège primitif de l'affection, on voit une saillie mal limitée, d'un rouge violacé, surmontée d'une ulcération grande comme une pièce de 1 franc, à bords grisâtres, nets et décollés, à fond gris jaunâtre et fongueux. Cette saillie fongueuse, molle et pâteuse à la palpation, ne donne pas la sensation d'une fluctuation franche; une pression assez forte fait sortir par la plaie et par une petite ouverture fistuleuse située un peu en avant, quelques gouttes d'un pus jaunâtre mal lié; on sent un empâtement mou dans toute la région qui correspond aux tubérosités interne et antérieure du tibia; ces points sont le siège d'une douleur sourde et continuelle, devenant très-vive à la pression. Le stylet pénètre sous la lèvre inférieure de la plaie et se meut librement sur une large surface, entre la peau et la face externe des tubérosités interne et antérieure du tibia. *En aucun point on ne trouve l'os à nu;* partout il est recouvert de fongosités charnues semblables à celles de la plaie et saignant très-facilement. En palpant le genou, qui à la vue semble tuméfié, on sent que la synoviale est épaissie et qu'il existe un empâtement diffus dans toutes les parties molles autour de la rotule. Au-dessous de cet empâtement superficiel on sent une fluctuation légère et profonde. La rotule n'est pas modifiée et a conservé sa mobilité. L'articulation du genou n'est nullement douloureuse; elle a conservé une partie de ses mouvements; quand on fait plier le genou, le malade n'éprouve qu'un sentiment de raideur et de tension.

L'abcès de la poitrine siège à la partie inférieure du thorax, au niveau des dixième et onzième côtes. Son ouverture est circulaire, de la largeur d'une pièce de 5 francs; les bords, œdématiés et décollés, sont renversés en dedans. Le fond est couvert de fongosités grisâtres, pâles, mollasses, qui saignent au moindre contact; il en sort un pus jaunâtre, assez bien lié, mélangé de grumeaux et non fétide. Le stylet engagé sous la lèvre postérieure de la plaie pénètre en remontant à une profondeur de 6 à 8 centimètres; la peau est décollée sur une large surface; partout l'on rencontre une surface épaissie, charnue, qui n'est autre que le périoste recouvert de fongosités, excepté en un point très-limité, où le stylet arrive sur la surface osseuse d'une côte dénudée. La région qui correspond aux huitième, neuvième et dixième côtes présente un gonflement et un empâtement diffus assez étendu; elle est douloureuse à la pression. On perçoit en ce point quelques frottements pleuraux.

Comme état général on note : amaigrissement notable, face pâle et très-fatiguée; peu d'appétit; tous les soirs, mouvement fébrile; mais on ne trouve pas les signes de la tuberculose confirmée.

Le malade, après avoir servi aux examens, est évacué de nouveau sur l'hôpital du Gros-Caillou, où nous le perdons de vue.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle montre très-nettement le développement multiple de la périostite externe, dont on voit éclore successivement deux manifestations sur des points très-éloignés du squelette : le tibia et les côtes.

OBS. II. *Périostite externe suppurée chronique, intéressant les sixième, septième, dixième, onzième et douzième côtes du côté gauche et l'extrémité postéro-inférieure du radius droit.* — A..., âgé de vingt-cinq ans, ancien cultivateur, entré au service en janvier 1875. Constitution assez bonne; pas d'antécédents strumeux; pas de maladies avant l'incorporation. Depuis son entrée au service : dysenterie en août 1875; pneumonie à la fin de janvier 1876. La périostite débute en juin 1877, sans cause connue : trois tumeurs du volume d'une noisette apparaissent, l'une à la face dorsale et inférieure du radius droit, les deux autres sur les faces antérieure et latérale gauche du thorax, vers les onzième et douzième côtes. Le malade ressent en ces points une douleur vive, fixe, spontanée, mais s'exaspérant par la pression. Il continue son service pendant trois mois, les grosseurs diminuent; mais, dans le courant de novembre, la tumeur thoracique correspondant à la douzième côte et placée sur la ligne axillaire prend le volume d'un œuf de poule, et le malade entre le 23 dans le service de M. le professeur Gaujot. Le 5 décembre, on ouvre les deux abcès de la poitrine avec la pâte de Vienne. Dans le courant de janvier 1878, la tumeur radiale revient avec de vives douleurs et prend rapidement le volume d'un œuf; on l'ouvre en son centre avec le caustique de Vienne.

Au moment où l'on prend l'observation (27 mars 1878), l'état général est bon, ainsi que l'appétit. Les abcès de la poitrine sont dans l'état suivant : à 2 centimètres en dedans du mamelon gauche, prend naissance une tumeur qui descend obliquement en dehors jusqu'à la septième côte; le diamètre transversal est de 6 centimètres et le vertical de 9 centimètres. Ce gonflement, de forme elliptique, du volume d'une mandarine, adhère aux côtes, sur lesquelles on ne peut le déplacer. La peau n'a pas changé d'aspect et se déplace facilement. Les bords de la tumeur sont durs, mais le centre est ramolli et fluctuant. Les côtes sont épaissies tout autour dans une étendue de quelques centimètres; indolente au repos, la tuméfaction est très-douloureuse à la pression. On ouvre l'abcès avec les caustiques en deux points diamétralement opposés (sixième et septième côtes). On constate, en outre, les quatre ouvertures déjà faites pour deux abcès correspondant aux dixième, onzième et douzième côtes. Toutes ces ulcérations, de couleur violacée, à bords déchiquetés, sont peu profondes et laissent suinter en petite quantité un liquide louche, à peine hyalin, ressemblant assez à une solution de gomme et collant au doigt. Autour de ces ulcérations on sent, dans une étendue de 2 ou 3 centimètres, un notable gonflement des côtes.

A la partie postéro-inférieure de l'avant-bras droit, on voit sur l'extrémité inférieure et dorsale du radius une ulcération de 1 centimètre et demi de diamètre, violacée, à bords anfractueux et adhérents à l'os. Il s'est écoulé en très-petite quantité un liquide semblable à celui des abcès thoraciques. Le stylet introduit par cet orifice arrive sur une surface granuleuse qui donne la sensation du velours; *en aucun point l'os n'est mis à nu.* Le doigt promené autour de l'ulcération perçoit un gonflement dur, qui n'empiète pas sur les faces interosseuses, mais remonte à 5 ou 6 centimètres sur la diaphyse radiale. La pression en ces points n'est pas douloureuse; les mouvements s'exécutent avec facilité. On se borne à appliquer sur ces abcès des cataplasmes émollients. A partir de ce moment l'affection tend rapidement vers la guérison. Au 20 mai nous trouvons noté : Les ulcérations marchent vers la cicatrisation : la première, située sur la sixième côte, à 2 centimètres en dedans du mamelon, suppure encore, mais peu. Il en est de

même de la seconde; elle ressemble à un gros bourgeon charnu qui par son centre laisse sourdre le liquide ambré et visqueux que nous connaissons; elle est adhérente à la côte, qui présente un gonflement dur autour de l'ulcération. La troisième, à peu près cicatrisée, présente une cicatrice brun clair adhérente à la côte. La quatrième est également cicatrisée, mais plus mobile sur la côte. La cinquième, sur laquelle on a appliqué de la pâte de Vienne le 18 du mois, rouge violacée, oblongue dans le sens de la côte, à bords fongueux et décollés, suppure assez abondamment. La sixième, complètement cicatrisée, violacée, est très-mobile sur la côte, qui présente un gonflement dur. L'ulcération de l'extrémité inférieure du radius est en voie de cicatrisation. La partie non cicatrisée forme un petit godet, dans lequel on pourrait à peine loger un pois, et qui semble taillé à l'évidoir; il en sort une très-petite quantité de liquide. Les parties cicatrisées adhèrent intimement au radius, qui est gonflé dans une étendue de 6 centimètres. La mensuration du poignet malade ne donne que 1 centimètre en plus (cataplasmes).

Le 30 juin, toutes ces ulcérations sont cicatrisées, et le malade quitte l'hôpital pour aller aux bains de mer.

Cette observation montre que la périostite peut évoluer simultanément sur des os très-éloignés les uns des autres, comme le radius et les côtes, et même, sur la cage thoracique, atteindre successivement ou en même temps une ou plusieurs côtes.

Obs. III. *Périostite chronique externe des deux malléoles (pied droit), compliquée de tumeur blanche du cou-de-pied. — Abcès périostique sur la tubérosité interne du tibia (même côté), ayant disparu sans donner issue au pus. — Périostite chronique suppurée de la tête du deuxième métacarpien (main droite), cicatrisée après nécrose parcellaire. Malade en cours d'observation.* — R... (Armand), âgé de vingt-huit ans, garde républicain, entré au service le 1er janvier 1873, cultivateur avant l'incorporation. Cet homme, d'une bonne constitution, n'a aucun antécédent de famille. Il n'a présenté dans son enfance aucun accident strumeux et n'a pas fait de maladie avant son incorporation. En 1875, il fut atteint d'une bronchite qui le tint près de trois mois à l'hôpital. Le 17 mars 1876, il se fit, en courant dans la cour du quartier, une entorse assez légère. Il continua son service; mais il souffrait quand il posait le pied de travers et après les fatigues du jour; chaque soir R... remarquait un gonflement gros comme une noisette sur la partie antérieure de la malléole externe. Le 27 mai, la tuméfaction ayant augmenté, il fut envoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce. Après quelques applications d'emplâtre de Vigo, il ressortit un mois après, guéri en apparence; mais après deux jours de fatigue, les douleurs et le gonflement reparurent aux malléoles, et cette fois ne disparurent plus. Il resta trois mois à l'infirmerie, où des applications de teinture d'iode ne firent qu'augmenter la tuméfaction, et le 27 septembre 1876 il dut rentrer de nouveau au Val-de-Grâce. On note à ce moment l'état suivant : gonflement correspondant à la région malléolaire externe, allant de la pointe du péroné et remontant à 3 centimètres au-dessus de la malléole externe, limité en arrière par le tendon d'Achille et en avant par le tendon du jambier antérieur. En ce point la peau est rouge, mais non adhérente aux parties profondes. La pression est douloureuse. On sent nettement la fluctuation. A la pointe de la malléole interne on note des phénomènes analogues. L'articulation jusqu'ici n'est point malade, car les mouvements sont faciles dans l'articulation tibio-tarsienne; il n'y a ni contracture, ni même gêne dans la marche. Cependant les mouvements de torsion du pied sont douloureux; pas de gonflement correspondant à la synoviale articulaire. M. Gaujot n'hésite pas à diagnostiquer *une périostite chronique des malléoles ayant déjà donné lieu à la formation d'abcès*, et fait appliquer successivement des bandelettes de Vigo et des vésicatoires. L'abcès s'arrête dans sa marche et ne s'ouvre pas, et les choses en restent là jusqu'au mois de juillet 1877, époque à laquelle le malade est envoyé aux bains de mer.

Au retour, l'état des périostites malléolaires est peu modifié. Le cou-de-pied droit est toujours notablement gonflé; la mensuration donne 3 centimètres de plus que du côté sain. Les régions malléolaires sont tuméfiées; en avant de la pointe du péroné on sent toujours l'abcès, gros comme une noix; la fluctuation est facile à percevoir à travers la peau amincie. Tout autour les parties molles sont indurées, et l'on sent le périoste épaissi; au-dessus du foyer purulent le péroné présente un épaississement très-notable. L'articulation tibio-tarsienne n'est point atteinte par l'altération périostique; mais l'article tibio-péronier inférieur semble malade, car la pression est douloureuse en ce point, et les mouvements de torsion du pied réveillent une douleur assez vive en ce point.

Pendant les premiers mois de l'année 1878, on ne note rien d'intéressant dans la marche de l'affection; mais les abcès périostiques n'ulcèrent pas la peau, se résorbent en un point pour reparaître en d'autres. Mais peu à peu les parties molles et les gaînes synoviales semblent subir des altérations de voisinage, et l'articulation du cou-de-pied finit par être atteinte à son tour. On assiste alors à l'apparition et à l'évolution d'une tumeur blanche du cou-de-pied qui change le cours de l'affection et qui force en ce moment le malade à continuer son séjour à l'hôpital. Mais pendant que R... était en traitement pour cette affection du cou-de-pied, deux autres manifestations de la périostite chronique apparaissaient sur deux points éloignés du squelette, et, après une assez longue évolution, se terminaient par guérison.

Trois ans avant d'entrer à l'hôpital, R... avait reçu au niveau de l'épine antérieure du tibia droit un coup de pied de cheval qui n'avait fait qu'écorcher la peau et s'était guéri sans que le malade dût interrompre son service. Le malade n'avait plus rien ressenti de ce côté, quand, en janvier 1877, pendant son séjour à l'hôpital, il vit en deux jours survenir un gonflement très-douloureux au niveau de la tubérosité interne du tibia, sans rougeur de la peau. Cette tuméfaction, grosse comme une noix, avait une forme ovoïde et s'étendait en remontant vers l'épine du tibia. La fluctuation, très-manifeste, montrait que l'abcès était sous-cutané. Cette collection purulente, qui était évidemment d'origine périostique, resta dans cet état pendant sept mois. La peau, amincie, semblait devoir s'ulcérer d'un jour à l'autre, et à plusieurs reprises il fut question de l'ouvrir; mais au bout de ce temps, à la suite de l'application d'un vésicatoire, l'abcès disparut en quinze jours. Il resta pendant un certain temps un gonflement dû à l'épaisssissement du périoste et à la formation d'une nouvelle couche osseuse sous-jacente. Aujourd'hui, c'est à peine si l'on reconnaît la place de l'abcès à une légère saillie osseuse. Il n'y a rien eu du côté du genou.

Deux mois après la naissance de l'abcès du tibia, une troisième manifestation de la périostite externe apparaissait au niveau de la tête du deuxième métacarpien de la main droite. Le malade ressentit d'abord une douleur localisée en ce point; puis on s'aperçut que la partie inférieure du métacarpien était gonflée; la peau devint rouge, puis le gonflement se ramollit, et cinq mois après l'abcès se vidait à la région dorsale. Le trajet devint fistuleux, et pendant près d'une année laissa écouler en très-petite quantité du pus gélatineux. Le stylet introduit par l'ouverture arrivait sur l'os dénudé, et dix mois après le début de l'affection le malade voyait sortir successivement trois petits fragments nécrosés gros comme des grains de blé et percés à jour (nécroses parcellaires érodées par l'ostéite). Puis ce trajet fistuleux se ferma, et le malade fut guéri de cet accident périostique. Il reste encore au niveau de la tête du second métatarsien une cicatrice bleuâtre, déprimée profondément et adhérente à l'os (1).

Cette observation est bonne à noter au point de vue de la multiplicité des accidents périostiques. Si les deux premières manifestations de la périostite peuvent être rapportées, à la rigueur, à une origine traumatique, la troisième échappe à cette étiologie et naît, sans cause appréciable, dans le cours du traitement. On voit, d'après cet exemple, que des abcès peuvent rester sous-cutanés pendant des mois et se résorber sans presque laisser de traces. Notons enfin cette complication grave de la périostite des malléoles, la tumeur blanche.

Obs. IV. *Périostite externe suppurée chronique de l'extrémité inférieure du fémur droit. Les abcès périostiques placés sur les côtés du genou et la synovite de voisinage font penser au début à une arthrite fongueuse de cette articulation. Ouverture des abcès, pas de dénudation de l'os, hyperostose de l'extrémité inférieure du fémur.* — V... (Edmond), âgé de dix-neuf ans, soldat au 72e de ligne, engagé volontaire depuis 1876, entré à l'hôpital le 16 mars 1877. Constitution moyenne.

Au mois d'août 1876, cet homme commença à éprouver vers la

(1) Depuis que cette observation a été rédigée, les progrès du mal ont forcé à amputer la jambe droite. L'autopsie de la pièce a permis de découvrir les altérations habituelles de la périostite chronique et de la tumeur blanche du cou-de-pied, mais de plus l'existence de tubercules des os dans l'astragale et les deux malléoles. Nous avons donné les détails de cette autopsie en étudiant l'anatomie pathologique de la périostite externe.

région du genou droit une douleur surtout sensible après les fatigues de la journée. Les mouvements devenaient pénibles après les longues courses. La partie supérieure du genou commença à goufler; cette tuméfaction se développa lentement, et le 16 mars 1877, V... dut entrer au Val-de-Grâce. A ce moment on constata l'état suivant: gonflement notable du genou droit; sur ses deux côtés on reconnaît la présence de deux collections purulentes; la fluctuation est évidente. Il est facile de constater qu'elles ne communiquent pas avec la synoviale articulaire. Les mouvements de l'article sont conservés, mais la flexion est limitée par la douleur. Les abcès, qui de chaque côté débordent la synoviale du genou, empêchent de l'explorer avec soin; cependant on constate que l'articulation est peu malade, car la déformation est légère; il n'y a ni crépitation dans l'article, ni mouvements anormaux. Cependant, devant la chronicité de l'affection, la déformation de la région, la gêne des mouvements, on songea à une arthrite fongueuse du genou avec abcès circonvoisins.

Mais cette supposition ne tarda pas à être démentié par la marche de l'affection; car quelques jours après on constata l'état suivant: la collection purulente qui cachait la partie interne de l'articulation fémoro-tibiale a disparu par résorption; il ne reste que la collection externe; elle est assez considérable et semble située un peu au-dessus de l'articulation; on sent de la fluctuation profonde. L'abcès ne communique pas avec la cavité articulaire. L'articulation du genou semble parfaitement saine. Les dépressions placées sur les côtés de la rotule sont nettement accusées. La synoviale ne semble pas dégénérée. Les mouvements se font sans déterminer de douleur dans la jointure; la flexion est limitée seulement par la tension des parties molles sur l'abcès. La pression n'est douloureuse ni sur le tibia, ni sur l'articulation. On sent très-nettement au-dessus du genou que l'extrémité inférieure du fémur est notablement gonflée. Rien du côté du tibia ni de la rotule.

Il était dès lors évident que la maladie était extra-articulaire, et l'on diagnostiqua une périostite suppurée de l'extrémité inférieure du fémur. Le nom d'épiphysaire aurait été justifié par le siége de l'abcès et l'âge du malade. Le gonflement passager du genou avait dû tenir à une synovite de voisinage. A partir de ce moment, l'abcès du côté externe du genou diminua un instant par l'application de bandelettes de Vigo, puis s'accrut de nouveau; la fluctuation devint plus évidente. Le 25 mai, l'abcès est ouvert par une incision de 3 centimètres de longueur, pratiquée sur la partie externe et inférieure de la cuisse, derrière le tendon du biceps. Il sort par l'ouverture la valeur d'un verre de pus mêlé à beaucoup de sang. L'abcès vidé, on en explore la cavité avec un stylet; on ne sent pas de dénudation du fémur. Pendant les cinq jours qui suivent l'opération, le malade a une fièvre assez forte; puis l'état général redevient excellent.

Après l'ouverture de l'abcès, la poche purulente revient sur elle-même, la peau reprend sa couleur normale et la tuméfaction diminue beaucoup. Il n'y a plus qu'un gonflement mal limité au côté externe du genou remontant vers la cuisse, mais ne descendant pas jusqu'au niveau de l'article. Reste la plaie résultant de l'incision, à bords bourgeonnants, qui laisse suinter un pus séreux et peu abondant. La palpation des parties profondes, devenue plus facile, permet de constater que les parties molles n'ont subi aucune dégénérescence, et que le gonflement porte seulement sur l'os. Le fémur est surtout tuméfié vers l'extrémité épiphysaire de sa diaphyse; les portions du condyle qui touchent à l'articulation ne sont pas modifiées. La pression n'est douloureuse qu'en un point situé sur le fémur au-dessus de l'extrémité supérieure de l'incision. La cuisse est amaigrie dans son tiers moyen.

Au point douloureux on sent se former un noyau d'induration (10 juin), qui grossit rapidement, puis subit la fonte purulente; car pendant ces quelques jours la suppuration devient plus abondante surtout quand on presse en ce point. Puis ce noyau disparaît, l'écoulement redevient minime (15 juin). Vers la fin du mois le malade est envoyé aux bains de mer, presque guéri, car il ne s'écoule presque plus de pus par l'incision et les mouvements de flexion du genou vont jusqu'à l'angle droit.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Trois observations d'épithélioma développé sur des moignons, à propos de la relation du cancer et de la tuberculose.

Ce n'est que depuis quelques jours seulement, et grâce à l'obligeance d'un de mes confrères, que je dois d'avoir eu connaissance de l'article publié dans le numéro du 10 octobre de la *Gazette hebdomadaire*, par le docteur Petitfils, à propos d'un cas d'épithélioma pavimenteux développé sur la cicatrice d'un moignon, et cela, à l'occasion de la communication que j'avais faite à l'Académie de médecine dans sa séance du 22 avril 1879.

Comme dans cette note, publiée dans votre estimable journal, il est grandement question de ma personne et des inexactitudes que j'aurais commises, j'ai l'honneur de vous demander, Monsieur et savant confrère, de vouloir bien me permettre, en donnant quelques explications sur ce sujet, de soumettre à l'attention de vos lecteurs une seconde observation semblable à celle que j'ai communiquée à l'Académie, et qui par cette raison ne manque pas d'intérêt. Je veux espérer que vous voudrez bien, en m'accordant le droit et le devoir de répondre, accueillir favorablement la note que j'ai l'honneur de vous adresser.

Pour ne pas fatiguer l'attention de vos lecteurs sur un sujet qui m'intéresse sans doute, mais qui n'a rien de scientifique, permettez-moi de dire, sans autre préambule, que l'observation présentée avec tant de détails et de clarté par le docteur Petitfils m'a d'autant plus intéressé, que je ne possédais cette observation que d'une façon très-incomplète, et que grâce, à cette publication dans votre savant journal, elle pourra peut être, si Dieu me prête vie, compléter une série d'observations très-intéressantes que je possède déjà sur ce sujet, et dont je joins ici une autre au moins aussi complète. — Ce qui veut dire aussi que *ce n'est pas du tout de l'observation de Feuillet* qu'il s'agit dans la communication que j'ai faite à l'Académie de médecine, mais bien d'un autre sujet, ayant avec celle-ci plus d'un rapport.

L'observation de Feuillet, puisque Feuillet il y a, est encore dans mes cartons, mais très-incomplète au point de vue de l'étiologie du cancer et du tubercule, qui fait le principal objet de mes études. Mais comme il y a une analogie très-remarquable, *sur un point seulement*, entre celle de Feuillet et celle que j'ai communiquée à l'Académie de médecine, permettez-moi de m'étendre sur ce point, et j'ose espérer que vous et vos lecteurs trouverez cette note complémentaire assez instructive.

Pendant ma carrière médicale, dont l'exercice remonte aujourd'hui à près de quarante ans bientôt, j'ai eu la rare occasion de rencontrer *trois cas*, dans lesquels — y compris celui de Feuillet — j'ai vu se développer, sur des moignons, dont *un était congénital* et *deux accidentels*, des épithélioma de formes différentes, avec transmission cancéreuse et tuberculeuse.

Ne m'occupant de cette question, je le répète, qu'au point de vue étiologique, et eu égard surtout à la relation que je poursuis et que je crois exister entre le cancer et la tuberculose, je n'ai voulu faire connaître que celle qui me semblait la plus complète, réservant les deux autres pour faire partie de mon second mémoire.

L'observation que j'ai lue à l'Académie remonte à plus de vingt ans déjà; mon jeune confrère devait être, je le suppose, à faire son éducation sur les bancs d'un collége; et si j'en ai fait une communication spéciale, ce n'est que *parce qu'un des membres de la famille* venait de mourir tuberculeux, qu'un autre en est *grandement menacé aujourd'hui*, que ce membre existe encore, et qu'il me faut apporter ici *une extrême discrétion*.

Il m'est difficile, en effet, d'oublier que lorsque je publiai mon premier mémoire sur ce sujet, je faillis avoir de grandes difficultés, pour ne pas dire plus, avec deux familles auprès desquelles un obligeant confrère crut devoir insinuer que c'était d'elles que j'avais parlé dans deux observations, dont les initiales semblaient se rapporter à leurs noms. Et vous comprendrez maintenant, très-honorés et savants confrères, combien, dans l'étude que j'ai entreprise depuis si longtemps, il m'a fallu de labeur d'abord, mais surtout de prudence et de réserve pour ne donner aucun éveil aux familles, et éviter ainsi des indiscrétions qui pouvaient avoir les suites les plus graves.

Le médecin doit être avant tout l'esclave du secret professionnel; et si par un intérêt purement scientifique il devait blesser ou jeter la terreur dans une famille, son devoir serait de garder le silence.

Je dois avouer que j'étais loin de me douter de tout l'intérêt que cette communication pouvait inspirer à mon jeune confrère, lorsque, *bénévolement*, j'ai laissé subsister dans son esprit le quiproquo établi par deux faits ayant jusqu'à un certain point une analogie entre eux; et je dois ajouter, pour l'excuser sur ce point, et aussi pour expliquer son ardeur scientifique à mon endroit: c'est que pour des motifs de déontologie médicale que chacun comprendra, *et pour d'autres encore du même genre que je ne peux dire ici*, j'ai fait tout ce qu'il fallait pour l'entretenir dans cette erreur.

Passant sur l'enquête qui a été faite dans la famille Feuillet pour dévoiler mon inexactitude, je reviens au plus vite à la question scientifique si pleine d'intérêt, selon moi. — Je possède deux séries d'observations comprenant tout ce que j'ai pu voir et observer pendant ma carrière sur ce sujet. Dans la première série, sont réunies celles qui sont classées comme complètes, parce que j'ai pu suivre moi-même quelques-uns de ces sujets *jusqu'à la cinquième génération déjà*. — Dans la seconde série sont celles classées : *observations d'attente*, et pour lesquelles j'attends de l'avenir la confirmation de mes études. C'est dans la deuxième série que se trouve l'observation de Feuillet, et... j'attends! C'est dans la première que se trouve celle dont j'ai donné communication à l'Académie, ainsi que celle que je joins à cette note. — Je ne reviendrai pas sur la première, car *je la déclare exacte en tous points*.

Dans cette seconde observation, le sujet a été également atteint d'*un épithélioma sur un moignon accidentel;* je la dois à mon honorable et regretté confrère le docteur Pineau, de Châteauroux, à qui j'avais communiqué la première, et qui fut tout heureux de me la faire connaître, justement à cause de sa grande analogie avec la mienne; il m'avait promis de la publier, lorsque la mort est venue le surprendre.

En voici le résumé succinct, pris sur les notes qu'il voulut bien me donner.

Il s'agit d'un sieur X..., fils de pauvres ouvriers de la campagne, qui à l'âge de onze mois eut la main droite broyée et presque dévorée par une truie. Il en était résulté un moignon difforme, très-inégal à son extrémité et présentant quelques mamelons. Cet homme a vécu jusqu'à l'âge de soixante ans, époque à laquelle il a succombé à une *pneumophymie*. — Alors qu'il était enfant, des personnes aisées de sa commune lui firent donner un peu d'instruction; et lui aussi, comme mon premier sujet et comme Feuillet, *devint facteur rural*, ce qui ne doit pas trop étonner, lorsque l'on voit toute cette série de manchots qui de tout temps ont rempli et remplissent toujours cette fonction ou celle de garde champêtre.

La mère de cet homme fut atteinte d'un cancer au sein; opérée par le docteur Robert, de Châteauroux, elle succomba deux ans après l'opération, par le cancer qui avait envahi de nouveau la partie environnante du sein.

La famille de X... se composait de trois frères, dont le plus jeune mourut tuberculeux, deux ans après son retour du régiment, à l'âge de vingt-sept ans.

Le cadet vit encore, marié et père de quatre enfants; — il a perdu l'aîné, atteint de *méningite tuberculeuse*, et le dernier de scrofule avec carie des os; les deux autres se portaient bien à l'époque où cette observation m'a été transmise. — A l'âge de cinquante-ans, le sieur X... a été lui-même atteint d'une *dégénérescence squirrheuse* qui, ayant commencé par le moignon, avait envahi l'avant-bras tout entier. L'amputation fut faite par le docteur Pineau lui-même, et il a reconnu, m'a-t-il dit, tous les caractères *du cancer*, et c'est trois ans après l'opération que cet homme succomba à une *tuberculose des poumons* des mieux caractérisées.

Lui-même eut cinq enfants; l'aîné est mort d'une fièvre typhoïde; mais les deux derniers succombèrent, l'un à une *tuberculose généralisée*, tumeur blanche du genou, abcès froid, etc.; le dernier, à des tuberculoses mésentériques, et scrofule.

Enfin, le troisième frère de X... semblait être atteint, ajoutait mon confrère, d'une tumeur au scrotum qui lui semblait bien être le début d'un sarcocèle. — C'est ainsi qu'on retrouve encore dans cette observation: transmission du tubercule par le cancer, et aussi transmission directe du cancer par le cancer. C'est ce qui faisait dire à mon ami Vigla, que j'ai entretenu longtemps autrefois de cette question, qu'il ne serait peut-être pas impossible, en étudiant bien à fond la partie histologique de cette question, la nature, la forme et les variétés de toutes les sortes de blastèmes et protoplasmas, qu'il ne serait pas impossible de trouver la raison de ce qui fait que dans l'hérédité le cancer transmet plus souvent le cancer, tandis que dans d'autres conditions il transmet la tuberculose.

Cette question, je ne sais si je me trompe, me semble en effet des plus sérieuses à étudier, et je me trouverais très-heureux si je rencontrais, dans la voie dans laquelle je me suis engagé, des observateurs consciencieux qui voulussent bien m'y suivre et entreprendre ces recherches à ce point de vue.

Agréez, etc.

Dr Ed. BURDEL,

Médecin en chef honoraire de l'hospice de Vierzon, membre correspondant de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

ÉTABLISSEMENT DE STATIONS SCIENTIFIQUES ET HOSPITALIÈRES DANS L'AFRIQUE ÉQUATORIALE. Note de M. *de Lesseps*. — « Le comité français de l'Association africaine vient de décider l'établissement de stations scientifiques et hospitalières dans l'Afrique équatoriale, ayant pour points de départ, sur la côte orientale, les États du sultan de Zanzibar, et, sur la côte occidentale, notre colonie du Gabon. Ce résultat a été obtenu par une allocation de 100 000 francs, que les Chambres ont bien voulu accorder, et par les fonds du comité. »

DE LA CONTRACTION RHYTHMIQUE DES MUSCLES SOUS L'INFLUENCE DE L'ACIDE SALICYLIQUE, par M. *Ch. Livon*. — Les faits observés tendent à montrer : 1° que le muscle de la pince de l'écrevisse n'est pas le seul à présenter le phénomène du tétanos rhythmique, qui peut être une propriété du tissu musculaire en général, des conditions spéciales, encore à déterminea, étant nécessaires pour le développer; 2° que le muscle s'épuise avec une très-grande rapidité, mais que la réparation est aussi très-rapide, puisque, avant de revenir à son point de départ, sous l'influence de la persistance de l'excitant, il peut entrer de nouveau en contraction; 3° qu'enfin, s'il y a analogie entre le cœur et les muscles soumis à la volonté, il y a cette différeuce, que le cœur présente des contractions rhythmiques toujours égales, tandis que celles des muscles vont en diminuant; que, par conséquent, dans ceux-ci, la réparation, tout en se faisant aussi vite, n'est pas aussi complète, probablement parce qu'ils ne possèdent pas un appareil ganglionnaire semblable à celui du cœur, ainsi que le suppose M. Ch. Richet pour le muscle de la pince de l'écrevisse.

DU MODE DE DISTRIBUTION DES PHOSPHATES DANS LES MUSCLES ET LES TENDONS. Note de M. *L. Jolly*. — Le résultat des analyses entreprises sur des chairs empruntées au milieu de la cuisse ont donné le résultat suivant : Sur 100 parties : *Tissu musculaire :* veau, 1,247; bœuf maigre, 0,394; bœuf gras, 2,046. *Tendons*, sur 100 parties : veau, 0,698; bœuf, 0,776.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

L'Académie reçoit : 1° Des lettres de candidature de M. Camille Dareste pour la section d'anatomie et de physiologie; de MM. Méhu et Yungfleisch pour la section de pharmacie. — 2° Une lettre de M. Bonnafont, accompagnant l'envoi d'une brochure relative à l'histoire de deux têtes d'Arabes décapités. — 3° Une lettre de

M. Boudard, médecin à Gannat (Allier), accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Guide pratique de la chèvre-nourrice*. — 4° Un pli cacheté déposé par M. Paquet, pharmacien à Fontenay-aux-Roses. (*Accepté.*)

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur Cadet de Gassicourt, un volume intitulé : *Traité clinique des maladies de l'enfance*, t. I.

M. *Germain Sée* présente, au nom de M. le docteur Damaschino, un volume intitulé : *Maladies des voies digestives*.

M. *Jules Guérin* dépose sur le bureau de l'Académie l'exposé général de ses travaux depuis le commencement de sa carrière scientifique.

VACCINATION ANIMALE. — M. le docteur de *Pietra-Santa* rend compte à l'Académie des suppléments d'enquête parvenus à la Société française d'hygiène sur la question de la vaccination animale.

Dans la première partie de son travail l'auteur passe en revue les faits nouveaux observés en Italie, en Espagne, en Russie, en Allemagne, en Suisse. Dans la deuxième il présente l'état de la question aux Etats-Unis et aux Indes. La troisième est consacrée à l'Angleterre. Il résume le rapport préliminaire présenté par M. le docteur Ernest Hart, président du comité parlementaire de l'Association médicale britannique, à l'occasion de la conférence réunie à Londres pour étudier la raison d'être du *Cameron's bill*.

Après une revue sommaire des faits, M. de Pietra-Santa adjure l'Académie de reprendre en main cette grave question d'hygiène publique : « la vaccination animale ».

« Jusqu'en 1864 elle végétait pour ainsi dire, isolée et méconnue à l'extrémité de la péninsule italique, lorsque vos discussions lui ont donné cette force d'expansion souveraine qui du premier coup l'a vulgarisée en Italie même, sa patrie d'origine, et acclimatée dans les contrées les plus lointaines. »

MODE D'ACTION DU CURARE. PARTICULARITÉS DE LA CONTRACTION ÉLECTRO-MUSCULAIRE. — M. le docteur *Onimus* communique une note sur quelques particularités de la contractilité musculaire.

« On sait, dit l'auteur, que lorsqu'on porte l'excitant électrique sur les filets nerveux, chez un animal empoisonné par le *curare*, on n'obtient plus aucune contraction des muscles, tandis que, lorsqu'on électrise directement les masses musculaires avec ces mêmes courants, on détermine des contractions aussi prononcées ou presque aussi prononcées qu'à l'état normal. On a tiré de ces expériences la conséquence logique que le *curare* abolit l'activité physiologique du système nerveux surtout, et laisse intacte l'irritabilité propre du muscle. »

Contrairement à l'opinion de Cl. Bernard, M. Onimus croit que le curare n'agit pas sur toutes les parties des nerfs moteurs, qu'il n'empoisonne que les troncs nerveux, et qu'il laisse intacts aussi bien les filets terminaux que les centres.

Suivant lui, il résulte de faits indéniables que les courants induits n'ont aucune action directe sur la fibre musculaire, et que lorsqu'ils provoquent une contraction, on doit logiquement admettre qu'elle a lieu par l'intermédiaire du système nerveux. Or, les recherches de M. Onimus l'ont porté à admettre que le curare a une action élective sur les troncs moteurs des membres, et que s'il ne paralyse pas les centres nerveux, il ne paralyse pas non plus les plaques terminales. Il agit sur l'élément nerveux le plus facilement modifiable, et l'on doit le considérer comme un poison purement dynamique. Il tue, pour ainsi dire, accidentellement, parce qu'il paralyse momentanément les nerfs moteurs de la respiration ; mais son action sur la moelle, sur les nerfs sensitifs, les nerfs vaso-moteurs, ainsi que sur les plaques terminales, est très-faible.

Au point de vue clinique, M. Onimus conclut de ses expériences à l'absence totale de contractilité par les courants induits, lorsque les éléments nerveux sont complétement détruits, alors que le muscle se contracte encore par d'autres excitants. Dans ces cas, on peut affirmer que les nerfs sont altérés jusque dans leur prolongement intramusculaire, et que les plaques terminales elles-mêmes sont atteintes; mais par contre, malgré l'absence de contractilité farado-musculaire, on ne doit admettre l'altération musculaire qu'après avoir essayé les courants continus ou les excitants mécaniques.

TEMPÉRATURE LOCALE. — M. *Peter* communique à l'Académie la première partie de ses recherches sur *les températures morbides locales dans les maladies de l'abdomen*.

Il résulte de ces recherches que, dans l'ascite, la température de la paroi abdominalo ne s'élève pas, et reste à environ 35°,5 (qui est la moyenne normale), quelquefois même tombe au-dessous.

(Incidemment M. Peter signale et combat le vice de langage commis par quelques auteurs, et qui consiste à donner le nom d'ascite à l'épanchement séreux de la péritonite chronique ; cet épanchement n'est pas hydropique, mais inflammatoire, ainsi que le démontre entre autres particularités, l'excès de fibrine qu'il contient.)

A l'inverse de l'ascite, c'est-à-dire de l'hydropisie du péritoine, les *phlegmasies chroniques* de cette séreuse *élèvent la température de la paroi abdominale d'environ 1 degré et davantage*.

M. Peter donne comme exemples trois types différents de phlegmasie chronique du péritoine : 1° péritonite chronique simple, par rayonnement d'une phlegmasie chronique de l'estomac (gastrite scléreuse) ; 2° péritonite chronique tuberculeuse; 3° péritonite chronique cancéreuse.

Dans le premier cas, la température locale de la paroi abdominale était surélevée de 0°,8, alors que celle de l'aisselle était abaissée de 0°,5 (température de l'inanition) ; de sorte que la surélévation locale absolue était ainsi de 1°,3.

Dans le second cas, la surélévation de la température locale varia de 1 degré à 1°,9 ; elle présenta même cette particularité remarquable, que dans les derniers jours de la vie, la température axillaire s'étant abaissée de 2°,5 (à 34°,5), la température locale était encore de 1 degré plus élevée que la normale de la paroi (à 36°,5), dépassant, d'une façon absolue, celle de l'aisselle de 2 degrés, et d'une façon relative, de 3°,5. Ce qui prouve l'existence de foyers morbides thermogènes, dont la température locale est si bien indépendante de la température générale qu'elle peut lui être supérieure.

Dans le troisième cas (péritonite cancéreuse), la surélévation locale varia de 0°,8 à 2 degrés.

Dans un quatrième cas (péritonite tuberculeuse qu'on prenait pour une tympanite hystérique), la surélévation de la température locale varia de 1 degré à 1°,5, et fut un jour de 0°,3 plus forte que la température de l'aisselle.

Ainsi, au point de vue de la clinique, la surélévation locale de la température, en cas de phlegmasie chronique du péritoine, fournit un nouveau moyen de diagnostic entre le péritoine chronique et l'ascite (où la température locale reste normale).

Au point de vue de la physiologie générale, l'ascite *n'élève pas la température locale*, parce qu'il n'y a là qu'un *fait physique*, la filtration du sérum du sang à travers les parois veineuses distendues; tandis que la phlegmasie chronique du péritoine *élève toujours cette température locale*, parce qu'il y a là un *acte dynamique*, un *travail*, la *sécrétion* d'une sérosité fibrineuse.

D'où il suit qu'en pathologie comme en mécanique, partout où il y a travail accompli, il y a calorique dégagé.

Il s'ensuit encore, réciproquement, que ce calorique dégagé, décelant un travail accompli, peut devenir un moyen de diagnostiquer ce travail.

Enfin, cette notion du travail morbide ne doit pas seulement s'entendre de la sécrétion d'un produit morbide inflammatoire, mais encore de la genèse d'un néoplasme (tubercule ou cancer) et de l'évolution de celui-ci ; le calorique dégagé à cette occasion pouvant révéler la naissance comme les phases d'évolution de ce néoplasme.

M. *Hillairet* demande à M. Peter de quels instruments il s'est servi dans ses recherches sur les températures locales.

M. *Peter* répond qu'il s'est servi du thermomètre ordinaire, qui lui a toujours donné les résultats les plus exacts; ce thermomètre est préférable, suivant lui, aux thermomètres discoïdes usités en Angleterre et qui ont l'inconvénient de ne pouvoir être appliqués dans les espaces intercostaux. D'ailleurs il existe d'autres instruments de grande précision, mais d'un usage pratique difficile. Des essais sont tentés en ce moment par divers observateurs pour doter la clinique d'instruments à la fois précis et commodes pour les recherches. Si, comme tout le fait espérer, ces essais réussissent, la question de l'étude des températures locales dans les maladies sera définitivement résolue.

M. *Hillairet* dit qu'il a fait quelques recherches sur les températures locales dans les maladies de la peau; mais qu'il a dû y renoncer, à cause des différences considérables qu'il a constatées dans les résultats.

M. *Noël Gueneau de Mussy* dit qu'il existe un instrument propre aux recherches de thermométrie locale, imaginé par le docteur Séguin, médecin français établi à New-York. Ce médecin a publié, en 1876, un volumineux travail sur la thermométrie médicale, travail qui contient de nombreuses observations relatives aux modifications de la température locale dans les maladies. L'instrument dont il s'agit est un petit thermomètre terminé par une cuvette aplatie, ce qui permet son application exacte à la surface la peau.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Correspondance. — Destruction des polypes naso-pharyngiens par les caustiques. — De la mobilisation et de l'immobilisation des articulations malades. — Nomination des commissions. — Présentation d'une pièce. — Luxations compliquées du cou-de-pied.

La correspondance comprend : 1° Une note de M. *Baudon*, médecin-major à Nice, sur *les résultats de quatre résections de la hanche*, constatés après plus de trois ans. Sur les quatre opérations, une seule a été réellement profitable à l'opéré. 2° Deux brochures de M. *Surmay* (de Ham) : l'une sur *la syphilis cérébrale;* l'autre sur *la mort subite dans la fièvre typhoïde.* 3° Une observation de M. *Gross* (de Nancy) : *Désarticulation de la hanche pour un fibro-sarcome de la cuisse; mort.*

— M. *Rochard* présente, au nom de M. *Barthélemy*, médecin de la marine, une observation de polype naso-pharyngien détruit par les injections interstitielles de chlorure de zinc. Un enfant de quatorze ans, épuisé par les épistaxis, entra à l'hôpital de Toulon dans un état de profonde anémie. Il existait un volumineux polype naso-pharyngien; l'odorat et l'ouïe n'existaient plus à gauche. Le tamponnement des fosses nasales, fait en ville, n'empêcha pas une nouvelle hémorrhagie; quelques tentatives infructueuses d'arrachement firent cesser les épistaxis. De même, la ligature extemporanée ne réussit pas.

C'est alors que M. Barthélemy essaya les injections au chlorure de zinc; pour arriver facilement sur la tumeur en arrière, il incisa le voile palatin; quatre gouttes d'une solution de chlorure de zinc furent injectées. On fit alternativement par le nez et par la bouche neuf injections; la tumeur diminua de volume. L'incision du voile du palais se réunit, sauf la luette, qui resta bifide; la voix est un peu nasonnée; on trouve encore des traces de la tumeur, mais les narines sont libres et l'état général est assez bon.

M. Nélaton a détruit un polype naso-pharyngien par l'électrolyse; les injections caustiques sont un moyen de plus, et il faut espérer que les opérations radicales deviendront de moins en moins nécessaires.

M. *Verneuil.* Il faut éviter les opérations radicales quand on le peut, mais cela n'est pas toujours possible.

M. *Théophile Anger* a raconté en 1869, dans une thèse d'agrégation, comment M. Nélaton avait été amené à attaquer les polypes par une petite voie; plus tard, il voulait même éviter la petite incision du voile du palais. M. Nélaton chargea M. Th. Anger de faire des recherches sur l'action des caustiques. Le chlorure de zinc fait une eschare grosse et molle. M. Th. Anger donne la préférence à une solution de perchlorure de fer qu'on injecte au milieu du tissu fibreux du polype.

En 1873, sur un enfant atteint de polype naso-pharyngien, dans le service de Giraldès, M. Théophile Anger injecta 15 à 20 gouttes de la solution de perchlorure de fer; il se fit une eschare sèche, peu volumineuse, qui tomba lentement; les hémorrhagies cessèrent, et le polype diminua de volume. De même, M. Anger a obtenu de bons résultats avec la même solution dans la cure des tumeurs érectiles.

M. *Duplay* avait obtenu un succès avec le procédé employé plus tard par M. Barthélemy; il présentera le malade dans une prochaine séance.

— M. *Le Fort* continue la discussion sur la mobilisation et l'immobilisation dans le traitement des arthrites. M. Verneuil dit que l'arthrite blennorrhagique est souvent suivie d'ankylose, cela est vrai; mais l'ankylose peut-elle être prévenue? M. Le Fort le croit. Dans les observations de M. Berger, on a mobilisé trop tôt; il ne faut pas faire prématurément des mouvements, pas avant deux mois. Les mouvements seront communiqués, non par la main du chirurgien, mais par une machine à action faible et permanente. M. Le Fort ne donne pas de chloroforme, afin de pouvoir consulter la sensibilité. Quand l'ankylose est complète, ce n'est pas au niveau de l'article que se fait sentir la douleur; c'est le contraire s'il y a encore des mouvements. M. Le Fort emploie divers appareils ayant le caoutchouc pour moyen de traction. Il est partisan convaincu de la mobilisation lente et continue.

La mobilisation est-elle applicable aux tumeurs blanches? Certaines formes de lésions sont particulières à certaines articulations. L'arthrite fongueuse est fréquente au genou, au coude, au cou-de-pied; les désordres commencent souvent par la synoviale. L'ankylose est un mode de guérison des tumeurs blanches; l'immobilisation absolue est le traitement. Quand l'arthrite fongueuse est guérie, faut-il chercher à rompre l'ankylose? Les tentatives ne doivent être faites que lorsque toute trace d'inflammation a disparu. Quand la maladie a peu duré, les lésions sont peu profondes; on tente les mouvements avec une machine. Si la maladie a été grave, les cartilages détruits, le tibia déplacé, M. Le Fort ne tente aucune manœuvre. Dans tous les cas, il n'agit qu'avec une grande réserve, car la règle est de respecter l'ankylose.

Pour la coxalgie, la mobilisation est la base du traitement. A la hanche, en effet, les fongosités sont rares; dans certains cas, les os sont malades, mais le plus souvent l'articulation renferme du pus et la capsule est détruite par places. Souvent donc les lésions portent sur la capsule, et on a la forme rhumatismale ou capsulaire. Pour bien distinguer ces deux formes, il faut se rappeler que, dans la forme osseuse, les douleurs sont peu aiguës et diminuées par le repos; le malade commence par boiter, puis la cuisse se fléchit sur le bassin, puis viennent les abcès, etc. Ici l'immobilisation est la base du traitement.

Le plus souvent la hanche est le siège de douleurs vives allant vers le genou; parfois il y a un allongement apparent du membre; les douleurs se manifestent surtout la nuit : c'est la coxalgie subaiguë ou rhumatismale, forme très-fréquente, et c'est ici que la thérapeutique peut agir. Tant que la douleur existe, il faut immobiliser dans la gouttière de Bonnet et en plus faire l'extension permanente, qui diminue la douleur. Plus tard, on appliquera un appareil inamovible. Ordinairement la guérison est obtenue avec ankylose et le membre

s'atrophie. C'est la crainte de l'ankylose et de l'atrophie qui fait repousser par M. Le Fort l'immobilisation dans le traitement de la coxalgie rhumatismale. M. Le Fort fait d'abord un redressement lent pour rectifier l'attitude du membre; puis il fait l'extension permanente pendant la marche, afin de diminuer la pression sur la cavité cotyloïde, tout en laissant subsister les mouvements. L'entonnoir supprime la douleur, et la claudication disparaît pendant l'usage de l'appareil. C'est ainsi que M. Le Fort a pu guérir des coxalgies en conservant les mouvements dans presque toute leur étendue. L'appareil prend ses points d'appui sur l'ischion et sur les condyles du fémur. La mobilisation ne doit être employée que quand il n'y a pas de douleur.

— *Élections*. Sont nommés membres de la commission pour la nomination des associés étrangers : MM. Verneuil, Duplay, Berger et Perrin.

Sont nommés membres de la commission pour la nomination des correspondants nationaux : MM. Marjolin, Trélat, Guéniot et Sée.

— M. *Panas* présente, au nom de M. *Zancarol* (d'Alexandrie), une pièce recueillie sur une femme morte de phthisie pulmonaire dix-huit mois après une opération d'*élytronaphie*, faite pour remédier à une chute complète de l'utérus; M. Zancarol a fait la section antéro-postérieure du vagin par le procédé de M. Le Fort.

— M. *Vast* (de Vitry-le-François) lit un travail sur la chirurgie conservatrice appliquée aux luxations compliquées du cou-de-pied. Sur 28 cas recueillis par M. Poinsot, il y a seize cas de guérison par la réduction. M. Vast apporte deux nouvelles observations de réduction suivie de guérison.

L. Leroy.

Société de biologie.

Séance du 6 décembre 1879. — Présidence de M. Bert.

Altérations des globules du sang chez les grenouilles anémiées : M. Renaut. — Section des cordons antéro-latéraux : M. Laborde. — Appareil à réfrigération graduelle : M. Dumontpallier. — Recherches microphoniques sur les muscles contracturés : MM. Brissaud et Boudet, de Paris. — Composition chimique des os altérés dans l'ataxie : M. Regnard. — Trois tumeurs chez des lézards : M. Blanchard.

M. *Leloir*, revenant sur une communication précédente au sujet de l'empoisonnement par le chlorhydrate d'aniline, établit la priorité de ses recherches, les expériences que M. Quinquaud a faites relativement à cette question n'ayant pas été publiées.

— M. *Malassez* lit, au nom de M. Renaut (de Lyon), une note sur les altérations des globules du sang chez les grenouilles anémiées par de fortes hémorrhagies. A la suite des grandes pertes de sang, on trouve chez ces animaux des globules normaux, des globules colorés par l'hémoglobine et dont le noyau est plissé ou muriforme, enfin des globules décolorés à noyaux assez régulièrement développés; mais ces globules présentent en outre des croissants granuleux spéciaux, et sur le grand axe de l'ellipse qu'ils représentent on trouve une production spéciale, sur les caractères précis de laquelle M. Renaut n'est pas encore absolument fixé et qu'il désigne provisoirement sous le nom de *figure polaire*.

— M. *Laborde* rappelle qu'il a déjà montré à la Société un chat auquel il a coupé les cordons postérieurs de la moelle depuis dix mois, et chez lequel la sensibilité n'a jamais été altérée; un second animal chez lequel la section de l'axe gris ajoutée à celle des cordons postérieurs a déterminé l'anesthésie des membres inférieurs. Il présente aujourd'hui un cobaye paraplégique à la suite de la section des cordons antéro-latéraux, mais dont les membres inférieurs ont conservé leur sensibilité intacte. M. Laborde insiste sur la netteté des résultats de cette triple expérience, dont les détails opératoires ont été surveillés avec le soin le plus scrupuleux.

— M. *Dumontpallier*. Les bains froids appliqués au traitement de la fièvre typhoïde, d'après la méthode de Brand; ont souvent déterminé des complications fâcheuses, telles que hémoptysies, hémorrhagies intestinales, que l'on peut attribuer au refoulement en masse du sang vers les viscères par suite de la brusque réfrigération de toute la surface du corps. M. Dumontpallier, pensant qu'un abaissement graduel de la température n'amènerait pas ces accidents, a cherché à réaliser cliniquement ce refroidissement progressif. Sous son inspiration, M. Galante a disposé entre plusieurs doubles de toile 80 mètres de tubes de caoutchouc occupant ensemble une surface de 1^{m},50 de long sur 1 mètre de large. Ce long tube, en communication par une de ses extrémités avec un réservoir, peut débiter 90 litres d'eau par heure; des thermomètres sont disposés de façon à prendre la température de l'eau à l'entrée et à la sortie de l'appareil. Un malade ou un homme sain est enveloppé dans cet appareil; à mesure que l'eau, dont la température à l'entrée est de 15 degrés environ, circule autour de lui, la température rectale et la température axillaire du sujet baissent régulièrement, progressivement. Quand on arrête la circulation de l'eau, les températures rectale et axillaire descendent encore pendant dix minutes environ; puis l'axillaire remonte la première. Il semble, grâce à cet appareil, que l'on doit éviter les congestions viscérales dues à l'emploi des bains froids. M. Dumontpallier se demande même si par la réfrigération de régions tout à fait limitées, il ne pourrait pas obtenir l'abaissement général de la température du corps : c'est un point qu'il étudiera plus tard.

M. *Laborde* fait observer que l'appareil de M. Dumontpallier n'est que la réalisation au point de vue clinique de l'appareil employé depuis quelque temps par M. Franck pour l'échauffement et le refroidissemet artificiels des animaux, et qui a été présenté à la Société.

— M. *Brissaud*. Nous avons entrepris, M. Boudet de Pâris et moi, à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, quelques recherches sur le bruit musculaire des membres contracturés, et nous pensons que les résultats auxquels nous sommes arrivés peuvent corroborer la théorie qui fait résider les contractures permanentes dans une exagération du *tonus* normal. Qu'il nous soit permis d'abord de rappeler que les premiers essais d'analyse de la contraction musculaire au moyen du microphone sont dus à M. d'Arsonval. Les expériences de ce physiologiste ne sont pas, il est vrai, publiées; mais il a bien voulu nous en communiquer les conclusions. Le microphone dont nous avons fait usage a été construit par l'un de nous d'après le type du sphygmographe ou du myographe de Marey (il constitue même un excellent sphygmophone). L'épaississement du muscle au moment de la contraction agit par pression sur un charbon mobile autour d'un axe horizontal et constamment maintenu en contact avec un autre charbon par un petit ressort en papier. La moindre contraction fibrillaire du muscle se traduit par le frottement des deux charbons, et les variations de résistance qui en résultent dans le circuit produisent des bruits caractéristiques sur lesquels nous voulons attirer l'attention. Il est nécessaire de faire dans ces expériences l'éducation préalable de l'oreille, pour apprendre à différencier les bruits propres au muscle des bruits occasionnés par le frottement des fils ou les mouvements du sujet. Le microphone est appliqué sur la face antérieure de l'avant-bras au moyen d'une courroie qui assure la pression du bouton qui doit agir sur l'un des charbons. Si le membre est inerte, on n'entend qu'un bruit continu, excessivement faible, bruit du tonus normal d'après M. d'Arsonval. A chaque pulsation s'ajoute un bruit différent plus

fort. Dès que le sujet fléchit un doigt, on perçoit le bruit musculaire : celui-ci est sonore, régulier, rappelant bien la comparaison du bruit des roues de voitures dans le lointain, bruit *rotatoire*.

Les résultats obtenus par l'exploration des muscles contracturés d'une façon permanente chez d'anciennes hémiplégiques, ou passagère chez des hystériques, nous ont montré la plus entière concordance. Le microphone étant appliqué sur le biceps gauche d'une hémiplégique droite, on n'entend qu'un bruit isochrone au pouls. Sur le biceps droit, au contraire, on entend un bruit rotatoire à peu près constant, mais plus faible que celui de la contraction volontaire normale, et aussi plus irrégulier, saccadé, intermittent, ne permettant plus d'entendre le bruit du pouls. Il semble que les fibres musculaires se contractent les unes après les autres, se suppléant sans cesse. La contracture hystérique ressemble, sous le rapport du bruit musculaire, à la contracture hémiplégique; mais comme, en pareil cas, les muscles ne sont nullement atrophiés, le bruit est plus ample, quoique toujours irrégulier. Dans le *tabes dorsal spasmodique*, l'auscultation des extenseurs de la jambe donne des résultats identiques. Mais nous avons également expérimenté sur les fléchisseurs de la jambe dans le tabes dorsal, sur les extenseurs de l'avant-bras dans la contracture avec flexion des hémiplégies anciennes, et le microphone nous a rendu le même bruit perceptible dans tous les muscles du membre contracturé, c'est-à-dire dans *tous les groupes antagonistes et partout au même degré*.

Ces observations permettent de conclure qu'il n'y a pas dans les contractures anciennes de cause organique, une sorte de prédilection pour certains groupes musculaires voués invariablement à l'état spasmodique permanent; que dans le tabes normal spamodique en particulier, l'extension et la raideur des membres inférieurs ne résulte pas d'une exagération tonique relative des extenseurs par paralysie flaccide des fléchisseurs, mais bien d'une exagération tonique absolue avec prédominance quantitative des muscles extenseurs; et qu'enfin la contracture des hémiplégiques ne détermine l'attitude habituelle de flexion qu'en vertu du plus grand développement des muscles antérieurs, et malgré l'exagération tonique correspondante des muscles extenseurs.

M. *Bert* demande si l'on ne pourrait évaluer la hauteur du son de la contracture et étudier les modifications électriques qui doivent se produire dans le muscle parallèlement aux modifications acoustiques.

— M. *Regnard*. Les altérations osseuses ont été démontrées chez les ataxiques, par M. Charcot. Mais on n'est pas absolument d'accord sur leur nature. L'étude de la composition chimique des os malades semble éclairer cette question : 100 grammes d'os (fémur) ont donné 76 de matière organique et 24 de substance inorganique. L'excès de la première est due à une énorme quantité de graisse (38/100), et la diminution de la seconde porte surtout sur le phosphate de chaux qui n'existe plus que dans la proportion de 10/100. L'osséine et le carbonate de chaux sont en proportion normale. Au point de vue chimique, les lésions osseuses de l'ataxie se rapprochent plus de l'ostéomalacie que de l'arthrite sèche.

— M. *Blanchard* a reçu d'Espagne trois lézards qui portent chacun une tumeur du genre molluscum. Ces tumeurs sont formées par la prolifération du tissu conjonctif sous-cutané. La peau est saine, les muscles sous-jacents sont intacts, sauf dans un cas où quelques faisceaux pénètrent dans l'épaisseur de la tumeur. Un de ces molluscum contenait une petite graine dont il a été impossible de déterminer la provenance.

M. *Bert* fait observer que les graines qui pénètrent accidentellement dans les tissus chez les animaux, non-seulement n'y germent pas malgré les conditions favorables qu'elles semblent y rencontrer, mais meurent et, plantées en terre, ne peuvent plus germer.

— M. *Bert* annonce à la Société qu'il a reçu, de M. le docteur Fénelon (de Mexico), 815 francs résultant d'une souscription ouverte au Mexique pour l'érection d'un monument à Cl. Bernard.

X. Arnozan.

Rectification. Le curare. — En réponse à une réclamation de priorité de M. Jobert(voy. *Gaz. hebd.*, p. 672), MM. Couty et de Lacerda viennent de lui adresser de Rio de Janeiro une lettre imprimée où nous remarquons les passages suivants :

Vos communications sur le curare datent de votre mission aux Amazones; vous avez fait pendant ce voyage quelques expériences dans des conditions sûrement très mauvaises, puisque vous en avez déduit des conclusions qui sont, nous le verrons, autant d'erreurs. Ces premières conclusions (Académie des sciences, 14 janvier 1879) sont du reste complètement différentes de celles que vous avez depuis émises (Société de biologie, 14 décembre 1879), et surtout de celles que vous réclamez comme votre propriété. Vos nouvelles idées sur le curare font supposer que vous avez fait au Brésil d'autres expériences plus récentes, après votre retour des Amazones à Rio-Janeiro; et c'est du reste seulement à Rio que vous auriez pu étudier le strychnos triplinervia et le strychnos Gardnerii qui n'existent pas aux Amazones.....

Mais..., avant votre départ aux Amazones, et encore davantage après votre retour, vous n'aviez plus à Rio ni cours, ni laboratoire, ni même d'installation de travail permettant des recherches sérieuses.....

Vous avez fait trois jours avant votre conférence, en une après-midi, sur quelques grenouilles qu'il vous avait procurées, quelques injections de produits de macération de tige de strychnos triplinervia : mais vous avez fait ces expériences comme on aurait pu les faire il y a deux ou trois siècles, sans aucun moyen d'analyse précise, sans même un bistouri ou un excitateur électrique, ayant pour tout appareil de laboratoire une seringue de Pravaz.

Vos expériences faites dans ces conditions, et sans même constater l'état du cœur, des nerfs ou des muscles, ne pouvaient avoir aucune valeur, puisque les symptômes de paralysie que vous avez constatés peuvent être reproduits sur des grenouilles, par des substances nombreuses très-différentes du curare : du reste, la valeur de vos expériences était encore diminuée par ce fait, que sur vos six grenouilles, trois seulement ont été paralysées : trois, entendez-vous, et c'est à ces résultats, nous l'établirons encore mieux, si vous le voulez, par une enquête facile, que se bornent vos expériences à Rio, au moins pendant cette période et sur ce sujet.....

Nous avons démontré dans une deuxième communication et dans un deuxième mémoire, envoyés trois semaines après le premier, que le curare est un produit simple et qu'il est toujours fourni par un strychnos. Or, c'est ce que vous niez formellement dans votre première communication (Académie des sciences, 14 janvier 1878); et si vous avez depuis modifié vos opinions, nous vous demandons pour la seconde fois de vouloir bien faire connaître les expériences nouvelles, faites sans doute en France, qui vous y autorisent.

Cependant, nous comptons que vous vous ressouviendrez de ce manque total de recherches expérimentales sérieuses, et alors, Monsieur, après nous avoir lu, vous reconnaîtrez qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre ce que l'on croit voir dans la mort de quelques grenouilles et des expériences patientes, nombreuses, fournissant des conclusions certaines, parce qu'elles sont faites dans des conditions précises : vous verrez aussi que nous avons été pour vos essais non-seulement juste, mais aimable et bienveillant. Vous vous ferez alors, nous n'en doutons pas, le devoir de reconnaître le mal fondé de vos prétentions et de laisser chacun travailler à sa façon; ce sera pour nous la meilleure des réparations.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude des troubles respiratoires dans les laryngopathies syphilitiques, par M. le docteur M. KRISHABER.

Dans un premier mémoire fait en collaboration avec M. Mauriac, M. Krishaber avait étudié les diverses laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis; le mémoire qu'il publie aujourd'hui a principalement pour but les affections laryngées qui surviennent à une période plus avancée. Voici les principales conclusions de l'auteur.

Les lésions qui provoquent la laryngosténose sont différentes selon que l'apparition des troubles a été brusque ou lente. Le rétrécissement brusque est dû de beaucoup le plus souvent à l'œdème accompagnant les diverses manifestations spécifiques; le rétrécissement qui s'est produit lentement est dû le plus souvent à une inflammation hypertrophique ou végétante, d'autres fois à une coarctation cicatricielle, et le moins fréquemment à une tumeur osseuse. Les accidents respiratoires sont d'autant plus graves que les lésions qui les ont produits sont plus rapprochées de la trachée. Les lésions trachéales elles-mêmes sont souvent mortelles. La forme lente des laryngosténoses syphilitiques peut se compliquer d'œdème et prendre brusquement un caractère d'acuité.

La forme brusque des laryngosténoses syphilitiques peut être victorieusement et rapidement combattue par le traitement spécifique, et l'intervention chirurgicale peut être évitée, alors même que l'asphyxie paraît imminente. Le traitement spécifique doit être porté dès le début à de très-hautes doses, et être continué à doses décroissantes après la cessation des accidents respiratoires, sous peine de rechute. La forme lente cède au traitement médical d'autant plus difficilement que son invasion a été plus insidieuse et plus prolongée.

Le rétrécissement qui s'est produit lentement s'arrête quelquefois spontanément, et la trachéotomie ne devient pas nécessaire, mais il ne régresse jamais. Lorsque à la suite des coarctations cicatricielles il y a tendance à l'oblitération du larynx, celle-ci s'effectue, quoi qu'on fasse: l'ouverture des voies aériennes et le maintien indéfini de la canule sont imposés dans ce cas. Les végétations syphilitiques du larynx peuvent être détruites ou extraites comme les végétations non diathésiques. Sauf les cas de végétation, le traitement local des laryngosténoses syphilitiques est sans utilité (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, février 1879).

Quatre nouveaux cas d'athétose, par M. A. BROUSSE, interne des hôpitaux de Montpellier.

Après un court historique de cette affection dont l'étude remonte à 1871, historique qu'on trouvera plus complet dans l'excellente thèse de notre ami M. le docteur Paul Oulmont (*Etudes cliniques sur l'athétose*, Paris, 1878), M. Brousse donne quatre observations nouvelles; deux se rapportent à l'hémiathétose, les deux autres à l'athétose double : aucune n'est accompagnée d'autopsie.

M. Brousse tire de ces quatre observations les conclusions suivantes :

1° L'athétose est un symptôme ou un syndrome clinique (Grasset) qui peut se présenter dans des cas variables.

2° Qu'elle soit unilatérale ou bilatérale, elle présente de grandes analogies avec la chorée; aussi doit-on la regarder comme une espèce particulière de chorée.

3° On peut trouver des termes de passage entre l'athétose type et la chorée.

4° L'athétose n'est pas toujours un syndrome identique; elle peut être plus ou moins complète, ce qui permet de lui considérer plusieurs degrés en plus ou en moins : on pourrait établir trois formes principales : (*a*) *forme type:* mouvements involontaires continuels persistant au repos; (*b*) *forme incomplète* ou *fruste :* mouvements involontaires ne se produisant que par intervalles ou à l'occasion de mouvements volontaires ; (*c*) *forme complexe ou de transition:* aux mouvements des extrémités s'ajoutent des mouvements de la face et du cou et même des membres.

5° Il existe un rapport très-étroit entre l'athétose et l'atrophie cérébrale, rapport que la physiologie pathologique est encore impuissante à expliquer. (*Montpellier médical*, 1879).

Travaux à consulter.

RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR L'OZÈNE, par M. FRANKEL. — Mémoire important, mais dont il est impossible de donner une analyse en quelques mots. La conclusion est que l'ozène est un symptôme commun à bien des affections ulcéreuses et autres de la membrane de Schneider; cependant les ulcérations sont plus fréquentes et plus graves qu'on ne l'admet généralement. (*Virchow's Archiv*, t. LXXV.)

DE L'ACTION DE LA MORPHINE SUR LA RESPIRATION, par M. FILEHNE. — La morphine, proscrite par les auteurs classiques dans la dyspnée, est, au contraire, un agent des plus utiles, à condition d'établir la distinction suivante, déjà indiquée par de vieux praticiens et confirmée par les expériences de Filehne. 1° Lorsque la dyspnée dépend d'une anémie relative de la moelle allongée, rien dans le poumon ne s'opposant à l'artérialisation du sang, la morphine est indiquée et peut rendre de grands services. Sous ce chef, il faut comprendre les lésions des organes circulatoires (péricardites, lésions valvulaires, etc.). 2° Lorsque la dyspnée dépend d'une difficulté de l'artérialisation du sang au sein même du poumon, l'emploi de la morphine ne doit pas être conseillé : ce sont les cas de sténose du larynx ou de la trachée, de catarrhe suffocant, etc. Les doses varient suivant les circonstances. Le mode d'action est difficile à comprendre. (*Archiv für exp. Path. und Pharm.*, t. XI.)

RECHERCHES SUR LA CAISSE DU TYMPAN A LA SUITE DES SECTIONS EXPÉRIMENTALES DU TRIJUMEAU, par M. HAGEN. — Expériences faites à l'occasion de la communication de Gellé à la Société de biologie, le 8 décembre 1877. « Les conclusions de Gellé, basées sur les lésions observées dans *un seul* cas, ne sont pas fondées : l'intégrité de la caisse du tympan est la règle après les sections du trijumeau » (*Klebs's Archiv*, t. XI.)

LA PARALYSIE DU GRAND DENTELÉ, par M. LEWINSKI. — Mémoire de 40 pages, où l'on démontre méthodiquement ce que Duchenne (de Boulogne) nous avait appris en quelques lignes, à savoir que la paralysie pure du grand dentelé est rare et qu'elle ne produit aucune déformation de l'épaule au repos. Contient une bonne observation et un historique complet de la question. (*Virchow's Archiv*, t. LXXIV, p. 473.)

UN CAS DE PÉRITONITE PAR PERFORATION EN VOIE DE GUÉRISON, par M. LUDEVITZ. — Observé chez un homme de vingt-trois ans atteint d'ulcère rond. Phénomènes de péritonisme au moment de l'accident, puis amélioration progressive de l'état général, enfin pneumonie double (par propagation?) qui emporta le malade. On reconnut que le lobe gauche du foie avait empêché une sortie ultérieure des matières de l'estomac. La présence d'albumine dans l'urine est attribuée à la diminution de la pression artérielle dans la période de péritonisme. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 33.)

EMPLOI DE LA NOIX VOMIQUE CONTRE LE VERTIGE, par M. MADER. — A la dose de 0,1 à 0,2 d'extrait par jour dans les cas rebelles. Bons résultats. (*Wien. med Blätt.*, 1879, n° 8.)

UN CAS DE GUÉRISON D'UNE FRACTURE DU CRANE GRAVE AVEC LIGATURE DE L'ARTÈRE MÉNINGÉE MOYENNE, par M. HUETER. — Observation intéressante où l'on voit pour la première fois la vie conservée à la suite de la ligature de la méningée moyenne. On peut cependant encore conserver quelques doutes au sujet de l'artère liée. (*Cent. für Chir.*, 1879, n° 34.)

Un irrigateur stomacal, par M. Adamkiewicz. — L'appareil se compose essentiellement d'une sonde œsophagienne à double courant, semblable à celle qui est usitée pour la vessie. Ce qui nous paraît surtout intéressant dans la communication de l'auteur, c'est le principe qui l'a guidé « de mettre en contact direct la muqueuse stomacale altérée avec diverses substances médicamenteuses ». Dans une note ultérieure, seront relatées les observations cliniques. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 34.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale, par M. Michel Peter, t. II. Paris, 1879. Asselin.

L'école clinique française, tout en conservant intactes, depuis le commencement de ce siécle, ses traditions et ses méthodes, se caractérise de plus en plus chaque jour par la précision, la clarté, la personnalité qu'elle sait imprimer à ses travaux. L'anatomie pathologique accumule des matériaux qui donnent plus de précision au diagnostic, les sciences physico-chimiques lui fournissent des procédés de recherche plus perfectionnés, les études épidémiologiques permettent de discuter les questions relatives à la genèse des maladies; mais la clinique conserve toujours, en France surtout, son caractère d'individualité et d'indépendance; elle est, comme le disait autrefois notre éminent maître, le professeur Schützenberger, « l'école d'application de la science organique et de toutes les sciences qui s'y rattachent ». Il y a plus. Pour devenir des leçons de pathologie illustrée et vivante, les leçons cliniques doivent être attrayantes. Il est donc nécessaire que le professeur ne se contente pas d'énumérer des faits, mais qu'il sache exposer, dans un langage riche en rapprochements ingénieux et en images pittoresques, les idées qu'il veut graver dans l'esprit de ses élèves. Les premiers livres de clinique que nous avons étudiés rapportaient minutieusement, comme le font encore aujourd'hui bien des ouvrages allemands, les observations sur lesquelles ils s'appuyaient. Il s'agissait alors, en effet, de faits nouveaux ou mal étudiés; il importait de donner à l'appui des théories que l'on prétendait développer des documents inattaquables. Les livres consacrés à l'étude des maladies du système nerveux, et en particulier les leçons de M. Charcot ou celles de M. Vulpian, ouvrages qui se trouvent cités partout, en France aussi bien qu'à l'étranger, et qui contiennent en si peu de pages tant de découvertes remarquables, sont conçus dans le même esprit. On ne saurait être trop long ou trop détaillé dans l'exposé des symptômes d'une maladie nouvelle. Mais lorsqu'il devient nécessaire, non plus d'énumérer des symptômes, qui jusqu'alors avaient passé inaperçus ou avaient été mal appréciés, parce qu'ils avaient été mal compris, mais bien de tracer à grands traits l'évolution d'une des maladies les plus fréquentes; alors qu'il ne s'agit plus du diagnostic anatomique, mais du pronostic et du traitement des maladies qui atteignent l'organisme tout entier, il faut que les procédés d'étude et surtout les méthodes d'enseignement varient. Les leçons cliniques de Trousseau peuvent être citées, à ce point de vue, comme tout à fait remarquables. On y trouve tout à la fois la précision des faits et l'originalité des idées. Les livres de M. Peter sont aussi très-dignes de la faveur dont ils jouissent. Dans un premier volume, qui n'est plus à louer, il avait étudié les maladies du cœur et des artères, le rhumatisme, la pleurésie. Ses leçons sur les points de côté et sur les pleurétiques et les hémoptysiques avaient été très-remarquées. Le second volume, que nous venons de lire, aura le même succès. Il est consacré à l'étude de la tuberculisation pulmonaire, des maladies puerpérales et de la gangrène diabétique. Un dernier chapitre, dont la *Gazette hebdomadaire* avait eu la primeur (1872, p. 54 et suiv.), traite des températures excessives dans les maladies. Nous nous occuperons surtout, dans cette analyse, des pages consacrées à l'étude de la tuberculisation pulmonaire, et, sans nous arrêter à quelques critiques de détails ou à l'examen de chapitres au sujet desquels nous pourrions avoir quelques réserves à exprimer, nous nous efforcerons de faire ressortir ce qui fait l'originalité et le mérite de ces remarquables leçons.

Qu'est la phthisie pulmonaire; quels sont ses rapports avec la tuberculisation du poumon; est-il possible, quand il s'agit de phthisie pulmonaire, de déduire d'un diagnostic anatomique précis des conclusions pronostiques sérieuses? Toutes ces questions se trouvent résolues par M. Peter, et sa conclusion est la suivante : « Le tubercule n'est pas la tuberculisation, ni la tuberculisation la phthisie. Le tubercule est le produit et le témoignage d'une déchéance de l'organisme ; la tuberculisation, le mode d'évolution de ce produit; la phthisie, le résultat général et plus ou moins prochain de la tuberculisation, une sorte de cachexie organique dont nous pouvons, dans un assez grand nombre de cas, retarder l'apparition et les progrès, alors cependant que nous ne pouvons absolument rien contre le tubercule. » Point ne nous paraît nécessaire de commenter ces paroles. Elles expriment très-nettement une vérité clinique dont les conséquences sont considérables. Trop souvent, en effet, on persiste à ne voir que la lésion. On s'effraye dès qu'on perçoit, au sommet d'un poumon, quelques râles sous-crépitants, ou bien alors que les saccades du bruit respiratoire et un léger degré de submatité indiquent un commencement de congestion pulmonaire ou l'existence de fausses membranes. Et comme on s'imagine que la phthisie pulmonaire est la conséquence inévitable de la présence de tubercules, comme on ne s'efforce pas toujours de distinguer ce qui dépend de la congestion périphymique de ce qui tient à la prolifération tuberculeuse, comme on n'a point appris « qu'il n'y a pas parallélisme entre la lésion pathologique et l'altération de l'organisme », on « oublie de chercher la médication des tuberculeux, et c'est ainsi que, d'inconséquence en inconséquence, on en a été réduit, avec Laennec, à faire le pronostic du fatalisme et la thérapeutique du désespoir ». Que de ressources, cependant, alors que l'on intervient dès le début, alors qu'on lutte avec activité et intelligence, alors surtout que l'on connaît bien l'évolution et les formes multiples de la tuberculisation pulmonaire! Que de fois n'arrive-t-il pas au médecin consciencieux et non fataliste de voir les lésions, en apparence les plus profondes et souvent les plus irrémédiables, rester compatibles avec une santé relativement bonne! Que de fois aussi ces lésions elles-mêmes s'atténuent, puis disparaissent sous l'influence d'une hygiène convenable et d'un traitement rationnel! Pour arriver à un semblable résultat, il importe de bien savoir comment « l'état phthisique » peut succéder à la lésion tuberculeuse, et par quels procédés on peut empêcher la germination, puis la fonte des tubercules. Questions d'étiologie, questions de sémiologie, questions d'hygiène et de thérapeutique! Questions bien anciennes et qu'on pourrait croire bien rebattues si, en lisant les premiers chapitres du livre de M. Peter, on ne comprenait immédiatement que la manière d'analyser et d'interpréter les phénomènes que l'on observe tous les jours peut ouvrir à l'esprit bien des aperçus nouveaux. L'auteur examine d'abord *comment on se tuberculise*, et il passe en revue l'influence qu'exercent sur la genèse du tubercule l'inanitiation par les voies digestives, par les voies respiratoires, celles qui se produisent sous l'influence de l'air confiné, de la vie urbaine, des maladies aiguës, de l'alcoolisme, du diabète, etc. On remarquera, dans cette étude d'étiologie générale, l'art avec lequel se trouvent exposées les relations qui existent entre la tuberculisation pulmonaire et les maladies aiguës ou chroniques, avec l'alcoolisme, le diabète et la plupart des diathèses. Nous recommandons aussi la méditation des chapitres qui ont trait à l'étude des localisations tuberculeuses dans les différents organes et les divers tissus : « d'une part, en raison inverse de l'importance de la

fonction, de l'activité fonctionnelle et de la richesse, ainsi que de la perfection et de la texture de l'organe; d'autre part, en raison directe de la richesse vasculaire de ce même organe ». M. Peter n'a point négligé d'examiner les rapports qui paraissent exister entre les maladies considérées souvent comme antagonistes de la tuberculisation pulmonaire et la phthisie elle-même. Ainsi des maladies du cœur qui, suivant l'état général de l'organisme, la nature et la période de la maladie organique primitive, peuvent s'opposer au développement des tubercules, ou bien, au contraire, en compliquer les accidents. L'épuisement de l'organisme prédisposant à la genèse des tubercules, on comprendra que la scarlatine, la variole et la fièvre typhoïde ne sauraient être considérées comme antagonistes de la tuberculose. Nous aurions peut-être une autre interprétation à donner de ce fait que la rougeole et la coqueluche donnent si souvent naissance à la tuberculose; mais nous admettons volontiers, avec M. Peter, que l'inanitiation déterminée par les quintes de toux et les vomissements contribue à provoquer la maladie. A propos des causes de débilitation organique, qui sont une occasion éloignée ou prochaine de la tuberculisation, nous pourrions également citer l'influence des adénites caséeuses consécutives à des lymphangites traumatiques et survenant chez des individus d'une bonne santé apparente. Ces faits, qui paraissent justifier, à un certain point de vue, la théorie certainement trop exclusive de Niemeyer, pourraient trouver leur place à côté de ceux non moins intéressants que M. Peter résume presque à chaque page. L'auteur a eu, comme on le voit, l'immense mérite de montrer, dans cette étude étiologique, *comment et pourquoi on se tuberculisait*, au lieu de se borner à déduire d'une étiologie souvent banale ou d'une hérédité hypothétique toutes les causes d'une maladie qui, pour nous servir du mot de M. Gueneau de Mussy, doit être considérée comme le dernier terme de toutes les affections à tendance cachectique. Nous ne saurions trop louer une semblable méthode d'enseignement et d'étude; seule elle peut être regardée comme vraiment clinique, car elle embrasse tous les faits d'observation et permet de les envisager sous leur vrai jour. Abordant l'étude de la contagion et de l'inoculabilité de la phthisie, M. Peter se pose hardiment en adversaire de la contagion, qu'il regarde comme « rare et plus que douteuse ». Il conteste l'inoculabilité du tubercule en s'efforçant d'établir les différences qui lui paraissent devoir exister entre le tubercule spontané et le tubercule inoculé. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces questions de physiologie pathologique générale en analysant prochainement le traité de Lebert.

L'étude de la tuberculisation pulmonaire à forme hémoptysique est traitée avec beaucoup de soin. M. Peter nie l'existence de la phthisie dite *ab hæmoptoe*. La tuberculisation pulmonaire, dit-il, préexiste toujours à l'hémoptysie. Les arguments fournis à l'appui de cette thèse sont bien décisifs, et nous croyons fermement qu'ils finiront par prévaloir contre l'opinion opposée; mais nous n'avons pas été aussi fermement convaincu par les expériences de M. Peter sur l'innocuité du sang épanché dans les poumons. Ce n'est pas après quelques heures que, dans l'apoplexie pulmonaire, surviennent les accidents que Niemeyer a bien étudiés, et dont M. Woillez a cité un exemple remarquable.

La tolérance de l'organe et celle de l'organisme permettent au tuberculeux de vivre indéfiniment avec et malgré ses tubercules. Cette tolérance se manifeste par l'absence de fièvre et l'intégrité des fonctions digestives. Le chapitre dont nous venons de transcrire le titre précède une étude remarquable des symptômes principaux de la tuberculisation pulmonaire. Nous ne pouvons citer ici tous les aperçus ingénieux qui rendent la lecture de cette partie du livre de M. Peter aussi intéressante que profitable. Nous aurions désiré, sans doute, au sujet de la phthisie aiguë, de ses formes diverses, et surtout des signes diagnostiques qui la font reconnaître, plus de détails et une critique plus approfondie de ses principaux accidents. Mais c'est intentionnellement que M. Peter a abrégé ce chapitre, plus spécialement étudié par nos confrères de l'armée, et nous ne nous arrêterons pas à énumérer toutes les questions litigieuses qu'il pourrait soulever. Nous préférons appeler l'attention du lecteur sur les pages consacrées à exposer toutes les minuties de percussion et d'auscultation nécessaires pour affirmer, dès son début, le diagnostic de la tuberculisation pulmonaire. On n'insiste pas assez, d'ordinaire, dans l'enseignement classique, sur ces symptômes du début, et cependant, s'ils étaient toujours recherchés avec soin, s'ils étaient appréciés avec intelligence, ils permettraient d'éviter bien des mécomptes. Nous recommandons aussi l'étude des considérations développées par M. Peter et des observations qu'il résume pour prouver que l'on peut vivre longtemps avec des cavernes pulmonaires, et que celles-ci peuvent guérir. Tout ce qui contribue à détruire cette idée funeste d'un pronostic toujours fatal de la tuberculisation pulmonaire doit être signalé. Le livre de M. Peter rendra, à ce point de vue, un grand service à tous les médecins.

Nous arrivons aux chapitres qui ont pour objet d'indiquer le traitement des tuberculeux. L'application rigoureuse de la méthode d'enseignement qui avait servi aux études étiologiques et sémiologiques de la première partie donne à ces dernières leçons un réel intérêt. M. Peter examine successivement l'influence de l'hygiène, et il passe en revue l'action de la vie extérieure, des climats d'hivernage, du chauffage, du vêtement, de l'alimentation, de l'exercice, etc. Que de médecins devront méditer ces premières pages, et reconnaître qu'ils ont souvent été plus nuisibles qu'utiles en prescrivant une méthode thérapeutique absolument opposée à celle que préconise, avec tant d'autorité, le savant médecin de la Pitié! Que de malades auraient intérêt et profit à ne point opposer une fin de non-recevoir, fondée sur des préjugés difficiles, il est vrai, à déraciner, aux préceptes si sagement formulés par M. Peter! Après avoir examiné le traitement hygiénique des tuberculeux, l'auteur étudie les moyens thérapeutiques à opposer aux divers symptômes de la maladie, c'est-à-dire aux sueurs, à la toux, aux troubles gastriques, à l'hémoptysie, à l'expectoration. On trouvera encore dans ces pages bien des indications utiles. Nous ne nous arrêterons pas à les relever, ni à signaler les méthodes thérapeutiques générales qui pourraient convenir à tous les tuberculeux, et qui, à notre sens, mériteraient un chapitre spécial résumant toutes les indications contenues dans les articles précédents. Nous tenons, en terminant, à faire remarquer que, si l'anatomie histo-pathologique n'est pas exposée avec détail dans ces leçons, la clinique proprement dite n'y perd presque rien. C'est d'un point de vue général que M. Peter a exposé les questions litigieuses que l'histologie pathologique a éclairées et résolues de son côté. Et lorsque, avec la plupart des médecins modernes, il conclut à l'unité de la phthisie, il sait faire appel aux lumières de l'anatomie pathologique et ne manque pas de rappeler les savantes recherches de M. Grancher. On voit, par cette analyse, ce que valent ces nouvelles leçons sur la tuberculisation pulmonaire. Nous ne pouvons plus que recommander l'étude de celles qui s'occupent des maladies puerpérales, et remercier M. Peter des services qu'il a rendus à la science et à la profession médicale en publiant ce beau livre.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

LES COURS LIBRES A L'ÉCOLE PRATIQUE.

Nous n'avons point voulu nous occuper la semaine dernière d'un incident regrettable signalé par l'un de nos confrères. Nous ne pensions point, en effet, que cet incident pourrait

prendre, par suite de l'intervention passionnée de toute la presse politique, l'importance d'un évènement, et il nous semblait plus sage d'attendre des informations personnelles. Mais aujourd'hui que l'on s'efforce de confondre les intérêts de l'enseignement libre avec ceux d'un seul de ses membres; aujourd'hui que l'on crie au scandale, à la persécution, à l'injustice, il nous paraît nécessaire de dire tout notre sentiment sur les origines et les conséquences d'un fait que l'on a singulièrement dénaturé. Pour bien comprendre ce qui s'est passé le 24 novembre dernier à l'Ecole pratique, il importe de rappeler les modifications apportées depuis le mois de juin 1878 au fonctionnement des services anatomiques de la Faculté.

Il y a quelques années, l'installation matérielle des pavillons d'anatomie était très-défectueuse; l'enseignement pratique n'était fourni que par un petit nombre de prosecteurs et d'aides d'anatomie qui ne pouvaient, quels que fussent leur mérite et leur zèle, connaître personnellement et diriger tous les étudiants en médecine. Alors florissait l'enseignement libre. Tandis que les prosecteurs et les aides d'anatomie réunissaient et encourageaient les élèves qui leur semblaient les plus studieux et les plus méritants, alors qu'ils donnaient à quelques autres des leçons particulières qui leur étaient payées, quelques docteurs, autorisés à faire un cours à l'Ecole pratique, dirigeaient eux-mêmes, dans les pavillons de cette École, les exercices anatomiques de leurs élèves. Ainsi, en quelques mois et à peu de frais, un grand nombre d'étudiants pouvaient, grâce aux leçons particulières qu'ils recevaient des prosecteurs ou des professeurs libres, se mettre en mesure de subir leurs examens d'anatomie ou de médecine opératoire.

Nous n'avons point à insister sur les résultats avantageux de ces leçons pratiques. Alors que l'enseignement officiel était insuffisant, l'enseignement libre devenait nécessaire. L'installation nouvelle de l'Ecole pratique dans les bâtiments de l'ancien collège Rollin a nécessité une réforme complète de l'enseignement officiel. Cette réforme avait été préparée par M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques et par ses distingués collaborateurs. Un règlement nouveau, approuvé par le ministre, avait réparti tous les étudiants en séries successivement appelées à participer aux études pratiques. Les 650 élèves inscrits se trouvent aujourd'hui en mesure de profiter tous, comme s'ils étaient des élèves particuliers, de l'enseignement anatomique (il existe aujourd'hui 4 maîtres, 1 prosecteur et 3 aides d'anatomie, pour 75 élèves, ce qui est très-suffisant). Tous ces élèves peuvent, s'ils le désirent, assister journellement à des démonstrations faites sur le cadavre, et ils sont tous astreints à étudier sur pièces dans leur deuxième année d'études, la première partie, et dans leur troisième année, la seconde partie de l'anatomie. Cette réorganisation, pour être utile, devait avoir une sanction. Il fallait que le chef des travaux anatomiques, seul responsable de son service, pût assurer à tous les élèves des ressources anatomiques suffisantes et, en même temps, qu'il fût en mesure de contrôler leur travail. A cet effet, M. Farabeuf fit établir sur un registre spécial la liste des élèves inscrits pour les dissections. Ces élèves devant être *servis* par ordre d'inscription, aucune injustice ne pouvait être commise. Pour assurer, de plus, aux élèves de deuxième et de troisième année, qui sont *obligés* de prendre part aux exercices de dissection, un nombre de cadavres suffisant, il fut décidé que ceux-ci seraient *distribués* avant les *non obligés*, c'est-à-dire avant ceux qui, ayant passé l'âge de la dissection, manifesteraient le désir d'y revenir. Les élèves de deuxième et de troisième année seuls sont astreints à obtenir un certificat d'études délivré par le chef des travaux anatomiques. Il y a plus. Pour ne pas s'exposer à encombrer les salles de dissection d'étudiants mal préparés, l'article VI du nouveau règlement exige que tous les débutants aient subi, avant leur admission aux tables, un examen pratique d'ostéologie. Afin de mettre les étudiants débutants qui savent l'ostéologie, pour l'avoir étudiée pendant les vacances, en mesure de disséquer tout de suite, une série d'examens est ouverte avant le commencement des exercices pratiques de dissection. Et pour connaître les élèves qui se trouvent immédiatement aptes à y prendre part, chaque étudiant, en s'inscrivant, est tenu de répondre à cette question : « Êtes-vous en mesure de subir immédiatement l'examen d'ostéologie ? » La réponse *oui* ou *non* est inscrite sur le registre. Or, cette année, la dissection devait commencer le 26 novembre. L'examen d'ostéologie fut donc fixé au 24, et, ce jour-là, tous les étudiants qui s'étaient déclarés en état de subir cet examen avaient été convoqués. Ces étudiants avaient répondu presque tous à l'appel qui leur était adressé; ils étaient réunis *dans la salle d'examen;* aucun d'eux n'avait fait entendre aucune observation, lorsqu'un des membres de l'enseignement libre, autorisé à donner des leçons particulières dans l'enceinte de l'Ecole pratique à des élèves payants, prétendit que ces élèves n'étaient point préparés à subir l'examen, soutint qu'il aurait dû être personnellement informé de cette convocation, et, pour des motifs que nous n'avons point à examiner, contesta l'autorité du chef des travaux anatomiques, lui opposa celle du doyen de la Faculté dont il se faisait fort d'obtenir l'appui, (il est bien démontré aujourd'hui que cette assertion était absolument inexacte) et finit par faire appel à l'insubordination des élèves, en leur enjoignant de se refuser à subir l'examen pour lequel ils étaient convoqués. Une semblable attitude, dans une salle d'examens et devant tous les étudiants officiellement appelés, ne pouvait être tolérée. M. le docteur Farabeuf y mit fin par un procédé sommaire. Nous demandons, du reste, à tous les esprits impartiaux, quelle serait la conduite du président d'un jury d'examen quelconque, du baccalauréat par exemple, si un préparateur, ou un répétiteur, venait à protester publiquement, devant les élèves, contre le programme de l'examen ou à contester l'autorité des juges? Nous n'insisterons point davantage sur la portée de cet incident qui n'a en lui-même qu'une importance médiocre. Mais, puisqu'on a parlé d'un outrage adressé à un membre de l'enseignement libre, puisqu'on a insinué que cet enseignement était tenu en suspicion par la Faculté, nous dirons quelques mots sur ce sujet.

L'enseignement libre de l'Ecole pratique a toujours été; il devra toujours être, non point toléré, mais encouragé et respecté. A cet enseignement pourront bientôt prendre part, chaque année, près de quarante docteurs en médecine. Les uns sont les candidats à l'agrégation ou aux concours des hôpitaux. Point n'est besoin de les défendre. Parmi les autres, plusieurs spécialistes éminents rendent d'incontestables services en exposant devant un auditoire studieux et attentif des doctrines nouvelles ou des procédés opératoires ingénieux. Si tous ces cours n'ont pas pour objet exclusif l'avancement de la science et l'instruction des étudiants en médecine, beaucoup d'entre eux sont très-profitables, et jamais nul ne songera à les interdire. Mais faut-il assimiler à ces cours publics les répétitions particulières données par des docteurs en médecine dans un but d'intérêt personnel? Que ces leçons particulières soient utiles à quelques élèves, nous ne songeons point à le nier. Mais est-ce réellement un devoir pour la Faculté d'autoriser, dans l'enceinte de l'Ecole, des exercices pratiques spécialement et exclusivement dirigés par des répétiteurs qui n'ont subi aucun examen préalable, alors surtout que le nouveau règlement vient d'interdire aux prosecteurs et aux aides d'anatomie les leçons rétribuées qu'ils donnaient auparavant? Que dirait-on si un histologiste, un physiologiste, un botaniste, un chimiste ou un physicien, venaient demander place dans les laboratoires de MM. Robin, Béclard, Baillon, Wurtz, Gavarret, et y donner des leçons particulières en se servant, pour mieux instruire leurs élèves, des instruments qui se trouvent dans ces laboratoires et des animaux qui servent aux vivisections? Telle paraît être cependant la pré-

tention de personnes autorisées à faire à l'Ecole pratique un cours d'anatomie. Il est à craindre, au contraire, et ce n'est par nous qui le demanderons, que tout le bruit qui se fait à propos de l'*incident de l'Ecole pratique* ait pour seul résultat de faire rentrer dans la loi commune tous les membres de l'enseignement libre. L'exercice des dissections est un exercice *obligatoire*. Le contrôle ne peut en être assuré que par un certificat délivré par le chef des travaux anatomiques, seul compétent et seul indépendant. Un répétiteur d'anatomie, payé par ses élèves, ne saurait avoir plus de droits à fournir ce certificat que n'en aurait un spécialiste qui prétendrait délivrer un certificat de *stage* alors que, dans son dispensaire, il aurait été cependant en mesure de donner à ses élèves une instruction remarquable.

Personne ne croira que M. Farabeuf ait jamais eu l'intention d'interdire aux élèves de suivre les cours privés des répétiteurs qui ont assez de talent ou d'adresse pour les mettre en état de passer rapidement leurs examens; mais il s'est cru le droit de prendre à lui seul, sous l'autorité et avec l'approbation du doyen de la Faculté, toutes les mesures d'ordre nécessaires pour assurer l'assiduité et le travail des étudiants, pour éviter les fraudes, et pour distribuer équitablement entre tous les ressources anatomiques dont il dispose.

P. S. Au moment de mettre sous presse, nous recevons la lettre suivante :

Les prosecteurs soussignés à Monsieur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Monsieur,

Plusieurs journaux viennent de vous attaquer à propos d'un incident d'administration intérieure, dans lequel vous avez voulu faire respecter l'autorité légitime que vous teniez de la Faculté.

La presse a pu se laisser égarer, et vous prêter nous ne savons quelles intentions mesquines. Ces imputations nous indigneraient si elles ne nous paraissaient pas tout simplement ridicules. Il suffit de vous avoir vu à l'œuvre, dans la réorganisation de l'Ecole pratique, pour savoir que vous n'avez jamais eu qu'une passion, celle de l'intérêt général des élèves.

Nous, vos collaborateurs de tous les jours, qui vous avons secondé de notre mieux, nous osons le dire, et au prix de sacrifices personnels, nous ne pouvons, sans protester, laisser ainsi méconnaître votre caractère.

De semblables attaques ne font que resserrer les liens qui nous unissent, et plus que jamais vous pouvez compter sur notre concours dans l'œuvre que vous poursuivez pour le bien de la science et des élèves.

Paul Reclus, chirurgien des hôpitaux; Peyrot, chirurgien des hôpitaux; H. Duret; Paul Segond; Ch. Nélaton; P. Reynier; Ad. Jalaguier.

Paris, 9 décembre 1879.

Inspection des établissements de bienfaisance. — Sur un rapport de M. le ministre de l'intérieur, contenant l'*inspection générale des services administratifs* du ministère, un décret vient d'être rendu par M. le Président de la République, aux termes duquel la division de l'inspection en sections particulières étant maintenue, les inspecteurs pourront être transférés d'une section dans une autre. Conséquemment, des aptitudes spéciales ne correspondront plus nécessairement à l'inspectorat des services spéciaux. L'inspection générale ne pourra plus compter que deux docteurs en médecine (art. 11). La classe des établissements généraux, dans laquelle figurent les hôpitaux et hospices, ainsi que les asiles d'aliénés, comprend, en outre, les suivants : bureaux de bienfaisance, monts-de-piété, dépôts de mendicité, et tous autres établissements publics de bienfaisance; maisons de refuge, orphelinats, sociétés de charité maternelle, crèches; institutions de bienfaisance reconnues d'utilité publique, les œuvres privées qui reçoivent des subventions de l'Etat; service des enfants assistés, celui de protection des enfants du premier âge et celui de la médecine gratuite en faveur des habitants des campagnes.

Dans les classes de personnes pouvant être nommées à l'inspectorat se trouvent : 1° les docteurs en médecine ayant exercé pendant dix ans au moins, dont cinq comme médecin des hôpitaux de Paris, comme médecin ou chirurgien en chef d'un hôpital civil de deux cents lits, ou comme médecin en chef d'un asile public d'aliénés comptant également deux cents malades au moins; ils sont nommés à la suite d'un concours sur titres, dont le ministre détermine les conditions; 2° ils sont agrégés à la Faculté de médecine de Paris, dispensés de la condition d'exercice prescrite par le paragraphe précédent.

Les inspecteurs généraux sont nommés par le ministre.

Un concours *sur titres* est ouvert dès maintenant. Ce concours, dont le jour sera ultérieurement déterminé, sera ouvert au ministère de l'intérieur, pour la nomination à un des emplois d'inspecteur général des services administratifs, réservés aux docteurs en médecine, conformément aux dispositions ci-dessus. MM. les docteurs-médecins pourront prendre connaissance des conditions du concours et obtenir tous autres renseignements, au ministère de l'intérieur, 2e bureau de la direction du secrétariat, rue de Grenelle, 101, 1er étage, de midi à quatre heures.

Traitement a domicile. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du IVe arrondissement que le dimanche 21 décembre 1879, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 27 nov. au 4 décembre 1879, on a constaté 1014 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 24. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 2. Variole, 29. — Croup, 11. — Angine couenneuse, 16. — Bronchite, 59. — Pneumonie, 70. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 13. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 4. — Erysipèle, 3. — Autres affections aiguës, 228. — Affections chroniques, 497 (dont 175 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 25. — Causes accidentelles, 27.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la Gazette hebdomadaire *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de* 8 *francs, à recevoir le* Bulletin de l'Académie de médecine, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 18 décembre 1879.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

SUR UNE THÉORIE NOUVELLE DE M. MÉGNIN SUR L'ÉVOLUTION DES TÉNIAS.

Les naturalistes et les médecins qui se sont occupés de la génération des vers intestinaux sont arrivés, après de longues recherches, à déterminer le mode de développement d'un assez grand nombre de ces vers, parmi lesquels on compte surtout des ténias. On connaît à ces derniers deux périodes dans le développement : l'une, celle de larve, pendant laquelle se forme la tête, appelée aussi scolex; l'autre, la période adulte, qui conserve le scolex avec tous ses caractères primitifs, sauf un accroissement de volume, et qui se complète par l'adjonction d'un plus ou moins grand nombre d'anneaux portant les organes génitaux et les œufs. Chez tous les cestoïdes, dont la génération est aujourd'hui connue, la période de larve s'accomplit dans une cavité séreuse ou dans le parenchyme d'un organe; jamais dans une cavité muqueuse. La seconde période, celle de l'adulte, s'accomplit dans la cavité du tube digestif et jamais dans une cavité séreuse ou dans un parenchyme. Naturellement, la larve ne pouvant acquérir un développement plus avancé dans la cavité où elle s'est formée, finit par périr si son hôte n'est avalé par un autre animal. Dans ce dernier cas, la larve parvient dans l'intestin de cet autre animal, et, trouvant là des conditions favorables, elle achève de se développer en gardant le scolex formé dans le premier séjour et en acquérant des organes génitaux; de là la nécessité d'une migration pour accomplir toutes les phases du développement.

L'évolution complète n'est pas connue chez tous les ténias; mais on a conclu, par analogie, que les autres suivent les mêmes lois dans leur développement, et l'on attend des recherches à venir la confirmation de cette manière de voir.

M. Mégnin nous apporte sur cette question des recherches nouvelles (*Bulletin de la Société centrale de médecine vétérinaire*, 10 avril 1879; *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, par Ch. Robin, mai-juin 1879; *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1879, p. 395); mais, sur quelques faits plus ou moins contestables, il édifie une théorie qui bouleverse tout ce que nous croyons savoir de la génération des ténias. D'après cette théorie, ces vers pourraient accomplir les phases diverses de leur développement chez le même animal et dans le même organe; ils passeraient la période de larve dans l'intestin, ou plutôt celle-ci n'existerait pas; ou bien ils deviendraient adultes en dehors de l'intestin, dans le séjour ordinaire de la larve. Le ténia inerme d'un herbivore pourrait se développer en ténia armé chez un carnivore, et réciproquement. Toutes ces différences ne tiennent qu'à la différence de l'habitat. Par exemple, le *Tænia echinococcus* (armé) du chien et du loup serait le même que le *Tænia perfoliata* (inerme) du cheval (malgré des différences d'organisation qui se voient jusque dans l'œuf). Le *Tænia serrata* (armé) de l'intestin du chien, et dont la larve vit dans la cavité péritonéale du lapin domestique, serait le même que le *Tænia pectinata* (inerme), qui vit dans la cavité intestinale du lapin de garenne. L'auteur n'est nullement arrêté par les différences d'organisation qui existent entre ces différents vers, différences telles que ces ténias doivent être classés dans des genres différents. Je ne puis, à ce sujet, entrer dans des détails qui seraient ici hors de leur place, et que les helminthologistes tant soit peu instruits connaissent; il me suffira d'indiquer une de ces différences faciles à vérifier : l'œuf du *Tænia serrata* du chien possède une coque granuleuse et est constitué comme celui des ténias de l'homme, qui est figuré dans tous les livres modernes d'hel-

FEUILLETON

Leçon sur le diagnostic de la folie, par M. le professeur BALL (1).

Messieurs,

Je me propose aujourd'hui d'étudier avec vous le diagnostic de l'aliénation mentale en me plaçant exclusivement sur le terrain de la clinique et de la pratique. Destinée à vous tracer la voie dans les exercices pratiques auxquels je vous ai conviés, cette leçon doit vous indiquer les principes sur lesquels repose l'interrogatoire des aliénés, les difficultés qu'on rencontre à chaque pas et les moyens de les surmonter.

Les conditions dans lesquelles le médecin se trouve placé lorsque, pour la première fois, il est mis en présence d'un aliéné, sont entièrement différentes de celles qu'on rencontre dans la pratique ordinaire. Appelés au lit d'un malade, nous ne trouvons autour de nous que des dispositions bienveillantes; tout concourt à favoriser nos efforts; le sujet lui-même désire ardemment la guérison; les parents, les amis s'empressent de nous fournir tous les renseignements qui peuvent éclairer notre jugement; et si des obstacles de nature physique viennent souvent obscurcir le diagnostic, ils sont liés à la nature même de l'affection et ne résultent nullement d'une résistance volontaire.

Il en est bien autrement pour l'aliéniste chargé de l'interrogatoire d'un fou. Non-seulement le sujet se refuse trop souvent à seconder ses efforts; mais la famille elle-même lui oppose bien des fois une résistance imprévue; loin de l'éclairer, on cherche souvent à le tromper par de faux renseignements; une fausse pudeur porte les parents à dissimuler, à atténuer, je dirai presque à justifier le délire de leurs pro-

(1) Texte du professeur.

minthologie, tandis que l'œuf du *Tœnia pectinata* du lapin possède une coque lisse, si j'ai bonne mémoire; en outre, l'embryon est contenu dans une seconde enveloppe qui paraît se replier en un double crochet fort singulier, et que je n'ai vu chez aucun autre cestoïde.

Pouvons-nous admettre que l'habitat modifie aussi profondément deux individus de même espèce, et que son influence se fasse sentir jusque dans la constitution intime de l'œuf? Quelle importance attribuer alors aux caractères spécifiques ou génériques sur lesquels sont établies nos classifications? Que croire de la fixité de ce que nous appelons les lois de la nature, par exemple de celles par lesquelles certaines catégories d'êtres organisés accomplissent leurs périodes successives de développement dans des milieux différents, conditions qui, jusqu'aujourd'hui, ont paru régir tous les vers cestoïdes sans exception?

On voit que les opinions émises par M. Mégnin sont plus extraordinaires qu'on ne le croirait au premier abord, qu'elles portent beaucoup au delà du cercle étroit où elles paraissent renfermées; or, on conviendra que, pour établir de telles opinions, il faut apporter les faits les mieux avérés, les plus certains, les plus probants.

Plusieurs savants se sont occupés des théories de M. Mégnin, et j'ai pensé que leurs critiques suffiraient à éclairer l'opinion des hommes qui ne font point de l'helminthologie une étude spéciale; mais j'ai vu à regret, dans des écrits récents, qu'il n'en est pas ainsi. Je regarde donc comme chose fort utile de ne pas laisser s'accréditer plus longtemps, dans les ouvrages de science, des opinions qui, suivant moi, sont des erreurs manifestes.

M. Mégnin fonde toute sa théorie sur deux faits qu'il ne trouve probablement pas très-solides, puisqu'il cherche à leur donner l'appui d'une foule de considérations tout à fait étrangères à la question ou elles-mêmes très-contestables. Par exemple, l'absence de crochets dans les ténias des herbivores proviendrait de ce que ces vers sont logés primitivement dans une partie de l'intestin fort tranquille. Alors que penser des cysticerques et des échinocoques qui sont armés de crochets? Sont-ils donc bien secoués dans un kyste du foie, de la rate ou du cerveau? Quant aux ligules, pourquoi chercher un argument dans une observation unique du professeur Brullé (de Dijon), observation qu'on sait aujourd'hui manifestement erronée, car l'évolution des ligules, grâce aux expériences de M. Duchamp et de quelques autres savants, est parfaitement connue.

J'en viens aux deux faits sur lesquels M. Mégnin appuie sa théorie nouvelle.

Le premier est l'observation d'un cheval, âgé de quatre ans, à l'autopsie duquel on trouva un assez grand nombre de petits *Tœnia perfoliata* logés dans l'intestin et dans un diverticulum de cet intestin; puis les débris d'un échinocoque renfermés dans un kyste situé dans le voisinage. Suivant l'auteur, ces ténias et cet échinocoque ont la même origine; ils appartiennent donc à la même espèce. Or, quelle preuve donne-t-il de cette étrange parenté? Aucune, si ce n'est le voisinage. A ce compte, lorsque l'on trouve dans les canaux biliaires du mouton des distomes et dans le tissu hépatique des échinocoques, ce qui n'est pas rare, on est autorisé à regarder les uns et les autres comme frères et comme de la même espèce.

Et voilà un argument avec lequel on croira renverser les notions longuement et péniblement acquises par tous les helminthologistes de notre époque. Voyons pourtant si nous ne trouverons pas quelque autre raison que l'auteur eût pu invoquer à l'appui de sa thèse. Si l'on prouvait que ces petits ténias et cet échinocoque sont contemporains, ont le même âge, on pourrait en inférer qu'ils proviennent de la même mère. On sait que les ténias se développent rapidement : ceux de l'homme acquièrent jusqu'à 6 mètres de longueur en deux ou trois mois; les ligules, dont il a été question tout à l'heure, lorsqu'elles arrivent dans l'intestin des oiseaux, deviennent adultes, pondent et disparaissent en quatre ou cinq jours. Raulin, Gœze, Rudolphi, etc., ont trouvé des ténias déjà très-longs, même de plusieurs pieds, chez des agneaux à la mamelle. On doit donc croire que les ténias observés par M. Mégnin, qui avaient à peine 2 centimètres de longueur, étaient âgés de quelques semaines seulement. Quant à l'échinocoque, il était passé à l'état athéromateux et n'était représenté que par des crochets et des corpuscules calcaires; or, nous savons que cette destruction des échinocoques ne s'observe chez l'homme qu'après plusieurs années; elle est, sans doute, plus rapide chez les animaux herbivores; mais ce n'est pas après quelques semaines d'existence qu'elle arrive; il faut certainement plusieurs mois, plusieurs années probablement. L'échinocoque dont nous retrouvons les restes et les ténias très-jeunes qui étaient voisins n'étaient donc pas contemporains. Pourquoi croire alors qu'ils ont eu une commune origine, qu'il sont issus de la même mère?

Puisque nous n'avons point de théorie nouvelle à édifier, puisque le voisinage ne prouve rien du tout quant à la parenté, puisque les vers étaient arrivés chez ce cheval à des

---

ches; enfin, les circonstances concomitantes concourent elles-mêmes dans bien des cas à déjouer la perspicacité de l'observateur.

Sans doute, il est des fous dont le délire saute aux yeux; un maniaque en état de fureur, un mélancolique en état de stupeur, pourraient être jugés sans effort par tout homme initié aux premiers éléments de la pathologie mentale. Mais il est un grand nombre de cas, et ce sont souvent les plus intéressants et les plus graves, où les caractères de la maladie sont loin de s'offrir d'eux-mêmes à notre observation; et c'est seulement grâce à une longue habitude, grâce à ce tact spécial que la pratique seule peut nous faire acquérir, que nous parvenons à démêler la vérité parmi tant de causes d'erreur.

Il est d'ailleurs une opinion grave, fort répandue parmi les gens du monde, et qui nuit singulièrement au médecin dans l'exercice de ses fonctions; elle consiste à croire que tout homme de bon sens peut formuler un diagnostic et distinguer un aliéné d'un homme sain d'esprit après quelques instants de conversation. Rien n'est plus contraire à la vérité, et c'est précisément en médecine mentale qu'une longue habitude des malades est le plus indispensable pour asseoir son jugement sérieux. Je vais m'efforcer maintenant de vous en donner la preuve.

Si les règles ordinaires du diagnostic ne sont point applicables au cas qui nous occupe, ce serait une grave erreur de croire qu'il n'existe point de règles, et qu'il suffit au médecin de s'abandonner aux inspirations du tact médical pour reconnaître la vérité.

Loin de là, c'est précisément en présence des aliénés qu'il est absolument indispensable de suivre une bonne méthode, de l'appliquer rigoureusement et de ne rien abandonner au hasard.

Quatre questions principales se présentent à l'esprit au début de l'interrogatoire :

1° Le sujet est-il malade ou sain d'esprit?

époques différentes, puisque leur organisation n'était nullement semblable, je conclus que ce premier fait ne prouve absolument rien.

Le second fait sur lequel s'appuie la théorie de M. Mégnin s'est rencontré chez un lapin de garenne.

Il s'agit d'un ténia de ce rongeur (le *Tænia pectinata*), dont la larve est inconnue, mais qui, à l'état adulte, se trouve très-communément dans la cavité intestinale du lapin sauvage. Je rappellerai ici que l'évolution complète des ténias, dont plusieurs centaines d'espèces sont aujourd'hui connues, s'accomplit dans des milieux différents : la larve se développe exclusivement dans des cavités séreuses ou dans des parenchymes, et l'adulte exclusivement dans une cavité muqueuse, celle de l'intestin.

On ne connaît à cette *règle* aucune exception. Or, M. Mégnin rapporte qu'il a trouvé le *Tænia pectinata* chez le lapin, non dans la cavité intestinale, mais dans la cavité péritonéale. Bien que ce fait soit fort étrange, les détails si précis donnés par l'auteur sur la constitution du ver prouvent qu'il était adulte et complètement semblable à celui qui habite la cavité de l'intestin chez le même animal.

Ce ver, suivant M. Mégnin, ne serait autre que le cysticerque pisiforme. On sait que ce cysticerque se trouve très-communément dans la cavité péritonéale du lapin domestique; avalé par un chien (fait incontesté), il conserve sa trompe, ses crochets, ses ventouses, s'allonge en ruban et devient le *Tænia serrata*. Mais, d'après la nouvelle théorie, ce cysticerque peut acquérir son développement complet (on nous en montre un spécimen) dans la cavité péritonéale où il est né, et revêt des caractères tout différents. Pour le prouver, l'auteur montre qu'il existe des différences grandes entre le scolex de son ténia adulte et celui du cysticerque pisiforme. Je suis loin de contester ces différences; mais, dans cette comparaison entre les caractères des deux scolex, je suis forcément frappé d'une nouvelle singularité : c'est que, dans les cestoïdes que nous connaissons, la tête de la larve acquiert toujours chez l'adulte de plus grandes dimensions, tandis que, dans les cas dont il est ici question, c'est précisément le contraire qui arrive.

Il eût été fort intéressant de connaître à quelle époque et comment la larve perd ses crochets et sa trompe, retrécit ses ventouses pour revêtir la forme nouvelle de l'adulte; ou bien si celui-ci possède, dès son premier âge, sa forme définitive. Si l'auteur nous eût montré les formes successives que revêt la larve passant à l'état adulte, il eût levé tous les doutes et satisfait les helminthologistes, bien qu'ils soient gens entêtés et plus ou moins imbus de préjugés. Il semble que M. Mégnin a pu trouver l'occasion d'établir cette série, car il a rencontré plusieurs fois, paraît-il, des *Tænia pectinata* dans le péritoine de lapins sauvages, et ses amis, dont cinq vétérinaires et un lieutenant-colonel, tous hommes très-sincères certainement et tous chasseurs, en ont trouvé très-communément chez les lapins de garenne.

Ici je ne puis m'empêcher d'exprimer de nouveau mon étonnement, qui a dû être partagé par tous les helminthologistes. Quoi ! ce ver est si peu rare que tous les amis de M. Mégnin le trouvent, tandis que jamais aucun savant s'occupant de la recherche des vers intestinaux ne l'a observé! Il faut savoir que, depuis plus d'un siècle, cette partie de l'histoire naturelle a passionné un très-grand nombre de médecins et de naturalistes, tels que Gœze, Rudolphi, Bremser, Dujardin, Van Beneden et beaucoup d'autres, dans presque toutes les contrées de l'Europe ; que tous ces hommes ont passé une grande partie de leur vie à la recherche et à l'étude des vers intestinaux ; qu'ils ont ouvert un nombre incalculable d'animaux, et que pas un n'a vu le *Tænia pectinata* du lapin dans la cavité péritonéale de cet animal!

Mon ami le professeur Laboulbène, après avoir émis devant la Société médicale des hôpitaux de Paris quelques objections aux manières de voir de M. Mégnin, a cru devoir dire que mes opinions sur ce sujet étaient conformes aux siennes. Dans sa réponse, M. Mégnin récusa, et avec raison, cette autorité. Dans la science, il n'y a, en effet, d'autorité que celle des faits; peut-être a-t-il eu raison encore en attribuant mon dissentiment à la difficulté qu'éprouvent les gens d'un certain âge à quitter leurs anciennes idées pour en prendre de nouvelles. A cet âge aussi l'on aime à raconter ; c'est donc par une petite anecdote que je vais finir.

Dans ma jeunesse, je devins le médecin particulier d'une famille qui possédait une grande terre dans le Berri. Pour occuper mes loisirs, je me livrais à quelques études d'histoire naturelle. J'ouvris beaucoup d'animaux tués à la chasse, afin d'y chercher des vers intestinaux, et je demandai au cuisinier de m'en garder quand il en rencontrerait. Un jour, il m'apporta des *Tænia pectinata* du lapin de garenne qu'il prétendit avoir trouvés dans la cavité du ventre, en dehors de l'intestin. Imbu des préjugés de l'école, je crus que ce n'était pas possible ; mais mon homme, bien convaincu, s'offrit à me montrer une autre fois le fait, qui, disait-il, n'était pas rare. En effet, il revint quelques jours après avec un

---

2° S'il est aliéné, quelle est la forme de son délire?

3° S'agit-il d'un délire symptomatique, d'une affection aiguë qui emprunte le masque de la folie?

4° Doit-on songer à la simulation?

C'est surtout, Messieurs, la première question qui doit nous occuper aujourd'hui.

Il est impossible, on le comprend sans peine, d'appliquer ici la méthode de Rostan et d'adresser au malade les deux questions sacramentelles : Où souffrez-vous? Depuis quand souffrez-vous? Le sujet vous répondrait immédiatement : « Monsieur, je ne suis pas malade. »

Il est donc indispensable de choisir une autre route. Nous disposons de trois moyens d'investigation : 1° l'interrogation du malade ; 2° l'exploration physique, dont l'importance est moins grande, il est vrai, que dans les cas où il s'agit d'une maladie ordinaire, mais qui fournit cependant au diagnostic des éléments d'une haute importance ; enfin 3° les commémoratifs, qui seront du plus grand secours lorsqu'il est possible de se procurer sur les antécédents du malade des renseignements dignes de foi.

Commençons par l'interrogatoire du sujet. L'une des premières difficultés à surmonter, c'est de se mettre en rapport avec lui, et l'on est souvent obligé, pour pouvoir l'aborder, de recourir à des subterfuges divers. On peut se trouver à cet égard dans des conditions fort différentes. Tantôt le médecin est requis par autorité de justice et doit répondre aux questions qui lui sont posées par les magistrats. Tantôt il est consulté par le malade lui-même, car tous les aliénés ne sont pas convaincus que leur santé est irréprochable. Tantôt enfin, il est introduit dans la maison par la famille.

En thèse générale, le moyen le plus commode et le plus sûr d'entrer en matière est de se présenter devant le malade avec autorité. Les fous sont vivement impressionnés par tout ce qui représente à leurs yeux la force publique ; les tribunaux, la police, jouent un rôle énorme dans leurs préoccupations. Il n'est point nécessaire d'usurper devant eux la qualité de

lapin tué à la chasse; un téuia était tout entier sur la masse intestinale; il n'y avait point à contester, car toutes les parties avaient été conservées soigneusement en place. Mais en examinant les choses de plus près, je pus trouver facilement le trou fait à l'intestin par des grains de plomb et par lequel le ver était sorti. Dirai-je que le cuisinier n'était ni satisfait, ni convaincu, et qu'il me donna plusieurs fois encore l'occasion de lui montrer le même fait?

Je suis persuadé que personne ne croira que j'ai inventé cette petite histoire pour les besoins de la cause. Je dirai néanmoins que j'y ai fait allusion dans la première édition du *Traité des entozoaires*, en 1859, p. 190, et dans la seconde édition, p. 192. Il s'agissait des perforations opérées par les vers de l'intestin, perforations si communes alors et qu'on ne voit plus maintenant. A ce propos, je disais : « Enfin » n'ai-je pas trouvé plus d'une fois, dans la cavité péritonéale d'animaux tués à la chasse, des vers qui étaient » sortis de l'intestin à travers des trous faits par des grains » de plomb! »

C. Davaine.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

Nouvelle méthode d'opération des tumeurs blanches (ou abrasion intra-articulaire, ou encore *Arthroxésis*, ἄρθρον, ξέω), par M. Létiévant, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à la Faculté.

J'ai été conduit à pratiquer ma nouvelle méthode d'opération des tumeurs fongueuses *intra-articulaires* (tumeurs blanches communes) à la suite de diverses opérations sur des tumeurs fongueuses *extra-articulaires*.

Ces dernières, développées en dehors des articulations, touchent souvent à la surface externe de la capsule articulaire et y sont accumulées en masses quelquefois multiples.

J'ai pratiqué l'ablation de plusieurs de ces tumeurs, soit au dos du carpe, soit sous le tendon d'Achille, soit sur la dépression calcanéo-cuboïdienne, par la méthode du raclage. La raclette, d'une direction très-précise, m'a permis de découvrir le mal, de le circonscrire et de n'enlever que lui. Les désordres peu considérables causés par ce mode d'opération ont rendu la guérison facile et prompte.

A la suite de ces résultats heureux, la récidive ne s'est pas produite.

La bénignité du raclage extra-articulaire m'a engagé à faire l'abrasion des fongosités *intra-articulaires* de certaines tumeurs blanches.

Les tumeurs blanches communes, ou synovites fongueuses (je ne parle ici que de celles-là), débutent généralement par des fongosités formées à la surface interne de la synoviale. Ces fongosités se développent, distendent, puis perforent la capsule articulaire et vont s'accumuler en un ou plusieurs points au-dessous de l'aponévrose et de la peau.

Ces fongosités constituent à elles seules la lésion morbide dans la synovite fongueuse. L'os, dans ces cas, n'est altéré que par leur présence : cette altération, légère d'ailleurs, est seulement à sa surface. L'os est alors comme érodé par places. Le cartilage d'encroûtement, atteint quelquefois sur les bords, s'y détache par parcelles fines; ou bien ces bords ont disparu par altération velvétique; quelquefois le cartilage a complètement disparu.

L'extrémité osseuse érodée n'a aucune lésion dans son épaisseur, ni abcès, ni fongosité intérieure, ni séquestre. Le mal c'est la fongosité. Les altérations de l'os ou des autres tissus ne sont que des lésions accessoires et symptomatiques.

Il me paraît inutile, *dans ce cas*, de sacrifier une masse osseuse, parce qu'elle est entourée d'un fongus qui a légèrement altéré sa surface. Alors même qu'il se trouverait en un ou deux points (ce que je n'ai pas observé) des fongosités profondes il faudrait évider sans pour cela amputer ou réséquer.

Enlever le mal, rien que le mal.

Respecter ce qui est sain, tout ce qui est sain.

En agissant ainsi on doit obtenir : 1° une *économie* pour l'organisme dans le travail de réparation ; 2° une *adaptation exacte* des surfaces articulaires laissées dans leurs rapports normaux; 3° la *conservation* plus complète des *capsules articulaires* ligamenteuses qui seront à peine intéressées; 4° une *précision dans les mouvements* que les méthodes en usage ne donnent pas habituellement.

Ce dernier point bien important me paraît devoir imposer la méthode dans les synovites fongueuses du coude, par exemple ; la résection, dans ces cas, paraissant délaissée par quelques chirurgiens, en raison de la mobilité exagérée et folle du membre qui en est assez souvent la conséquence et qui laisse un membre inutile et embarrassant.

Pour toutes ces raisons, et autorisé par les essais heureux sur les fongus extra-articulaires, j'appliquai l'abrasion pour une tumeur blanche volumineuse du coude, au mois d'avril dernier (1879).

Obs. I. — Marcellin Bador, âgé de quinze ans, portait au coude droit une volumineuse tumeur blanche fongueuse datant de trois ans, douloureuse, ramollie, sur le point de s'ouvrir. On avait proposé l'amputation du bras, puis la résection de la jointure.

Opération. — Le 29 avril 1879, le malade anesthésié, son membre supérieur exsanguéfié suivant les préceptes d'Esmark, je fis (*pre-*

magistrat; il suffit presque toujours d'employer certaines formes de langage pour les lancer sur cette pente où ils s'engagent très-volontiers. On parle d'instruire les affaires, d'ouvrir une enquête, et en pressant sur ce ressort on voit presque toujours jaillir un flux de paroles; le malade entre spontanément dans la voie des confidences. D'autres subterfuges pourront être employés, suivant la nature du délire et les antécédents du sujet. Mais il me paraît inutile d'insister davantage sur ce point.

Supposons les premières difficultés vaincues; une fois en rapport avec l'aliéné, il est un principe fondamental qu'il faut toujours observer, et qui cependant est violé dans la plupart des cas, par les personnes qui manquent d'expérience à cet égard; *il faut laisser parler le malade.* Si vous l'interrompez à chaque instant ; si, par des questions répétées, vous troublez l'ordre et la filiation naturelle de ses idées, vous ferez disparaître le délire, et vous serez en présence d'un interlocuteur parfaitement raisonnable en apparence. On sait d'ailleurs que le délire des maladies aiguës, lorsqu'il n'est pas violemment accentué, se dissipe en présence d'une question nettement posée. Dans le subdélirium de la fièvre typhoïde, par exemple, les malades, qui marmottent des propos sans suite lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, répondent très-convenablement dès qu'on leur adresse la parole. Il faut donc éviter d'intervenir, si ce n'est pour empêcher le malade de s'égarer dans des digressions interminables et le ramener doucement au fait principal. On doit autant que possible diriger la conversation de manière à toucher les préoccupations habituelles du malade, lorsqu'on est suffisamment renseigné à cet égard; mais en supposant qu'on soit privé de toute indication préalable, il faut suivre autant que possible une méthode régulière.

On engage d'abord une conversation banale, qui porte sur des sujets généraux; on écoute avec attention les réponses de son interlocuteur, pour s'assurer tout d'abord de l'état des facultés maîtresses de l'entendement. On s'aperçoit bientôt

mier temps) à la surface externe de la région du coude une incision longue de 10 centimètres. Elle commençait au bord externe de l'aponévrose intermusculaire externe, au bras, descendait sur la région latérale du coude, puis se recourbait un peu en arrière pour se terminer sur le bord externe du cubitus; cette direction, dans le but d'éviter le nerf radial et de le laisser dans la lèvre antérieure de la plaie. L'incision, n'intéressant d'abord que la peau et l'aponévrose, mit à découvert deux foyers de fongosités gros comme des œufs de pigeon, que j'enlevai avec les raclettes à cet usage. L'abrasion de ces fongosités, ainsi que le nettoiement complet des cavités celluleuses qui les logent, s'opèrent avec facilité. Ces premières masses fongueuses communiquaient par deux ou trois petits prolongements à travers la capsule articulaire avec celles qui étaient contenues dans la cavité articulaire. Je fis à ce niveau sur la capsule fibreuse une incision verticale de 3 centimètres, réunissant les perforations, et par cette fente j'enlevai les masses fongueuses accumulées vers la petite tête du radius. Elles étaient nombreuses à la face interne du ligament annulaire distendu, au pourtour de la capsule et du col du radius, au-devant et en arrière de la facette sygmoïdale du cubitus. Il fallut une attention patiente pour faire, à ce niveau, une abrasion complète. Le cartilage était détruit sur le bourrelet radial et les bords de la cupule, intact sur le centre de la cupule et sur la facette sygmoïdale. L'os était érodé au col et au bourrelet radial; je n'enlevai que les poussières cartilagineuses et osseuses, qui cédèrent à un léger frottement. Par la même fente, je fis encore la toilette du condyle huméral, dont le cartilage était détruit; puis j'abrasai les végétations accumulées dans la région olécrânienne externe d'abord, coronoïdienne externe ensuite. Le bord externe de l'olécrâne n'était pas altéré; la crête qui borde la poulie en dehors était dénudée de son cartilage, mais le cartilage de la gorge de la poulie était intact.

Pour apprécier ces caractères et compléter la toilette articulaire de la région externe, je dus écarter les surfaces osseuses, les dévier, et faire ainsi une luxation de quelques instants.

Deuxième temps. — Incision de la peau à la région interne de l'article, partant du niveau de l'aponévrose intermusculaire interne au bras, laissant en arrière le nerf cubital, se continuant, dans une direction rectiligne, en dedans de la gouttière du nerf cubital, et se terminant en s'inclinant légèrement en avant, dans le but de respecter le nerf cubital, laissé ainsi, tout le long, en arrière. Cette incision, motivée, dans ce cas, par les saillies fongueuses, doit être, dans d'autres cas, faite plus en arrière, de manière à laisser le nerf cubital en avant dans toute sa longueur.

Je fis alors, comme pour la région externe, le raclage de la région olécrânienne interne, et à ce moment, avec la raclette, au-dessous du tendon du triceps, un passage pour introduire le doigt indicateur; je communiquai ainsi avec la région externe de l'articulation. Les fongosités de la région interne de l'interligne, celles de la région interne de l'apophyse coronoïde, furent à leur tour enlevées. Je soulevai en avant le tendon du brachial antérieur, et à ce niveau encore je mis en communication la plaie interne avec la plaie externe. L'opération avait duré plus d'une heure.

J'inspectai alors minutieusement toutes les parties de la cavité articulaire, m'assurant de la netteté de la surface interne de la capsule; je m'assurai aussi du nettoiement complet de toutes les saillies et dépressions osseuses et cartilagineuses articulaires, et de l'absence de tout prolongement intra-osseux.

Deux *drains de crins* furent placés dans les trajets sus-olécrânien et sous-coronoïdien, pour favoriser l'écoulement des liquides. Pansement antihémorrhagique et *phéniqué*. Immobilisation du membre en gouttière.

Il n'y eut aucune complication, ni fièvre, ni douleurs vives. Le malade conserva son appétit; il se leva la deuxième semaine, la troisième il sortit au jardin. L'exsudat séro-purulent versé par la plaie fut assez abondant plus d'un mois, puis diminua progressivement.

Un mois et demi après l'opération, il ne restait plus de crins dans la plaie. Deux mois plus tard, la cicatrisation était complète. Le malade, depuis déjà plusieurs semaines, s'exerçait aux divers mouvements de l'avant-bras. Ces mouvements s'accomplissent aujourd'hui avec précision; ils existent dans la moitié de leur étendue pour la flexion et l'extension. La pronation et la supination s'accomplissent; le doigt reconnaît facilement, pendant ces mouvements, la tête radiale roulant dans sa situation normale. Le doigt reconnaît aussi l'épicondyle, l'épitrochlée, la poulie humérale, l'olécrâne, en un mot toutes les saillies osseuses comme toutes les dépressions qui existent à l'état normal. Ce coude a sa conformation parfaite et la précision la plus grande dans ses movements. Les flexions latérales n'y existent nullement. C'est un retour à l'état normal comme disposition, et avec le temps la motilité deviendra complète.

OBS. II. — Encouragé par ce résultat, j'ai entrepris la même opération sur une jeune fille de dix-neuf ans. Augustine B... portait une tumeur blanche du coude dans des conditions analogues à celles de Bador. L'arthrite remontait à six ans. On avait proposé une résection.

Les masses fongueuses intra-articulaires occupaient surtout les régions radio-humérale, olécrânienne et coronoïdienne. Une masse du volume d'un œuf siégeait à la partie interne du bras, à 5 centimètres au-dessus de l'épitrochlée; elle était ramollie, fluctuante; elle communiquait par deux petits filons fongueux longs de 2 à 3 centimètres et divergents. L'un se terminait dans la masse fongueuse huméro-radiale, l'autre dans la masse olécrânienne interne. Je pratiquai l'abrasion comme précédemment.

Par cette seconde étude, je pus m'assurer que l'on pouvait poursuivre les fongosités dans leurs derniers retranchements, et qu'aucune d'elles ne pouvait échapper à cette poursuite; que, par cette méthode, donc, on pouvait non-seulement n'enlever que le mal, mais encore enlever *tout* le mal.

Opérée le 17 juillet, cette malade est aujourd'hui en très-bonne voie de guérison.

OBS. III. — J'ai opéré une troisième malade, Françoise C..., âgée de trente-trois ans, le 29 octobre 1879. Elle avait une tumeur fongueuse du coude remontant à six mois.

La tuméfaction avait été rapide. Deux très-*larges* ulcères fistuleux existaient à la région interne et externe de l'articulation, avec décollement cutané. La sonde conduisait dans la cavité raticulaire, érodée, rugueuse. En avant de l'articulation, sous les parties molles de la région antéro-supérieure de l'avant-bras, était une large

---

s'il a conservé le jugement, si la mémoire est intacte, s'il est capable d'attention, s'il présente enfin un certain degré de coordination et de suite dans les idées. Si l'intelligence du malade paraît affaiblie sous ces divers rapports, on peut le soupçonner d'être sur le chemin de la démence, et en le poussant dans cette voie on arrive facilement à constater l'état réel des choses. S'il reste, à cet égard, quelques doutes dans l'esprit de l'observateur, on peut recourir aux épreuves arithmétiques, dont l'utilité a été depuis longtemps signalée par M. le professeur Broca, au sujet de l'état mental des aphasiques. C'est un coup de sonde jeté dans les profondeurs de l'intelligence et qui donne souvent des résultats très-inattendus; car il est des gens parfaitement capables de soutenir une conversation ordinaire et qui perdent leur équilibre devant la table de multiplication.

Mais supposons que le malade se soit montré jusqu'alors irréprochable, on peut, en tenant compte de ses habitudes, de son éducation et de sa position sociale, aborder d'autres sujets d'une nature également générale. On ne saurait évidemment s'adresser à un simple ouvrier dans les mêmes termes qu'à une femme délicate et lettrée. C'est ici surtout que le médecin doit faire preuve de tact et de bon sens.

Les sujets généraux une fois épuisés, on s'adresse aux sentiments d'orgueil, d'ambition, de vanité, qui jouent chez tant d'aliénés un rôle prépondérant. On s'informe avec précaution de leur état de santé, de leurs forces physiques, de leurs capacités intellectuelles; on touche délicatement à la question de fortune, aux moyens d'existence, à la position sociale, et l'on cherche à dévoiler ainsi l'état d'excitation ou de dépression qui peut exister à l'état latent chez eux. Un seul mot suffit quelquefois pour mettre un observateur attentif sur la trace du diagnostic.

J'interrogeais, il y a quelques années, à la préfecture de police, un ouvrier fort intelligent, mais qui présentait au plus haut degré les signes physiques de la paralysie générale. Le diagnostic n'était point douteux; mais, au point de vue intel-

poche pleine de fongosités désagrégées et flottant dans un pus épais, grumeleux.

Je fis l'abrasion intra-articulaire par ma méthode. Toutes les fongosités furent poursuivies et enlevées. Les surfaces articulaires osseuses étaient ici complètement dépouillées de leurs cartilages d'encroûtement.

Le nettoiement fut complet. La luxation temporaire des trois os fut réduite, des drains passés, des lavages phéniqués pratiqués, et les jours suivants la malade cessait de souffrir. Elle avait un pouls naturel, une température de 37 degrés et demi, de l'appétit, du sommeil et des plaies vermeilles.

C'était là pourtant une tumeur blanche à rapide développement arrivée à cette troisième période de désagrégation fongueuse, de destruction de tous les cartilages, de purulence, d'affaissement général voisin d'une terminaison fatale.

La malade aujourd'hui est dans d'excellentes conditions de guérison.

Obs. IV. — Le 6 novembre 1879, j'ai opéré une quatrième malade, Marie G..., âgée de seize ans, atteinte de tumeur blanche fongueuse, ouverte à l'extérieur par une large fistule qui conduisait le stylet dans une cavité rugueuse.

Mêmes conditions que chez ma troisième opérée. Même opération complète. Mêmes résultats immédiats heureux.

Obs. V. — Je puis joindre à ces quatre faits celui d'une jeune fille, Gabrielle N..., âgée de quinze ans et demi, que nous avons opérée de la même manière, M. D. Mollière et moi, le 8 novembre 1879.

Cette malade était entrée dans le service de mon collègue et ami M. Mollière. Il me pria de faire avec lui cette opération, qu'il n'avait pas encore pratiquée. Il constata que tous les temps de l'opération étaient précis, et que l'abrasion intra-articulaire pouvait être complètement obtenue.

Ces cinq faits, dont les détails seront publiés plus tard, et où la méthode nouvelle a été substituée à une opération plus grave, me permettent de conclure :

1° Que l'abrasion totale des fongosités d'une articulation est possible;

2° Que celle du coude, dont je viens de présenter cinq faits, est d'une grande innocuité dans ses suites immédiates;

3° Que relativement la réparation consécutive à ce mode opératoire s'effectue avec rapidité.

4° Dans ses résultats éloignés, cette méthode conserve la précision des mouvements et évite, pour le coude, la flexion latérale et l'inertie par mobilité exagérée. Le coude de Bador est des plus démonstratifs sur ce point.

5° Cette méthode agrandit le champ des études anatomo-pathologiques sur les désordres intra- et extra-articulaires causés par les fongosités.

Ces cinq faits, dont plusieurs sont encore récents, tous heureux, me paraissent devoir encourager à l'emploi de cette méthode nouvelle, que je présente comme réalisant un progrès dans la chirurgie conservatrice.

Médecine légale.

Des ecchymoses sous-pleurales, par le docteur A. Baréty (de Nice).

Dans son remarquable rapport à la Société de médecine légale en 1878, le docteur Legroux, étudiant la valeur des ecchymoses sous-pleurales au point de vue médico-légal, reconnaît à ces ecchymoses plusieurs causes qui détruisent la valeur pathognomonique que Tardieu leur attribuait en les considérant comme une démonstration positive de la mort par suffocation et aussi par strangulation.

Depuis, le docteur Laforest (*De la valeur des ecchymoses sous-pleurales*, in *Gaz. hebdomad.*, 20 septembre 1878, n° 38) a publié une observation dans laquelle il est question d'ecchymoses sous-pleurales survenues à la suite d'une mort causée par hémorrhagie cérébrale.

L'auteur dans ses conclusions n'a pas cru devoir se prononcer explicitement sur la relation intime pouvant exister entre la lésion cérébrale et les ecchymoses sous-pleurales. La question, à ce point de vue, méritait d'être discutée, et l'on pouvait en tirer des éléments de nature à permettre de mieux établir la valeur des ecchymoses sous-pleurales.

Dans un mémoire lu à la Société de biologie le 12 juillet 1873 (*De quelques modifications pathologiques dépendant d'hémorrhagies ou de ramollissements circonscrits du cerveau et siégeant du coté de la paralysie, c'est-à-dire du côté opposé à l'affection cérébrale*), nous avons fourni un certain nombre d'observations qui établissent la relation entre des foyers d'hémorrhagies ou de ramollissements du cerveau et quelques modifications pathologiques siégeant du côté de la paralysie et dans divers points du corps, tels que les voies respiratoires, les yeux, la peau, etc. Or, parmi ces observations il en est une qui se rapporte à une femme de cinquante ans, morte dans le collapsus et chez laquelle il existait un ramollissement du corps strié et de la protubérance *à droite*, et des ecchymoses sous-pleurales *à gauche*.

Dans l'observation du docteur Laforest nous trouvons, d'une part deux foyers d'hémorrhagie dans l'hémisphère cérébral *gauche* au niveau des deux noyaux du corps strié, et d'autre part des « ecchymoses sous-pleurales très-nettes à la base du poumon droit », sur la face diaphragmatique et au niveau du tiers inférieur de la face postérieure. « Rien sur les autres faces de ce poumon droit, ni sur le poumon gauche. »

Dans mon observation il s'agit d'un foyer de *ramollissement cérébral* et dans celle du docteur Laforest d'un foyer d'hémorrhagie; mais cette différence importe peu; il suffit de constater une lésion avec destruction d'une portion de la substance cérébrale. Dans l'une et l'autre observation nous

---

lectuel, cet homme semblait irréprochable, lorsque, vers la fin d'une longue conversation, il m'apprit que l'année précédente il était entré à l'hôpital de la Pitié pour un léger traumatisme survenu dans l'exercice de sa profession; il ajouta que M. Labbé, dans le service duquel il se trouvait, avait fait une leçon sur sa maladie à plus de *cinquante mille* étudiants. Cette parole absurde, la seule qui lui fût échappée, suffisait amplement pour caractériser le délire spécial de la paralysie générale.

Une transition facile nous conduit de la position sociale du malade à ses relations de famille. On l'interroge sur ses parents, sur ses amis. On lui demande s'il connaît son père et sa mère, et l'on recueille quelquefois une réponse comme la suivante : « On me fait passer pour le fils d'un épicier, mais je suis le bâtard du pape. » M. Moreau (de Tours) a rapporté l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'un rêve, s'éveilla avec la conviction qu'il était le prince de Joinville; il reconnaissait parfaitement que son père était tapissier et ne songeait nullement à renier sa parenté; mais lorsqu'on lui demandait comment le fils d'un tapissier pouvait être un prince du sang, il répondait qu'il lui était impossible d'expliquer la chose, mais qu'elle était pourtant vraie; tels ces moines de l'Orient, qui ne peuvent expliquer comment le Bouddha peut s'incarner simultanément dans la personne de plusieurs grands lamas, et qui demeurent pourtant convaincus de la vérité du fait, puisqu'il s'agit d'un article de foi.

Un autre sentiment, dont l'explosion sera souvent provoquée par les questions relatives à la famille, c'est l'aversion pour les proches, qui se développe de fort bonne heure chez certains aliénés, et les porte à considérer leurs parents comme leurs pires ennemis, longtemps avant qu'on ait constaté chez eux de véritables conceptions délirantes. Lorsqu'on parvient à gagner la confiance des malades, on reçoit souvent, à cet égard, les confidences les plus extraordinaires, qui servent, pour ainsi dire, à jalonner la route dans laquelle le malade s'est engagé.

constatons l'existence d'ecchymoses sous-pleurales précisément du côté opposé à la lésion cérébrale.

La conséquence à déduire de ces remarques est, suivant nous, la suivante : *toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'ecchymoses sous pleurales, surtout si elles sont unilatérales, il ne faudra pas négliger d'ouvrir la boîte crânienne et de bien rechercher s'il n'existe pas une lésion dans le cerveau ou ses annexes.*

Nous croyons devoir ajouter ici qu'une véritable hémorrhagie sous-pleurale peut être la conséquence d'un traumatisme accidentel ayant déterminé une lésion de l'un des hémisphères cérébraux.

J'ai communiqué en avril 1874, à la Société de biologie, l'observation d'une femme qui mourut après s'être jetée d'une fenêtre. L'autopsie révéla l'existence d'une fracture de la base du crâne, d'un épanchement sanguin sous-méningé intéressant l'hémisphère droit du cerveau, et d'autre part une hémorrhagie sous-pleurale et parenchymateuse le long du bord postérieur du poumon gauche, sans qu'il fût possible d'attribuer cette dernière lésion à un traumatisme direct de la poitrine aux points correspondants (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

De l'instantanéité de la mort par décapitation. — M. *E. Decaisne* donne lecture d'une note sur ce sujet. (Commissaires : MM. Robin, Bouley.) (Voy. *Gaz. hebdom.*, 1879, p. 781.)

Localisations cérébrales. — M. le *Secrétaire perpétuel* signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, la troisième édition de l'ouvrage de M. *J. Grasset*, intitulé : *Des localisations dans les maladies cérébrales.* (Présenté par M. Vulpian, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie.)

(1) La question des ecchymoses sous-pleurales et de leur valeur en médecine légale est à l'ordre du jour et semble préoccuper, à très-juste raison d'ailleurs, le public médical. Notre excellent maître M. le professeur Parrot vient de publier dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (10 septembre 1879) un travail sur les ecchymoses sous-pleurales dans les affections broncho-pulmonaires des enfants. Il fait ressortir l'importance qu'il y a pour le médecin légiste de bien rapporter les ecchymoses sous-pleurales à leur véritable cause qui peut être autre que celle indiquée par Tardieu.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

L'Académie reçoit : 1° Des lettres de candidature de MM. Cusco, Gaujot et Léon Labbé, pour la section de pathologie chirurgicale; et de M. Ernest Baudrimont, pour la section de pharmacie. — 2° Une lettre de M. le docteur Dumontpallier, demandant à l'Académie de vouloir bien envoyer le produit de sa souscription au comité chargé d'élever un monument à la mémoire de Claude Bernard.

M. *Giraud-Teulon* présente, au nom de M. le docteur Édouard Meyer, un exemplaire de la deuxième édition de son *Traité des maladies des yeux.*

M. *Bergeron*, au nom de M. le docteur Émile Bessière, présente un rapport sur *le rétablissement des tours.* (Commission d'hygiène de l'enfance.)

M. *Hervieux* présente avec éloges, au nom de M. Léon Colin, professeur au Val-de-Grâce, candidat pour la section d'hygiène et de médecine légale, un ouvrage intitulé : *Traité des maladies épidémiques.* Cet ouvrage est renvoyé à l'examen de la section, constituée en comité d'élection.

M. *Richet* présente, au nom de M. le docteur Charles Levieux (de Bordeaux) l'*Éloge* de M. Henri Gintrac, prononcé dans la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Bordeaux.

M. *Noël Gueneau de Mussy*, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, présente, au nom de M. le docteur Séguin, deux instruments destinés à l'observation des températures locales dans les maladies.

M. *le Président* donne lecture d'une lettre de M. Eugène Caventou accompagnant l'hommage fait par lui à l'Académie du buste en bronze de M. Caventou père.

Emploi du graphoscope pour le diagnostic différentiel de certaines formes d'asthénopie. — M. *Giraud-Teulon* lit un travail sur ce sujet.

Le graphoscope consiste en une lentille positive ou convexe à large ouverture, montée dans un plan vertical ou pouvant prendre une inclinaison plus ou moins marquée sur l'horizon, parallèlement au plan d'un pupitre qui en occupe le point focal.

Cet appareil est destiné à combattre l'impossibilité de la lecture soutenue, qui résulte de l'anomalie musculaire connue sous le nom d'insuffisance des muscles droits internes, et qui se décèle pathologiquement, soit par l'asthénopie musculaire (douloureuse), soit par la myopie progressive. Il permet, en outre, de faire le diagnostic différentiel entre : 1° l'asthénopie musculaire ou par insuffisance des droits internes; 2° l'asthénopie par hyperesthésie rétinienne. L'instrument qui soulage directement la convergence difficile ou douloureuse n'exerce aucune action directe sur la sensibilité propre de la rétine. Suivant donc que son usage permettra ou non la lecture prolongée, on aura affaire à la première ou à la seconde de ces affections.

— A quatre heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Maurice Raynaud sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

De là aux idées de persécution le chemin est facile. « Avez-vous des ennemis? Cherche-t-on à vous nuire? » La plupart des persécutés se lancent volontiers dans une longue série de confidences à cet égard; et lorsqu'on est engagé dans cette voie, il est de la plus haute importance de savoir si les malades ont des hallucinations. On y parvient aisément en leur demandant s'ils entendent leurs ennemis leur adresser des injures, des invectives, des grossièretés; si la vue, l'odorat ou le goût sont blessés par des impressions pénibles; si l'on cherche à les empoisonner ou à nuire à leur santé.

(*A suivre.*)

Service de santé de la marine. — Par décret du Président de la République en date du 11 décembre 1879, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : M. Follet (Jacques-Charles-Benjamin), médecin principal.

Au grade de médecin principal : 2e tour (choix). M. Merlaux dit Ponty (Samuel-Anatole-Mazeppa), médecin de 1re classe.

Transport-hôpital. — Nous avions signalé dans notre dernière chronique de l'étranger le lancement d'un transport-hôpital, *le Shamrock;* un de nos confrères, qui occupe une haute situation dans le corps de santé de la marine, nous apprend que des navires du même genre avaient été construits antérieurement en France, notamment le *Tonkin* et l'*Annamite.*

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 13 décembre 1879, la chaire de médecine légale et toxicologie de la Faculté est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé, à partir de la présente publication, aux candidats pour produire leurs titres.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1879.—PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Transfert dans un cas d'hémianesthésie consécutive à un traumatisme : M. Debove. — Lymphangites et adénites pelviennes consécutives aux métrites. Présentation de pièces : M. Martineau. — Fièvre typhoïde ayant débuté par des attaques épileptiformes : M. Guyot. — Hématémèses consécutives à des attaques d'hystérie : M. Rathery.

M. *Debove* signale un nouveau fait de transfert chez un malade atteint d'hémianesthésie avec hémiparésie consécutivement à un traumatisme. Le malade est en traitement à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Sée; l'observation sera publiée.

— M. *Martineau* présente une pièce anatomique relative à un cas de lymphangite et d'adénite du petit bassin consécutives à une métrite.

Depuis quelque temps, dit M. Martineau, l'attention s'est portée sur les lésions des ganglions dans les phlegmasies utérines; M. Lucas-Championnière a constaté l'inflammation de ces organes chez des femmes mortes à la suite d'accouchement; M. Guérin, étudiant la même question, a décrit l'*adéno-phlegmon post-pubien*.

Il était intéressant, en effet, de rechercher si les lymphatiques de la matrice et leurs ganglions prennent part aux inflammations de cet organe. M. Martineau a traité cette question dans son enseignement clinique, et l'a résolue de la façon la plus affirmative. Pour lui, dans toute métrite, de quelque nature qu'elle soit, il y a inflammation du réseau lymphatique de la muqueuse; partie de ce réseau, l'inflammation s'étend aux troncs lymphatiques et atteint les ganglions; le plus souvent elle reste limitée à ces organes; mais, dans certains cas, elle s'étend au tissu cellulaire qui les enveloppe; il se produit alors une *périlymphangite*, une *péri-adénite*, susceptibles elles-mêmes de se propager à distance et d'être le point de départ de foyers inflammatoires plus ou moins étendus. Telle serait l'origine des phlegmasies périutérines consécutives aux métrites, telles que le phlegmon du ligament large, la pelvipéritonite, etc.

Cette opinion, d'après laquelle la métrite s'accompagnerait constamment d'adénite, M. Martineau la professe depuis longtemps; mais il ne s'appuyait que sur des faits cliniques; elle résultait pour lui de l'observation des symptômes et surtout de la possibilité de sentir, en déprimant les culs-de-sac latéraux, des ganglions engorgés. Ces ganglions situés dans les ligaments larges, sur les côtés de l'utérus, M. Martineau les a sentis dans toutes les métrites sans exception observées par lui; or on sait quel vaste champ d'observation Lourcine lui fournit relativement aux affections utérines.

L'autopsie de la malade dont M. Martineau présente les pièces est venue lui fournir la démonstration anatomo-pathologique de sa théorie. Cette femme s'est présentée avec un abcès du ligament large du côté gauche, ouvert à la fois dans l'S iliaque et dans le rectum. Réduite à la dernière extrémité au moment où M. Martineau a pu lui donner des soins, elle n'a pas tardé à succomber. A l'autopsie, on constate de la façon la plus nette l'inflammation des ganglions du petit bassin, en particulier de ceux du ligament large gauche, transformé en une vaste poche purulente dans laquelle l'ovaire a disparu. De cet ensemble de lésions M. Martineau fait un *adéno-phlegmon du ligament large*, analogue à l'*adéno-phlegmon post-pubien* de M. Guérin.

M. *Dumontpallier* fait observer que la malade de M. Martineau était scrofuleuse, ce qui pourrait expliquer, au moins en partie, la multiplicité des adénites pelviennes qui se sont produites chez elle. La pièce de M. Martineau est, en quelque sorte, trop complète pour servir de base à des conclusions générales; il doit être extrêmement rare, en effet, de rencontrer, dans des cas analogues, des adénites aussi multipliées et rendues aussi manifestes par le volume des ganglions; on n'avait jamais signalé les adénites pelviennes symptomatiques de métrites, avant les travaux de M. Lucas-Championnière, et pour qu'elles aient ainsi échappé à l'attention des observateurs, il fallait qu'elles fussent bien peu apparentes; en tout cas, si des ganglions enflammés peuvent être méconnus à l'autopsie, *à fortiori* doit-il être bien difficile de les constater cliniquement.

Aux observations de M. Dumontpallier M. *Martineau* oppose les résultats journaliers de sa pratique hospitalière; il le répète, chez toutes les femmes atteintes de métrite qu'il a observées, il a constaté des adénites, et ces adénites il les a trouvées chez des femmes manifestement exemptes de lymphatisme; la scrofule n'est donc en aucune façon nécessaire à leur développement.

M. *Hervieux* fait remarquer que chez la malade de M. Martineau la métrite était chronique; il faut, dit-il, des états inflammatoires chroniques ou subaigus pour qu'on trouve des ganglions; dans les phlegmasies très-aiguës, telles que les métrites puerpérales, il n'existe pas, en général, de ganglions; quand, dans les cas de ce genre, on trouve dans les ligaments larges des masses indurées, ce ne sont pas des formations adénitiques, ce sont des foyers inflammatoires du tissu cellulaire, des phlegmons circonscrits. C'est dans les métrites chroniques, à récidives répétées, qu'on peut rencontrer de nombreux ganglions dont l'engorgement s'est fait par poussées successives correspondant chacune à une récidive.

M. *Guyot* ne croit pas qu'on puisse toujours trouver cliniquement les ganglions pelviens engorgés, en particulier les ganglions post-pubiens.

M. *Martineau* reconnaît qu'en ce qui concerne les adénites post-pubiennes, la constatation en est très-difficile; du reste, ces adénites sont fort rares; ce qu'on sent; ce que, dans sa pratique, il a toujours pu constater, ce sont les adénites des ligaments larges.

— M. *Damaschino* fait hommage à la Société de son livre *sur les maladies des voies digestives*.

— M. *Ferrand* présente un ouvrage de M. Fabre, de Marseille, traitant, d'une part, *des relations pathogéniques des troubles nerveux sympathiques avec les maladies dont ils dépendent*, et, d'autre part, *de l'influence de ces troubles sur les diverses fonctions*.

— M. *Guyot* communique une observation très-intéressante de fièvre typhoïde ayant débuté par des attaques épileptiformes, suivies de coma qui persista jusqu'à la mort. Il s'agit d'un jeune garçon de quinze ans, arrivé depuis peu à Paris, où il exerçait la profession de garçon laitier. Bonne santé habituelle, appétit régulier; jamais d'attaques de nerfs ni de perte de connaissance; pas d'antécédents tuberculeux; intégrité parfaite des poumons; pas de maux de tête ni de vomissements; un peu de diarrhée, seulement pendant quatre ou cinq jours avant son entrée à l'hôpital; malgré cette diarrhée, il a pu continuer son service et ne s'est pas plaint d'être malade. Dans une course qu'il faisait pour son patron, il tomba sur la voie publique, en proie à une attaque épileptiforme; on l'amena à Beaujon; après avoir repris partiellement connaissance, il fut pris, en présence de l'interne de garde, d'une nouvelle attaque offrant tous les caractères d'une attaque d'épilepsie.

Le lendemain, à la visite, on le trouve dans l'état suivant: coma; renversement de la tête en arrière avec raideur du cou; trismus; contracture des membres supérieurs demi-fléchis et croisés au-devant de la poitrine; du côté des membres inférieurs, on n'observe ni paralysie ni contracture; pupilles dilatées mais mobiles; ventre en bateau; constipation; pas de taches; la vessie est vide, le malade a uriné dans son lit; il y a de la fièvre; la température est à 39 degrés.

En présence de cet ensemble symptomatique, M. Guyot,

tout en faisant quelques réserves, diagnostique une méningite et institue le traitement en conséquence : ventouses scarifiées à la nuque, bromure de potassium, eau-de-vie allemande.

Le lendemain, le malade est dans le même état; la constipation a persisté malgré le purgatif; la température est montée à 40 degrés.

Le troisième jour, le malade succombe.

A l'autopsie, on ne trouve du côté des méninges qu'un léger degré de congestion sans traces d'inflammation, mais, en examinant l'intestin, on constate des lésions, des plaques de Peyer parvenues au quatrième ou cinquième jour de leur évolution. Il s'agissait donc d'une fièvre typhoïde. M. Guyot ne connaît pas dans la science d'exemple de fièvre typhoïde ayant eu cette marche et ayant débuté par des attaques épileptiformes.

— M. *Rathery* communique l'observation d'une femme hystérique chez laquelle les attaques sont suivies presque constamment d'hématémèse, et, à propos de cette observation, il présente quelques considérations sur la pathogénie des hémorrhagies dans les névroses. La femme dont il s'agit est âgée de trente ans; la menstruation, établie chez elle à l'âge de douze ans, a toujours été régulière; une fièvre typhoïde à dix-huit ans; plusieurs grossesses qui, toutes, se sont terminées par des fausses couches; la dernière fausse couche a eu lieu au mois d'avril dernier.

Jusqu'en 1877, cette femme n'a présenté aucun symptôme d'hystérie; la première attaque s'est produite à la suite d'une vive frayeur et a été suivie d'un vomissement de sang assez abondant; depuis lors, les attaques se sont renouvelées assez fréquemment et chacune a été suivie du rejet par la bouche soit de sang pur, soit de mucus sanguinolent. A partir du mois d'août dernier, sous l'influence de chagrins éprouvés par la malade, les attaques et les hémorrhagies consécutives se sont notablement multipliées.

Il est à remarquer que les hématémèses, chez cette femme, sont absolument indépendantes des règles, au point de vue de l'époque à laquelle elles apparaissent; en général, elles reconnaissent pour cause, ainsi que l'attaque à laquelle elles succèdent, une émotion ou une contrariété.

Depuis que cette femme est en traitement, M. Rathery a eu l'occasion d'assister à plusieurs de ses attaques; après chacune d'elles il y a eu rejet par la bouche de mucus sanguinolent. Cette observation offre deux points à élucider :

1° Le sang vient-il des voies digestives? N'y aurait-il pas hémoptysie? En faveur de l'hémoptysie on pourrait invoquer les faits suivants : cette femme a présenté dans son enfance des symptômes de scrofule; un de ses frères est mort phthisique; elle a eu, antérieurement aux accidents actuels, de véritables hémoptysies survenant au moment de ses règles; enfin, à l'auscultation, on trouve au sommet droit un peu de rudesse de la respiration. Tout en reconnaissant la possibilité d'hésiter sur la provenance du sang, M. Rathery admet qu'il s'agit là d'hématémèses et il en donne les raisons suivantes : 1° après le rejet du sang, on n'entend, à l'auscultation, aucun râle dans la poitrine; 2° ce rejet s'accompagne, non de toux, mais de mouvements de régurgitation.

2° Etant admis ce fait que la malade est hystérique et qu'elle a des hématémèses, quel est le rapport pathogénique entre l'hystérie et l'hémorrhagie? Ce rapport consiste évidemment dans l'influence de la névrose sur l'innervation des vaisseaux. On sait combien est grande cette influence; les alternatives subites de rougeur et de pâleur du visage, le refroidissement des mains, de la langue, etc., dans l'hystérie, en sont des exemples qu'on a journellement sous les yeux. Il n'est pas impossible d'admettre que, dans certains cas, comme dans celui de la malade en question, la paralysie hystérique des vaso-moteurs atteigne un degré suffisant pour déterminer, dans des tissus vasculaires, une congestion hémorrhagipare.

Dr Bellon.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Ovariotomie. – De la mobilisation et de l'immobilisation des articulations malades. — Elytrorrhaphie. — Sarcocèle inguinale; opération; mort. — Hernie étranglée à l'orifice péritonéal du canal inguinal, laparotomie, guérison.

M. *Chipault* (d'Orléans) adresse une observation d'ovariotomie, avec rétrocession du pédicule; mort par péritonite généralisée.

— M. *Després*. Il faut distinguer les raideurs articulaires liées à une plaie, à une fracture, des arthrites diverses, des ostéites juxta-épiphysaires et des tumeurs blanches. M. Verneuil a voulu appliquer à toutes ces raideurs la même thérapeutique. L'immobilisation peut être bonne pour les unes, elle est mauvaise pour les autres.

Boyer a admirablement étudié les raideurs articulaires. Il dit que dans les tumeurs blanches, l'ankylose est un procédé employé par la nature pour guérir la maladie; la compression et l'immobilisation constituent le traitement. Il n'y a pas de tumeur blanche vraie, avec lésions osseuses, qui puisse guérir par la mobilisation.

Arrivons aux arthrites. Si vous immobilisez une articulation atteinte d'arthrite pendant deux mois, et si après vous ne faites pas de mobilisation, les mouvements ne reviendront pas seuls. Les arthrites des femmes en couches guérissent après l'accouchement; ici encore, il faut mobiliser; de même pour les arthrites rhumatismales. Le moment où il faut commencer la mobilisation, c'est quand l'articulation n'est plus douloureuse, et quand les mouvements spontanés commencent.

Dans les arthrites traumatiques il faut encore bien saisir le moment de la mobilisation; les raideurs consécutives aux fractures doivent aussi être traitées par la mobilisation artificielle; et il y a des fractures, celles du coude par exemple, qui laissent fatalement une raideur de la jointure.

En résumé, M. Després est d'accord avec M. Verneuil pour ce qui concerne les tumeurs blanches; pour les autres raideurs, on ne peut se fier aux malades pour rétablir les mouvements; on ne peut pas compter sur la mobilisation naturelle.

— M. *Panas* fait un rapport oral sur la pièce adressée à la Société de chirurgie par M. *Rancarol* (d'Alexandrie). Il s'agit du traitement de la chute complète de l'utérus par la suture vaginale faite d'après le procédé de M. Le Fort. On réunit le milieu de la paroi antérieure au milieu de la paroi postérieure du vagin, de manière à former deux vagins latéraux. L'opération avait été faite par M. Rancarol, deux ans avant la mort de la malade, femme de trente-six ans, qui avait eu son troisième accouchement à l'âge de vingt-neuf ans; la chute de l'utérus datait de sept ans, et elle était compliquée de déchirures du périnée.

M. Rancarol a exécuté le procédé de M. Le Fort; incision de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin sur une longueur de 6 centimètres, et 2 centimètres de largeur; application de douze points de suture métallique: cinq de chaque côté, un en haut et l'autre en bas. La dernière opération de ce genre avait été faite par M. Panas.

L'opération est d'une exécution facile, plus facile que celle de Sims. Il y a eu trois succès sur trois opérations; pas d'accidents. M. Le Fort a eu de la peine à enlever les sutures profondes; M. Rancarol également; M. Panas propose de faire ces sutures avec le catgut. M. Rancarol comme M. Le Fort a dû faire une périnéorrhaphie chez sa malade, pour remédier à une rectocèle.

— M. *Monod* lit un travail intitulé : *Sarcocèle inguinal, castration inguinale, mort.* (Comm. : MM. Després, Auger, Terrillon.)

— M. *Blum* lit une observation intitulée : *Hernie inguinale étranglée à l'orifice péritonéal du canal, laparotomie, guérison.* (Comm. : MM. Lucas-Championnière, M. Sée, Gillette.)

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

Effets anormaux du curare : M. Bochefontaine. — Têtes de ténias dans une tumeur enlevée à une gerboise : M. Mégnin. — Developpement du spina bifida : M. Tourneux. — Présentation d'instrument : M. Boudet. — Paralysie agitante fruste : M. Magnan. — Filets vaso-dilatateurs du trijumeau : MM. Jolyet et Laffont.

— M. *Bochefontaine* présente à la Société le crâne d'un chien sur lequel il a pratiqué la section du nerf facial à son entrée dans le conduit auditif interne. L'opération a été faite il y a plus de deux ans, par un procédé qui est exactement le même que celui que MM. Jolyet et Laffont ont cru inventer récemment. M. Bochefontaine en réclame pour lui la priorité. Il a constaté, à la suite de cette section, les mêmes faits que ces observateurs.

— M. *Bochefontaine* a constaté, au cours de plusieurs expériences, que le curare agit parfois sur la contraction musculaire comme la vératrine. M. Laborde rappelle que le curare n'est pas un composé défini; qu'il se présente tantôt sous un aspect sirupeux, tantôt comme un corps sec, dur, cassant; qu'au Brésil chaque tribu le prépare d'une façon différente. Les phénomènes observés par M. Bochefontaine trouvent peut-être leur explication dans la variété de composition des divers curares.

— M. *Mégnin.* Dans une tumeur enlevée à la cuisse d'une gerboise, M. Mégnin a rencontré des corpuscules d'aspect fibrineux qui, à la coupe, se sont montrés remplis de têtes de ténias. Ces têtes semblent appartenir à des cœnures, un peu différents du cœnure cérébral du mouton.

— M. *Tourneux.* L'examen d'un très-petit embryon humain, chez lequel la région sacrée du rachis n'était pas fermée, m'a permis de donner une théorie nouvelle du spina bifida. Sur cet embryon, en effet, le canal médullaire s'ouvre inférieurement et les parties latérales de la moelle se terminent par deux bourgeons adhérents aux couches voisines de l'épiderme. L'inocclusion porte ainsi sur la peau, sur le squelette, sur la partie postérieure de la moelle. En étudiant le spina bifida chez un fœtus à terme, on trouve au niveau de la tumeur la peau ou plutôt une sorte de tissu cicatriciel, et, immédiatement au-dessous d'elle, de la substance grise nerveuse continue à celle de la moelle et donnant naissance à des nerfs qui remontent à travers la poche liquide et sortent par les trous de conjugaison. Entre ces deux termes extrêmes de l'évolution du spina bifida, quel est l'intermédiaire? Il est tout naturel que l'arc vertébral ne puisse se développer, la condition première de son existence étant la fermeture du canal central de la moelle. Quant à la fusion presque intime de la peau et de la substance nerveuse au niveau de la poche du spina bifida, elle résulte du développement en ce point de la substance grise; celle-ci, dont les cellules sont analogues à celles de l'épiderme, au point de vue de leur origine embryonnaire, subit à sa partie superficielle les modifications qui caractérisent l'épiderme, et formerait seule la paroi de la poche, si un tissu lamineux venu des lames dorsales de l'embryon ne pénétrait dans son épaisseur par une sorte d'invagination, comme le pense M. Pouchet, ou ne s'y développait sur place aux dépens de la névroglie, comme M. Duval en émet la supposition.

— M. *Boudet.* Dans la séance du 6 décembre, M. Brissaud a exposé le résultat des recherches entreprises par nous dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière; je viens aujourd'hui présenter à la Société de biologie l'appareil qui a servi dans nos expériences.

Cet instrument est en réalité un microphone très-sensible, monté sur un double ressort de sphygmographe. Son petit volume le rend très-maniable et permet de l'appliquer sur tous les points du corps. Une petite lame de caoutchouc durci de 5-2 centimètres, très-légèrement concave et percée d'un orifice à son centre, sert de base à l'appareil. A l'une de ses extrémités s'élève une tige haute de 3 centimètres environ; sur cette tige monte et descend, au moyen d'une vis de réglage, un tout petit chariot de cuivre, entre les montants duquel oscille, sur un axe transversal, un cylindre de charbon, long de 1 centimètre 1/2 et épais de 5 millimètres. Au-dessous de ce premier charbon vient aboutir l'extrémité libre d'une mince lame de ressort, placée horizontalement, et fixée par son autre bout à l'extrémité opposée de la planchette de caoutchouc. A ce ressort est adaptée une petite lentille de charbon qui vient toucher l'extrémité du cylindre oscillant de charbon. Enfin, sous ce premier ressort et parallèlement à lui, comme dans le sphygmographe de M. Marey, se trouve un autre ressort terminé par un bouton explorateur, lequel traverse l'orifice de la planchette.

La moindre pression exercée sur ce bouton se transmet par l'intermédiaire des ressorts aux deux contacts de charbon, et fait ainsi varier l'intensité du courant qui les traverse; ces variations sont recueillies par un téléphone que l'observateur applique à son oreille. La mobilité des deux charbons en contact fait comprendre l'extrême sensibilité de ce microphone.

Toutefois, il est nécessaire, dans ces expériences, d'obtenir un premier degré de pression initiale que la vis de réglage peut déjà donner en partie, puisqu'elle permet d'appuyer plus ou moins le cylindre oscillant de charbon sur la lentille inférieure. Mais ceci n'est pas suffisant, car si l'on explore un pouls un peu ample, les mouvements communiqués aux ressorts soulèveraient brusquement le charbon supérieur et détermineraient des ruptures de courant. Nous avons obvié à cet inconvénient en plaçant à l'intérieur du petit chariot, au-dessus de l'une des extrémités du cylindre oscillant, un petit morceau de papier écolier en forme de V, et qui fait office de ressort. Nous n'insisterons pas ici sur l'addition de ce ressort en papier qui nous appartient et dont les avantages ont déjà été signalés dans plusieurs journaux scientifiques. Nous rappellerons seulement que le papier est un corps très-faiblement et très-parfaitement élastique, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Savart; par conséquent, il se prête beaucoup mieux que l'acier et le caoutchouc aux déplacements et aux rétablissements des contacts de charbon, ou plutôt aux variations de leur pression réciproque.

Ainsi constitué, l'appareil, placé sur une artère, indique tous les bruits qui se passent à l'intérieur du vaisseau, et avec un peu d'habitude on arrive très-aisément à distinguer les différences de rhythme, les bruits de souffle, etc. La pulsation est très-fortement accentuée, le dicrotisme normal devient perceptible; en un mot *on entend le tracé du pouls,* tel qu'il est inscrit par le sphygmographe.

Appliqué sur un muscle, le même instrument devient un excellent *myophone.* Il décèle le bruit du tonus musculaire normal, et lors de la contraction on entend parfaitement le bruit de roulement caractéristique de ce phénomène.

La tonalité des sons transmis par ce microphone est conservée dans toute sa pureté. On peut facilement s'en convaincre en faisant vibrer successivement près de lui, ou même en contact avec sa planchette, des diapasons de tonalités différentes. Le téléphone répète alors fidèlement la note émise par chacun d'eux, et, ce qui est plus curieux, on peut même distinguer les sons de deux diapasons différents vibrant ensemble, sans que la tonalité de l'un ou de l'autre soit altérée.

Nous avons également construit deux microphones un peu différents de celui-ci, afin d'étudier la contraction musculaire sur les animaux. Dans une prochaine note, nous rendrons compte des résultats obtenus, en même temps que nous donnerons la description de ces nouveaux appareils.

M. *Laborde*. M. C. de Boyer a fait, de son côté, des recherches analogues sur la contraction musculaire normale. Il les communiquera prochainement, en présentant l'appareil qui lui a servi et qui est fondé sur les mêmes principes que celui de M. Boudet.

— M. *Magnan* présente un malade atteint de paralysie agitante fruste. Ce sujet a l'attitude qui caractérise cette affection, l'immobilité de la tête, le besoin de se déplacer constamment, la sensation de brûlure au niveau des extrémités, la perte d'équilibre, la propulsion, la rétropulsion; mais il n'a de tremblement que sous l'influence d'efforts ou de mouvements exigeant une certaine attention. Les muscles ont une consistance analogue à celle du caoutchouc. Depuis cinq mois que ce malade est traité par M. Magnan, il présente une amélioration considérable, qui semble survenue sous l'influence du phosphure de zinc, médicament déjà recommandé par Hammond.

— M. *Laffont*, en son nom et au nom de M. Jolyet, communique des recherches sur l'origine des filets vaso-dilatateurs contenus dans le trijumeau. L'arrachement du spinal et du glosso-pharyngien n'a produit aucune modification dans la circulation de la face chez le chien. L'excitation du trijumeau dans sa continuité entre son origine et le ganglion de Gasser a déterminé la salivation et la dilatation vasculaire de la face interne de la joue et de la langue du côté correspondant. Après la section, qui est suivie d'une dilatation vasculaire tout à fait passagère (cinq minutes au plus), l'excitation du bout périphérique détermine la dilatation des vaisseaux dans les mêmes points, mais non la salivation.

M. *Laborde*, qui se propose de revenir sur la question des vaso-dilatateurs, croit pouvoir affirmer que l'excitation du trijumeau produit des effets opposés à ceux qu'ont énoncés MM. Jolyet et Laffont.

— M. *Bert* offre à la Société, au nom de M. Sappey, un atlas relatif à l'appareil mucipare et au système lymphatique des poissons.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Désinfection de la poudre d'iodoforme par l'essence de menthe : M. Constantin Paul. — Expériences sur la nutrition par le gros intestin : M. Catillon. — De l'action de la pepsine dans les milieux alcooliques : M. Petit.

M. *Constantin Paul* présente un flacon d'iodoforme désinfecté par M. Legras au moyen de quelques gouttes d'essence de menthe : six gouttes suffisent pour désinfecter 30 grammes d'iodoforme, ainsi que la Société peut s'en assurer.

M. *Constantin Paul* présente à la Société des crayons préparés par M. Legras et contenant sous une forme solide et inaltérable les différentes pommades inscrites au codex.

— M. *Catillon* donne lecture d'un mémoire sur la nutrition par le gros intestin. Tout d'abord M. Catillon se demande si le gros intestin est incapable d'absorber des substances alimentaires, ou bien s'il peut dans de certaines limites servir à la nutrition et suppléer temporairement les voies normales paralysées dans leur fonctionnement, et enfin si on peut favoriser l'alimentation par le rectum en y injectant avec les aliments des ferments digestifs. Pour répondre à ces diverses questions, M. Catillon a fait, sur le chien, un certain nombre d'expériences dans le laboratoire de M. Vulpian. Voici les conclusions qu'il a tiré : La nutrition peut s'effectuer temporairement par le gros intestin. Cet organe peut absorber sans le secours d'aucun ferment digestif les albuminoïdes et la graisse émulsionnée : les excréments rendus à la suite des lavements d'œufs sont aussi pauvres en azote et en graisse que ceux qui résultent de l'alimentation normale; la nutrition par le gros intestin a été de beaucoup favorisé par l'addition aux aliments de la pepsine à la glycérine, et cette addition de ferment digestif doit être pratiquée si l'on veut tirer le meilleur résultat possible des lavements alimentaires.

M. *Trasbot* répond que les expériences faites sur le chien ne sont pas absolument démonstratives pour l'homme, parce que chez le chien le gros intestin est court, il n'est pas fermé par la valvule de Bauhin, et les lavements alimentaires ou autres pénètrent avec la plus grande facilité dans l'intestin grêle, où les conditions d'absorption sont beaucoup plus favorables que dans le gros intestin.

M. *Noël Gueneau de Mussy* emploie la pepsine ordinaire dans les lavements nutritifs : il demande en quoi consiste la pepsine à la glycérine.

M. *Catillon* répond que la pepsine à la glycérine est la pepsine extraite par macération de l'estomac dans la glycérine, selon le procédé de Vittich; c'est presque du suc gastrique en nature.

M. *Créquy* emploie avec succès, en pareil cas, des lavements de lait.

M. *Catillon* donne un mélange d'œufs auxquel il ajoute 6 grammes de pepsine à la glycérine.

M. *Petit* fait remarquer que l'action de la pepsine sur l'œuf cru n'est pas active, beaucoup moins que sur l'albumine cuite. Il est probable que l'albumine non coagulée n'est pas réduite en totalité à l'état de peptone.

M. *Catilton*. 6 grammes de pepsine peuvent transformer 36 grammes d'albumine cuite. Il y a également de la graisse dans le lavement; il est probable qu'elle est absorbée, puisqu'on ne peut la retrouver dans les matières fécales.

Sur la proposition de M. Dally, la Société charge une commission composée de MM. Beaumetz, Catillon et Trasbot de faire des expériences sur cette question.

— M. *Petit* fait une communication sur la conservation de l'action de la pepsine dans des milieux alcooliques.

M. *Constantin Paul* dit qu'on sait depuis longtemps, les traités de thérapeutique en font foi, que la pepsine est active dans les solutions faiblement alcooliques et qu'elle perd son action dans les milieux alcooliques concentrés. Or, dans l'estomac, la masse des aliments et des boissons font que la concentration alcoolique n'y est jamais assez grande pour suspendre l'action de la pepsine.

Dr Joseph Michel.

REVUE DES JOURNAUX

De la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés,
par le docteur Ritter.

L'affection décrite sous ce nom par l'auteur a été observée à l'hospice des Enfants-Trouvés de Prague; elle s'est montrée presque exclusivement pendant les premiers jours ou les premières semaines de la vie, et s'est terminée par la mort dans la moitié des cas.

Après une période prodromique, caractérisée seulement par la desquamation furfuracée ou rarement à lambeaux de

l'épiderme, survient le stade érythémateux. La rougeur paraît d'abord sur la moitié inférieure de la face et s'étend d'une façon successive ou simultanée à presque tout le tégument externe; des fissures se produisent en même temps aux commissures labiales, et de petites pertes de substances couvertes d'un enduit blanc verdâtre se montrent dans la plupart des cas sur la muqueuse palatine. Jusque-là l'enfant reste en général sans fièvre; il continue à prendre le sein, digère bien et augmente de poids.

L'exfoliation se produit ensuite; l'épiderme, soulevé par une très-mince couche de liquide exsudé, paraît ridé et comme plissé; il est macéré, ramolli, et se rompt en formant de grands lambeaux qui laissent de larges surfaces rouges et dénudées. Ces plaques écorchées et comme échaudées se sèchent ensuite, et tantôt deviennent d'un rouge brun, tantôt se recouvrent de croûtes peu épaisses plus ou moins adhérentes.

Il n'est pas rare que les mains et les pieds se trouvent entièrement dépouillés; cependant, en général, les membres inférieurs sont moins compromis que les supérieurs et le tronc.

En dehors des cas les mieux caractérisés, il y a des formes abortives en quelque sorte qui, du moins à leur début, rappellent plus ou moins la miliaire, l'eczéma ou le pemphigus. Après la dessiccation des surfaces dépouillées, il y a en général une desquamation secondaire. Toute la maladie évolue à sept ou dix jours. Il n'est pas rare d'observer comme affection consécutive le développement d'eczéma ou plus fréquemment encore de furoncles souvent très-multipliés. Cette dernière complication aggrave très-sérieusemet le pronostic; elle entraîne parfois la formation de suppurations étendues, et même de plaques gangréneuses.

Les autopsies n'ont fait reconnaître aucune altération viscérale caractéristique. La contagion directe paraît pouvoir être niée absolument. (*Revue des sciences médicales*, juillet 1879.)

Traitement de l'incontinence d'urine,
par le docteur Farquharson.

L'auteur rappelle, d'après Posser, cette observation de Goltz chez des chiens dont la moelle était coupée. Le contact de l'anus avec une éponge mouillée froide déterminait une évacuation de la vessie, d'où la possibilité de rattacher certaines incontinences à des vers intestinaux. Dans un premier groupe, l'auteur met les incontinences se rattachant à une faiblesse de tout le système et plus particulièrement de la moelle lombaire.

Traitement : toniques, surtout petites doses de fer.

A un deuxième groupe appartiennent les cas les plus rebelles, ordinairement congénitaux, occasionnellement héréditaires, dus à une faiblesse nerveuse, ou à une irritabilité de la vessie avec prédominance du pouvoir expulseur. Cette énurésie est diurne ou nocturne, celle-ci beaucoup plus difficilement curable que celle-là. L'auteur n'a pas eu ici à se louer de l'ergot; il lui préfère la belladone, qui n'agit qu'à une dose suffisante pour qu'elle produise ses effets physiologiques; et dans tous les cas son action est purement palliative. L'auteur n'est pas partisan de la santonine, vantée par M. S. Ringer.

Dans le troisième groupe, M. Farquharson place les cas qu'il se représente comme de la nature des névroses, espèce de chorée à siége lombaire; il cite un cas où une chorée véritable a remplacé une incontinence. Dans de telles formes, le sulfate de zinc lui a réussi; la strichnine, l'arsenic, ne lui ont paru avoir qu'une action tonique.

La diéte maigre, donnée même comme un spécifique, et qui n'agirait qu'en diminuant l'acidité de l'urine, l'auteur la proclame inefficace; l'urine des incontinents ne présente d'ailleurs rien de particulier; bien plus, un des cas les plus rebelles lui a été offert par un enfant qui refusait toute espèce de viande.

M. Farquharson, pensant que la cause de la maladie siége dans la moelle lombaire, propose l'emploi des contre-irritants sur la région lombaire. Et il suppose que la chaleur pourrait produire une action opposée à celle de l'éponge froide de Goltz. Le galvanisme doit aussi être essayé. (*The Practitioner*, juillet 1879.)

Travaux à consulter.

Recherches sur la tuberculose alimentaire, par M. Orth. — La matière perlée des bêtes à cornes est-elle identique avec le tubercule humain? L'ingestion de pareilles matières peut-elle produire la tuberculose? A ces deux questions, des expériences faites à l'Institut pathologique de Berlin permettent de répondre par l'affirmative. La conclusion naturelle est que l'on ne saurait trop insister sur la prohibition des viandes provenant de vaches pomelières, viandes dont l'innocuité avait été proclamée par des esprits plus amateurs de la théorie que familiers avec la pratique. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVI.)

Coïncidence du tabes dorsalis avec l'insuffisance des valvules aortiques, par MM. O. Berger et O. Rosenbach. — Coïncidence observée dans sept cas. Les auteurs se contentent de signaler le fait sans commentaires. (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1879, n° 27.)

Un cas de carcinome du poumon sans métastase, par M. Georgi. — Cas observé à la clinique de Kussmaul, remarquable par l'absence complète de métastases et l'absence de caractères particuliers de l'expectoration. (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1879, n°s 28, 29.)

Action physiologique de l'« Adonis vernalis », par M. Bubnow. — Des observations cliniques faites à la clinique de Botkin démontrent que l'infusion d'*Adonis vernalis* (plante de la famille des Renonculacées) à la dose de 4 à 8 grammes agit à la manière de la digitale. Expériences sur les grenouilles. (*Pet. med. Woch.*, 1879, n° 1.)

Une nouvelle base organique dans l'organisme, par M. Schreiner. — L'auteur est parvenu à extraire les « cristaux de Charcot » du sperme par un procédé assez compliqué. Des recherches ultérieures lui ont démontré que ces cristaux étaient un phosphate d'une nouvelle base (C^2H^5N), liquide sirupeux, incolore, inodore, sans caractères spéciaux. (*Annal. der Chemie*, t. CXCIV, p. 68.)

Les lésions des ganglions intracardiaques dans les affections du cœur, par M. Putjatin. — Recherches d'histologie intéressantes et dont la clinique fera son profit. Il en résulte d'abord qu'il n'y a pas de maladies de cœur (y compris l'aorte) sans altérations correspondantes des ganglions nerveux. En second lieu, les lésions des mêmes ganglions peuvent exister indépendamment des maladies locales, sous l'influence d'une diathèse de la syphilis, par exemple. Il y a peut-être, dans ce dernier fait, l'explication de bien des morts subites dont la cause est restée inconnue. (*Virchow's Archiv*, t. LXXIV, p. 461.)

Le rôle physiologique de la glycérine, par M. Munk. — Expériences faites sur des chiens. Contrairement à Calisson, l'auteur prétend que la valeur nutritive de la glycérine est absolument nulle. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVI, p. 119.)

De la sclérose des faisceaux latéraux et postérieurs de la moelle, par M. Babesiu. — Cas compliqué, réunissant les symptômes et les lésions du tabes dorsal spasmodique et de l'ataxie locomotrice. Partie anatomique très-soignée. Malheureusement, l'interprétation des résultats de l'examen clinique aussi bien que de l'autopsie laisse bien des doutes sur la nature réelle de l'affection. (*Virchow's Archiv*, t. LXVI, p. 74.)

BIBLIOGRAPHIE

Maladies du système nerveux. Leçons professées à la Faculté de médecine par M. Vulpian, recueillies et publiées par M. le docteur Bourceret, revues par le professeur. 1 vol. in-8 de 512 pages. — Paris, 1879. O. Doin.

Les progrès incessants des méthodes d'investigation, les conquêtes journalières de l'expérimentation, ont tracé une voie nouvelle à l'étude de la pathologie. S'il est vrai que trop souvent encore la physiologie pathologique nous échappe, et qu'il devient ainsi impossible d'appliquer une thérapeutique rationnelle, il n'est pas moins certain que ces cas deviennent de plus en plus rares, et que l'empirisme vague ne sert plus de guide principal au médecin véritablement instruit. Ainsi, tendre vers une thérapeutique rationnelle au moyen d'une pathologie basée sur une physiologie et une anatomie pathologiques connues, voilà le but qu'ont maintenant devant les yeux ceux de nos maîtres qui veulent nous faire profiter de leurs recherches et vulgariser les fruits de leurs travaux. Dans cet ordre d'idées, l'ouvrage de M. le professeur Vulpian est une des publications les plus importantes de notre époque.

Qui pouvait mieux que lui nous donner une histoire complète de la pathologie du système nerveux? Qui possédait une connaissance aussi approfondie de cette pathologie si complexe? Vingt ans d'un labeur constant; des expériences de chaque jour incessamment répétées, variées, contrôlées; des autopsies nombreuses et toujours minutieusement faites, d'abord dans un des riches services de la Salpêtrière, où les affections nerveuses ont droit de cité, puis dans un hôpital d'adultes, où l'on peut étudier les premières périodes, relativement rares dans un hospice d'infirmes; enfin une étude clinique attentive, des matériaux patiemment réunis, assuraient à l'auteur une compétence absolue.

Cependant M. Vulpian a longtemps, trop longtemps hésité à entreprendre cette tâche, et il n'a fallu rien moins que le succès de ses leçons, publiées dans le journal *l'Ecole de médecine*, de son bel ouvrage sur les nerfs vaso-moteurs, et enfin de sa clinique de la Charité, pour le décider à entreprendre la publication dont nous avons aujourd'hui le premier volume entre les mains. Il s'agit des *Maladies de la moelle épinière.*

Plus d'un lecteur sera parfois surpris de trouver dans le livre de M. Vulpian les faits les plus simples, les plus anciennement connus, et certain critique a fait remarquer que, lié par les nécessités de l'enseignement, M. Vulpian a été forcé d'exposer des données parfois un peu banales; ce n'est pas ainsi que nous le comprenons, et nous pensons que, même libre, même ne s'adressant qu'à un public instruit, notre maître eût encore exposé ces détails. Il y avait, en effet, à cette manière de faire un double avantage : d'abord l'ouvrage était complet; puis, en montrant comment ces grosses vérités s'expliquent physiologiquement, il donne des exemples faciles à saisir, qui permettront à tous de mieux comprendre, d'analyser sans trouble la physiologie plus complexe des symptômes moins connus.

Ce qui domine, en quelque sorte, toute la pathologie du système nerveux, c'est l'ensemble des modifications nutritives dont ce système peut être le siège; cette manière de voir est vraie surtout depuis qu'on a acquis la preuve que, non-seulement dans les rameaux périphériques, mais encore dans les cellules et les éléments conducteurs des parties centrales, il peut se produire des régénérations complètes, par conséquent des réparations. Dès lors, la connaissance de la physiologie et de l'anatomie pathologiques du système nerveux peuvent, en nous permettant d'analyser les symptômes morbides dans de minutieux détails, nous mettre à même d'apprécier les modifications matérielles qui ont lieu au moment même, et, par conséquent, d'en déduire un pronostic fâcheux ou favorable. Disons, de plus, que la connaissance des régénérations est la base véritablement scientifique de la thérapeutique, dont, en somme, le but suprême est de favoriser ce travail. C'est là, en quelque sorte, un chapitre de pathologie générale du système nerveux qui évitera, dans les leçons suivantes, bien des redites souvent fastidieuses.

Avec la seconde leçon commence l'histoire de diverses altérations de la moelle, qui ont leur point de départ en dehors de l'organe lui-même. Ainsi, la *compression*. M. Vulpian, après avoir fait l'histoire classique de cette conséquence si fréquente du mal de Pott, et analysé les nombreux travaux auxquels cette question a donné lieu, vient apporter le fruit de son observation et indique quelques faits nouveaux. Au début de la compression de la moelle, il est de règle qu'on observe des douleurs; symptôme que les auteurs attribuaient jusqu'ici à la compression des racines postérieures; or, M. Vulpian a établi par ses expériences que les méninges spinales sont douées d'une très-vive sensibilité, et, comme conséquence, que les douleurs dont nous parlons sont produites par l'irritation de la dure-mère. Si nous allons plus loin et si nous cherchons comment chacune des deux substances nerveuses, blanche et grise, est influencée par la compression, nous voyons que la substance grise, à laquelle on faisait jusqu'ici jouer un rôle effacé, est vivement atteinte; mais que, réagissant à sa manière, le processus morbide dont elle est le siège explique l'excitabilité réflexe plus grande qu'éprouvent presque tous les malades. Nous signalerons encore, sans malheureusement pouvoir nous y arrêter, la physiologie pathologique des symptômes qui se produisent dans le mal de Pott cervical, dans les cas de paralysie limitée aux membres supérieurs. Dans nombre de cas, quoique la lésion osseuse soit limitée aux vertèbres dorsales, et que, par conséquent, l'action directe sur la moelle n'existe qu'en ce point, la lésion se propage, en haut, dans la moelle elle-même, au point de déterminer de la parésie des membres supérieurs, parfois accompagnée d'atrophie musculaire.

Dans certains cas de compression de la moelle épinière, il se produit des hémiparaplégies à propos desquelles Brown-Séquard a proposé une explication basée sur la décussation des fibres nerveuses. M. Vulpian ne partage pas cette manière de voir; pour lui, la cause de ces phénomènes est une compensation qui existe entre la moitié gauche et la moitié droite de la moelle. On peut voir, en effet, que dans ces circonstances, comme dans les hémiplégies d'origine cérébrale, les phénomènes sont beaucoup plus accusés au membre supérieur qu'au membre inférieur.

Dans les leçons suivantes, le professeur étudie la congestion rachidienne et les hémorrhagies de la moelle. M. Vulpian se range jusqu'à un certain point à l'opinion de M. Hayem, qui considère l'hématomyélie comme une forme du processus myélitique; mais il est moins exclusif que lui, et il pense qu'il peut y avoir de véritables hémorrhagies médullaires sans processus irritatif antérieur, en quelque sorte traumatiques, et analogues, sous ce rapport, aux hémorrhagies cérébrales.

L'anémie de la moelle, les embolies capillaires spinales, sont, au point de vue clinique, à peu près inconnues; aussi M. Vulpian a-t-il dû demander exclusivement à l'expérimentation les éléments nécessaires pour faire l'histoire de ces lésions. Or, le chapitre qu'il leur consacre est d'un grand intérêt et mérite sous tous rapports d'attirer l'attention. L'auteur fait, du reste, remarquer que si cliniquement ces conditions ne se réalisent en quelque sorte jamais, il existe cependant quelques cas qui s'en rapprochent, la paraplégie des plongeurs par exemple, dont l'explication devient plus facile quand on connaît les résultats expérimentaux.

Nous ne dirons rien des leçons consacrées à l'étude des méningites rachidiennes, nous bornant à indiquer la monographie de la pachyméningite cervicale, que M. Vulpian a tracée de main de maître.

Qu'arrive-t-il comme dernier terme des compressions ou des inflammations des méninges? Que se produit-il dans le

tissu de la moelle à la suite des hémorrhagies? Les éléments nerveux et conjonctifs deviennent le siège d'un processus irritatif, et la myélite est la terminaison à peu près constante des maladies de la moelle épinière. Mais à côté de ces phlegmasies secondaires il en existe qui s'établissent d'emblée, et ce sont elles qui constituent la partie la plus importante de la pathologie de la moelle. M. Vulpian a consacré des leçons fort intéressantes à l'étude des myélites : « Les myélites se divisent anatomiquement et cliniquement en deux grands groupes : les myélites *diffuses*, les myélites *systématiques;* ces dernières prennent le nom de *poliomyélites* quand la substance grise est seule intéressée, et de *leucomyélites* quand les lésions prédominent au niveau de la substance blanche. » Nous ne pouvons malheureusement qu'indiquer à grands traits les développements consacrés à l'étude des myélites; leur anatomie pathologique, et plus spécialement leur physiologie, qui permettent d'expliquer aussi complètement que possible les symptômes si complexes des maladies de la moelle, ont été de la part de M. Vulpian l'objet d'une étude minutieuse et de déductions d'une grande clarté.

Les myélites aiguës et la plupart des myélites subaiguës appartiennent au groupe des myélites diffuses; elles sont dues à des causes complexes, dont quelques-unes (impression du froid, toxémies, etc.) sont un peu banales. Nous disons que, d'une façon générale, toute cause capable d'exciter l'activité des éléments nerveux, toute irritation des nerfs ou des méninges, peuvent provoquer des myélites. Les intoxications peuvent devenir l'origine de myélites, l'observation l'a établi d'une manière positive; il y avait là un champ d'expériences à peine entrevu; M. Vulpian l'a habilement exploité. En empoisonnant des animaux avec l'arsenic, le plomb, le mercure, le bromure de potassium, on arrive à provoquer chez eux des lésions d'irritation spinale; mais ce n'est pas là, ainsi que nous le faisions remarquer, la véritable myélite diffuse spontanée; et, suivant l'expression de M. Vulpian lui-même, « on reproduit les lésions, mais on ne crée pas les maladies ».

Mais nous voici arrivés aux chapitres consacrés à l'ataxie locomotrice; plus de la moitié des leçons sont consacrées à l'étude de cette affection, envisagée sous toutes ses formes, anatomiques et cliniques.

Etiologie encore bien obscure : car les causes abondent sans qu'une seule puisse être affirmée; symptômes complexes dont quelques-uns, surtout dans les premières périodes, sont encore peu connus, voilà où en était la science avant la publication du livre de M. Vulpian. Sous le rapport des phénomènes viscéraux qui accompagnent la première période, ces leçons ne laissent, pour ainsi dire, rien à désirer, et marquent un progrès considérable sur les publications antérieures. Si nous laissons de côté les phénomènes oculaires, nous voyons que les crises gastriques, néphrétiques, génitales, les phénomènes cérébraux sensoriels, les éruptions périodiques qui se produisent chez certains malades, ont fourni matière à des développements d'un très-grand intérêt et qu'on chercherait vainement ailleurs.

Les lésions trouvées à l'autopsie sont-elles, *dans tous les cas*, capables de donner la clef des phénomènes morbides si complexes qu'on observe pendant la vie? On ne pourrait l'affirmer; d'ailleurs ces lésions sont toujours fort compliquées et, par suite, difficiles à interpréter; non-seulement les méninges, mais les racines et les faisceaux postérieurs de la moelle, sont le siège de désordres à la fois dégénératifs et irritatifs qui aboutissent à la sclérose du segment postérieur de la moelle et à la destruction des fibres nerveuses qu'il renferme.

S'il est une question controversée en pathologie nerveuse, c'est assurément celle de la pathogénie des lésions de l'ataxie locomotrice. Quel est l'enchaînement, quel est le point de départ de ces lésions? S'agit-il d'une atrophie primitive des éléments nerveux, destinés à être remplacés par du tissu conjonctif, sorte de gangue interstitielle banale? Ou bien l'atrophie est-elle consécutive à des phénomènes d'irritation spinale? C'est à cette dernière opinion que se rattache M. Vulpian. Pour lui, on ne peut accepter que les vaisseaux soient primitivement malades et qu'ils soient la cause première de la dégénération des faisceaux. C'est une hypothèse que rien ne justifie et que détruit, ainsi que le fait justement remarquer M. Rendu (*Revue des sciences médicales*, octobre 1879, p. 569), la constatation de ces cas d'ataxie où les faisceaux sont malades, tandis que les vaisseaux ont leur structure normale. Il est également impossible d'admettre qu'il s'agisse d'une irritation primitive de la névroglie; la disposition du tissu conjonctif dans la moelle épinière, sa continuité sans distinction de système, prouvent que si cette gangue était primitivement atteint, les altérations ne se limiteraient pas aux faisceaux postérieurs. Il faut donc admettre que c'est bien par le tissu nerveux de la région postérieure que commence la lésion; mais les faisceaux postérieurs sont-ils les premiers touchés, ou bien les lésions commencent-elles dans les racines postérieures?

On trouve dans les nombreux mémoires publiés par les élèves de M. Charcot, sous l'inspiration du professeur, et surtout dans ceux de M. Pierret, que ce sont les faisceaux postérieurs, dans la portion de leur épaisseur qui répond à la zone radiculaire interne, qui sont atteints les premiers; et cette manière de voir paraît justifiée par l'examen nécroscopique de moelles d'ataxiques recueillies à la première période. M. Vulpian ne le croit pourtant pas. « L'hypothèse la plus probable, dit-il, est que les éléments nerveux des racines postérieures des nerfs sont atteints primitivement, et, suivant toute vraisemblance, les lésions des racines postérieures ne sont pas le résultat d'une propagation centrifuge des altérations primitives des faisceaux postérieurs. »

M. Vulpian fait remarquer, en effet, que les ganglions nerveux des racines postérieures constituent le centre trophique de ces racines, de sorte qu'on n'a jamais vu dans ces organes l'atrophie marcher de la moelle vers la périphérie, comme il faudrait l'admettre si les faisceaux postérieurs étaient lésés les premiers. M. Vulpian constate que cette question si importante ne peut encore être résolue et demande de nouvelles recherches; il regarde l'interprétation de MM. Charcot et Pierret comme impossible à concilier avec les données physiologiques concernant la dégénération et la régénération des fibres nerveuses.

Si l'espace nous le permettait, nous aurions un véritable plaisir à analyser chaque leçon et à montrer que partout la plus grande sévérité préside aux critiques expérimentales. La moindre hypothèse est fondée sur des expériences nombreuses variées et appuyées d'observations cliniques. Chaque symptôme est analysé, étudié sur l'animal, vérifié dans les cas particuliers. Nous trouvons dans cet important volume, non-seulement l'exposé des expériences, mais encore des observations nombreuses et recueillies avec soin. Quiconque a eu la bonne fortune de travailler avec M. le professeur Vulpian, a pu voir avec quel soin, quel sens critique les observations sont recueillies dans son service; c'est pendant des mois, des années quelquefois, que les malades sont suivis, analysés; aucun symptôme nouveau ne se produit sans être immédiatement étudiés. Dans de telles conditions, les observations ont une autorité qu'on ne peut pas toujours leur accorder.

Tel est le *Traité*, et c'est avec intention que nous employons cette expression, *des maladies de la moelle épinière*, et nous ne craignons pas de dire qu'il fera époque dans la science. Nous devons aussi féliciter M. Bourceret, qui a mis à la rédaction un soin digne de tous éloges. Nous sera-t-il permis de commettre une indiscrétion en disant que ce volume n'est que le point de départ d'une série de monographies que le doyen de la Faculté de médecine de Paris se propose de publier, et qu'il revoit, en ce moment, pour publier une nouvelle édition de ses leçons sur les substances toxiques. Nous sommes certains que le public médical apprendra cette nouvelle avec une vive satisfaction. H. CHOUPPE.

Index bibliographique.

La guérison et la prophylaxie de la diphthérie, par M. E. Wiss. 1 brochure in-8. — Berlin. Hirschwald.

« Je me suis tu pendant trop longtemps, et j'aurais dû publier ma méthode de traitement de la diphthérie..., méthode à l'aide de laquelle j'ai *toujours* obtenu la guérison du malade. » Cette méthode merveilleuse consiste à combiner le sulfate de quinine (50 centigrammes) au chlorhydrate d'ammoniaque (6 grammes) sur 180 grammes de véhicule : une cuillerée toutes les deux heures. C'est à peu près le traitement d'Ancelon. Thérapeutique à part, l'auteur consacre de bons chapitres à la pathologie, la contagiosité, la prophylaxie du croup; il est uniciste, et pense que l'origine des épidémies peut être cherchée dans les mauvaises conditions hygiéniques des maisons et surtout des latrines.

De l'épilepsie d'origine syphilitique, par M. J.-S. Viard. In-8 de 125 pages. — Paris, 1878. Louis Leclerc.

Depuis quelques années, les lésions du système nerveux que produit la syphilis ont été l'objet de recherches minutieuses. Ces recherches ont amené de bien importants résultats, de telle sorte que maintes maladies, qu'on ne savait à quelle cause attribuer, sont maintenant fréquemment rapportées à la syphilis, au grand bénéfice des malades qu'on guérit souvent. L'épilepsie, cette terrible affection, incurable quand elle est idiopathique, peut, dans quelques cas, être développée sous l'influence de la syphilis, et alors devenir curable. Les recherches qu'on a dirigées dans ce sens sont maintenant très-avancées, grâce surtout à M. Fournier. M. J.-S. Viard, qui a eu l'occasion d'étudier plusieurs cas de ce genre, a fait de leur étude l'objet d'un mémoire intéressant dont nous allons donner à nos lecteurs les traits les plus importants et les plus pratiques.

Après avoir passé en revue les cas qu'il a été à même d'analyser, et les diverses lésions cérébrales qu'il a rencontrées dans ses observations et qui se sont accompagnées de crises épileptiques, il arrive enfin aux conclusions suivantes :

L'épilepsie, ou mieux la crise épileptique, est une des manifestations nerveuses les plus fréquentes de la syphilis cérébrale. Cette épilepsie reproduit exactement tous les symptômes de l'épilepsie vulgaire, grand ou petit mal, crises plus ou moins violentes, avec convulsions et tous les accidents qu'on rencontre en pareil cas. L'épilepsie syphilitique se distingue de l'épilepsie vulgaire pour plusieurs raisons; en premier lieu pour les deux suivantes : 1° parce qu'elle affecte la modalité partielle et consciente de ses attaques plus fréquemment que l'épilepsie vraie; 2° parce qu'elle se complique de troubles divers très-précoces. Cette épilepsie syphilitique se différencie surtout de l'épilepsie commune : 1° en ce qu'elle fait sa première apparition dans l'âge adulte ; 2° en ce qu'elle est facilement curable par un traitement antisyphilitique. Enfin, pour cette dernière raison, elle se distingue aussi des autres variétés de l'épilepsie dites toxiques : saturnisme, alcoolisme, absinthisme, etc., ou néoplasiques, par exemple, cancer, cysticerque du cerveau, etc.

Sur une corrélation pathogénique entre les maladies du cœur, insuffisance et rétrécissement aortiques, et l'hystérie chez l'homme, par M. le docteur Armaingaud. Broch. in-8 de 30 p. — Paris, 1878. V. Adrien Delahaye et Cie.

La brochure de M. Armaingaud se compose de deux observations détaillées et des réflexions pathogéniques très-intéressantes qu'elles comportent.

Il ne s'agirait pas, dans les accès d'hystérie provoqués par une affection cardiaque chez un névropathe, d'embolie capillaire ou de convulsion réflexe, comme l'ont admis Brigth, Cyon, Rosenthal, etc., pour la chorée, mais d'une anémie du bulbe, conséquence des troubles de la circulation cardio-aortique.

Ce n'est pas que M. Armaingaud considère l'anémie cérébrale comme une condition pathogénique suffisante pour produire des convulsions hystériques. Aussi ne considère-t-il l'anémie cérébrale que comme la cause occasionnelle de l'accès. Il faut qu'il existe une prédisposition antérieure des centres nerveux, et alors l'accroissement de l'anémie cérébrale, par exemple, par une station verticale trop prolongée, ou par une marche ou une ascension trop rapides, détermine l'accès. Il en est de même lorsque, la maladie du cœur devenant plus grave, il y a asystolie... Que si, d'une manière quelconque, on parvient à modifier l'état névropathique, de telle sorte que l'imminence de l'accès n'existe plus, la cause occasionnelle peut se manifester impunément. Les deux observations que M. Armaingaud rapporte tout au long tendent à prouver cliniquement la légitimité des conclusions qu'il émet.

Note pour servir a l'histoire de la fluxion, par M. le docteur Clermont. In-8 de 66 pages. — Paris, 1879. V. Adrien Delahaye et Cie.

M. Clermont voudrait brièvement montrer ce qu'on a entendu par fluxion dans les différentes périodes de l'évolution scientifique, et, cela fait, étudier cet état morbide; mais il n'est pas facile de comparer entre elles les données fournies par les divers auteurs, car tel mot qui a un sens dans Hippocrate, en a un autre dans Galien, etc.; de là il résulte qu'avant d'étudier ce que pensent les auteurs d'une époque, il est indispensable de bien se pénétrer du sens qu'eux et leurs contemporains donnaient aux mots : « Le seul guide sûr, dit-il, c'est le dictionnaire de chaque époque, de chaque auteur. L'étude lexicographique doit passer avant tout. » M. Clermont, pénétré de ces idées, et voyant qu'il y a dans ce sens bien des recherches à faire pour fonder une histoire sérieuse de la médecine et des doctrines médicales, histoire dans laquelle on pourra alors puiser des renseignements d'une grande utilité, a entrepris d'établir le sens du mot fluxion, ou mieux, de montrer quel rôle on laissait jouer, et sous quel vocable on désignait, aux diverses époques, l'élément morbide que nous nommons actuellement fluxion. Il a divisé ses études en cinq périodes limités ainsi qu'il suit : La première est la période antique, celle d'Hippocrate et de Galien; la seconde est la néo-grecque, qui correspond à la Renaissance; la troisième est celle des dix-septième et dix-huitième siècles, où la fluxion a perdu son ancienne valeur et n'est plus qu'un nom du catarrhe; la quatrième est celle qui commence à Bordeu et à Barthez, et qui se continue dans l'école de Montpellier; la cinquième est l'époque moderne, c'est le dix-neuvième siècle. M. Clermont a beaucoup travaillé son sujet et l'a enrichi d'une bibliographie très-érudite; c'est un mémoire utile à lire. Nous souhaiterions que M. Clermont, pour sa part, et aussi ses amis continuassent à fouiller cette mine, car ils nous fourniraient ainsi les matériaux d'un dictionnaire historique fort utile.

VARIÉTÉS

Appel a nos confrères en faveur de la Société protectrice de l'enfance. — On lit dans le *Parlement* du jeudi 11 décembre :

Dans des rues entières de quelques-uns de nos faubourgs, on ne trouve pas un lit qui ait une couverture, pas une porte qui ferme hermétiquement. Des fenêtres mal jointes, des amas de chiffons entassés dans un coin où s'étendent quatre ou cinq enfants des deux sexes couchés pêle-mêle, voilà ce qu'on rencontre dans chaque maison. Les couvertures et les draps ont pris depuis longtemps le chemin du Mont-de-Piété. Qu'un enfant vienne à naître dans de telles conditions, au milieu d'un hiver rigoureux, il est voué à la mort.

Parmi les œuvres charitables qui essayent de combattre ces misères, il est bon de faire connaître la *Société protectrice de l'enfance*... Cette Société, que préside le docteur Marjolin, pour multiplier ses secours, doit faire appel à la générosité de tous ceux qui ne peuvent accomplir eux-mêmes le devoir de la charité. Elle sollicite de tous ceux qui liront ces lignes l'envoi d'un secours en argent ou en nature au siége de la Société, rue des Beaux-Arts, n° 4, en s'engageant vis-à-vis des donateurs à le faire parvenir sur-le-champ aux mères dont les enfants meurent de froid.

De tous côtés se font entendre des appels à la charité. Celui-ci doit être et sera particulièrement entendu des médecins, car il vient d'un confrère qui donne l'exemple et qu'on rencontre toujours au premier rang de ceux qui se dévouent au soulagement de l'indigence et à la cause de toutes les misères sociales.

MUTATION DANS LES HÔPITAUX (le 25 décembre). — Par suite de la retraite de M. Bourdon et la mort de M. Molland : M. Maurice Raynaud passe à la Charité; M. Descroizilles, aux Enfants-Malades; M. Bouchard, à Lariboisière; M. Fernet, à Lariboisière; M. d'Heilly, à Saint-Antoine; M. Hallopeau, à Tenon; M. Debove, à Bicêtre; M. Quinquaud, à Garches (hospice de la Reconnaissance).

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour les prix de l'internat.* — Le concours est terminé pour la première division (internes de 3e et 4e années). Voici quelles ont été les questions orales : *Pathologie externe :* Signes et diagnostic de la fracture du rocher. — *Pathologie interne :* Symptômes et diagnostic de la pérityphlite.
Le résultat a été le suivant :
Médaille d'or. — M. Barth, interne à l'hôpital Cochin.
Médaille d'argent.— M. Merklen, interne à l'hôpital Saint-Louis.
Première mention. — M. Nélaton, interne à l'Hôtel-Dieu.
Deuxième mention. — MM. Mayor, interne à l'hôpital Lariboisière.

BIENFAISANCE. — La Société médicale des bureaux de bienfaisance a voté, dans la séance du 10 décembre, l'envoi d'un secours de 500 francs à l'*administration de l'Assistance publique.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Société de médecine de Paris, dans la séance de samedi dernier, a procédé au renouvellement de son bureau pour 1880, ainsi qu'il suit : *président*, M. Collineau; *vice-président*, M. Charrier; *secrétaire général*, M. de Beauvais; *archiviste*, M. Rougon; *trésorier*, M. Perrin; *secrétaire des séances*, MM. Cyr et Lutaud; *membres du conseil d'administration*, MM. Blondeau et Forget; *membres du comité de rédaction*, MM. J. Besnier, Boucheron, Duroziez et Reliquet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, en date du 4 décembre 1879, la chaire d'anatomie et la chaire de médecine légale sont déclarées vacantes. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Les ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIOGRAPHIE, fondées en 1869 par le docteur Doyon, vont, à partir de 1880, être publiées par un comité de rédaction dont les membres sont : à Paris, MM. Ernest Besnier, Horteloup et Trasbot (d'Alfort); à Lyon, MM. Diday, Doyon, Gailleton et Rollet. Le cadre de cette importante publication sera considérablement élargi, et comportera notamment des figures et des planches qui faciliteront la publication de mémoires originaux.

MM. Doyon, Ernest Besnier et Horteloup sont plus spécialement chargés de la direction de ces *Annales*, qui ont déjà rendu bien des services, et qui, ainsi développées, ne tarderont pas à prendre une place éminente dans la presse médicale européenne.

NÉCROLOGIE. — Le corps médical de Rouen vient de faire une perte sensible. M. le docteur Bottentuit est mort subitement, hier matin, à sept heures. Il était atteint, depuis plusieurs années, d'une maladie de cœur. M. Pierre-Amand-Narcisse Bottentuit était né à Rouen, le 14 décembre 1806. Reçu docteur en médecine en 1831, il s'installa dans cette ville. Nommé adjoint de l'hospice de Darnétal, il fit avec beaucoup de dévouement tout le service des cholériques pendant la grande épidémie de 1832. En 1854, il fonda à Rouen le premier établissement d'hydrothérapie établi en France, et celui de Dieppe en 1858. Il a publié plusieurs ouvrages et un roman fort curieux qui a pour titre : *Le docteur Ferrand*, et qui, sous une forme familière, exposait ses théories sur la régénération de l'espèce. C'était le père de notre distingué collègue de la *Presse médicale*

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 4 au 11 décembre 1879, on a constaté 1076 décès, savoir:

Fièvre typhoïde, 28. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. Variole, 28. — Croup, 15. — Angine couenneuse, 19. — Bronchite, 63. — Pneumonie, 92. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 10. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 3. — Affections puerpérales, 7. — Erysipèle, 10. — Autres affections aiguës, 224. — Affections chroniques, 530 (dont 195 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 16. — Causes accidentelles, 20.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la GAZETTE HEBDOMADAIRE *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de* 8 *francs, à recevoir le* BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Étude sur l'intoxication purulente, comprenant cinq communications faites à l'Académie de médecine, à l'occasion de la discussion sur cette question, pendant les années 1871 et 1872; précédée d'une introduction faisant ressortir la signification générale et les points de vue nouveaux de l'ouvrage, par le docteur J. Guérin. 1 vol. in-8 de 170 pages. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

Leçons de clinique médicale, par le professeur Michel Peter. Tome IIe, contenant : Les tuberculeux et les phthisiques; les maladies puerpérales; la gangrène diabétique, les températures excessives dans les maladies. 1 vol. in-8 de 830 pages, cartonné à l'anglaise. 15 fr. Paris, Asselin et Cie. Prix des 2 volumes. 30 fr

Traité des maladies épidémiques, origine, évolution, prophylaxie, par le professeur Léon Colin (du Val-de-Grâce). In-8 de XVIII-1032 p. J.-B. Baillière et fils. 10 fr.

Les eaux thermales de Saint-Honoré (Nièvre). Étude médicale, par le docteur Ch. Breuillard. In-8 de 86 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Guide médical à Contrexéville (Vosges), par le docteur Debout-Destrées. 1 vol. in-18. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

Guide élémentaire du médecin praticien, par le docteur Buchholtz (de Wissembourg). 1 vol. in-18. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

Étude sur la contraction musculaire syphilitique, par le docteur Cesbron. In-8 Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

L'opération césarienne aux États-Unis. Étude analytique de cent opérations; traduit et annoté par le docteur Eustache. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

De la déviation en dedans du genou (genu valgum), pathogénie et traitement, par le docteur Peyre. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr.

De l'utilité des lavages intra-utérins antiseptiques dans l'infection puerpérale, par le docteur Joanny Rendu. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr.

De l'épididymite blennorrhagique dans les cas de hernie inguinale, de varicocèle ou d'anomalies de l'appareil génital, par le docteur Ledouble. 1 vol. in-8, avec 3 planches. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 7 fr.

Claude Bernard et la science contemporaine, par le docteur A. Ferrand. gr. in-8 de 12 pages. Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils. 1 fr.

Étude sur les causes des variations de l'urée dans quelques maladies du foie, par le docteur Valmont. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr 50

La vingtième édition de l'*Annuaire des eaux minérales*, publiée aujourd'hui par la *Gazette des Eaux*, contient la nomenclature complétée et rectifiée des eaux minérales françaises, analyses, thermalité, indications thérapeutiques, etc. Liste des récompenses obtenues à l'Exposition universelle de 1878. Notice sur la plupart des stations thermales. La publication sur les eaux minérales la plus utile au médecin et au malade. Joli volume in-18 très-portatif. Paris, Gauthier-Villars. 1 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SIXIÈME ANNÉE N° 52 26 DÉCEMBRE 1879

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 25 décembre 1879.

Société de biologie : CONTRACTIONS SPONTANÉES DES MUSCLES LISSES DES POUMONS APRÈS LA MORT : A. HÉNOCQUE. — VALEUR ALIMENTAIRE DU BOUILLON.

Contractions spontanées des muscles lisses des poumons après la mort.

La communication que j'ai faite à la Société de biologie (voy. p. 831) peut se résumer brièvement; il s'agit d'un phénomène analogue à celui qui a été observé dans tous les viscères présentant une tunique de fibres musculaires lisses, et qui a reçu le nom de contractions péristaltiques spontanées. Celles-ci s'observent après la mort et persistent longtemps. Il suffit pour les voir d'ouvrir l'abdomen d'un animal. Jusqu'à présent, on n'avait pas signalé ou décrit de contractions analogues dans les muscles lisses si abondamment distribués dans le parenchyme pulmonaire, et dont les mouvements pendant la vie sont sous l'influence du nerf pneumogastrique.

Ce sont ces contractions spontanées du poumon que j'ai observées un grand nombre de fois chez des animaux sacrifiés pour diverses expériences. Pour bien les reconnaître, il faut examiner avec soin le poumon d'un mammifère détaché de la cavité thoracique; l'on voit alors des changements dans la coloration de l'organe correspondant à un état d'expansion vésiculaire qui varie d'une façon plus ou moins apparente, mais qui, sur les bords et vers les sommets, peut être exagéré au point de produire de l'emphysème.

Ces phénomènes ont été observés sur les animaux domestiques, et je crois pouvoir les considérer comme se produisant normalement à un degré plus ou moins prononcé dans les poumons de tous les cadavres.

J'ai pu m'assurer que dans les abattoirs on est obligé de tenir compte de ces contractions; en effet, il y a bien longtemps qu'on sait qu'il faut insuffler les poumons aussitôt après la mort, et un boucher ne manque jamais de « bouffer » le poumon encore chaud, parce que, si l'insufflation est pratiquée quelques minutes plus tard, elle est plus pénible et se fait irrégulièrement, le poumon étant contracté à différents degrés dans ses diverses parties.

On peut conclure, par analogie, que ces contractions spontanées existent chez l'homme; et si on se place au point de vue de l'anatomie pathologique et de la médecine légale, il y aurait un grand intérêt à préciser les aspects cadavériques qu'on peut rapporter à l'état de rigidité définitif des fibres musculaires lisses. Chez les animaux dont le poumon est desséché, on retrouve très-bien les parties qui ont présenté la distension exagérée de l'emphysème, et il en est peut-être ainsi chez l'homme; dans tous les cas, l'emphysème des bords du poumon est un fait si commun dans les autopsies (à un degré plus ou moins prononcé), que je suis tenté de lui reconnaître un mécanisme analogue à celui de l'emphysème des bords des poumons chez les animaux, c'est-à-dire que je le considère comme un phénomène ultime de l'agonie. D'ailleurs cet état d'agonie des muscles lisses peut durer très-longtemps, car ces muscles peuvent conserver leur irritabilité pendant plusieurs heures, ainsi qu'on peut s'en convaincre en excitant un poumon par des courants induits énergiques, longtemps après la mort.

Je n'insiste pas sur les conséquences des faits que j'ai décrits, parce que j'ai à compléter par de nouvelles recherches l'étude de ces phénomènes. On trouvera plus loin, au compte rendu de la Société de biologie, les conclusions auxquelles je me suis arrêté.

Albert HÉNOCQUE.

FEUILLETON

Leçon sur le diagnostic de la folie, par M. le professeur BALL.

(Fin. — Voyez le numéro 51.)

Ces questions épuisées, on aborde la politique, et là de nouvelles surprises nous attendent. Les idées ambitieuses, qui se lient souvent au délire des persécutions, font dire à plusieurs aliénés que le clergé, que la police, qu'une grande famille, est acharnée à leur perte. On veut leur ravir une grande fortune; on veut leur dérober les droits qu'ils tiennent de leur naissance. Au reste, les préoccupations du jour tiennent une grande place dans le délire de ces malades. On rencontrait autrefois un grand nombre d'individus qui se disaient fils de Louis XVI. Et nous voyons aujourd'hui le même délire se représenter sous des formes un peu différentes, mais le fond reste toujours le même.

Après l'ambition vient le tour des idées religieuses. Rien n'est plus facile que d'obtenir, à cet égard, des aveux de certains malades; ils viennent, en quelque sorte, spontanément au-devant de vous. Mais on voit quelquefois, au contraire, des idées délirantes rester à l'état latent et n'éclater qu'après une longue période de dissimulation. De pareils secrets sont souvent gardés pendant des années, pendant une existence entière. Un beau jour le mystère éclate, et l'on apprend de la bouche même de l'aliéné qu'il est depuis longtemps en rapport avec les puissances supérieures, qu'il communique avec les anges, et qu'il est chargé de présider à la rénovation du monde. D'autres fois, c'est le délire inverse qui s'est emparé de lui; il est damné, il est sorcier, le diable s'est emparé de lui. On comprend quels sont les ménagements dont il faut user pour obtenir, à cet égard, des aveux, lorsqu'il s'agit d'un malade qui s'étudie à dissimuler son délire.

Valeur alimentaire du bouillon.

Dans nos précédents articles sur les lavements alimentaires, nous avons insisté sur les résultats utiles qu'on obtient en faisant usage du bouillon; nous avons cherché, en effet, à montrer que si le bouillon employé en lavements ne nourrit pas, il agit comme excitant de l'estomac et soulage momentanément le malade. Nous croyons utile d'ajouter quelques mots pour achever de déterminer, dans un but pratique, la valeur alimentaire de cette substance.

Il est admis aujourd'hui par la plupart des physiologistes et des praticiens que le bouillon, tout en présentant des indications précises en thérapeutique, n'est pas à lui seul un aliment suffisant pour entretenir la vie : nous n'avons qu'à rappeler les expériences de Schiff, de Carville et Bochefontaine (Société de biologie), et celles plus récentes de M. Catillon (Société de thérapeutique), expériences toutes démonstratives, sans avoir besoin d'insister davantage sur ce sujet.

Mais si à lui seul le bouillon ne peut être considéré comme un aliment complet, il n'en est pas moins certain qu'il peut rendre et qu'il rend des services réels, précisément à cause de la propriété qu'il possède à un haut degré, presque exclusivement même, d'exciter la sécrétion du suc gastrique et d'être par excellence une substance peptogène. Schiff a démontré en effet que si après un repas excessif la pepsine faisant défaut à une période avancée de la digestion, période pendant laquelle l'estomac contient encore des aliments solides non encore transformés, on fait ingérer du bouillon, la muqueuse stomacale sécrète de nouveau du suc gastrique, les troubles digestifs s'amendent peu à peu et la digestion s'achève.

Or comment le bouillon agit-il?

1° Comme condiment d'une odeur et d'une saveur agréables : l'odeur seule suffit pour déterminer une excitation spéciale et une production plus ou moins abondante de salive.

2° Par une action peptogène, action complexe, difficile à expliquer, mais facile à démontrer par l'expérimentation. Sous l'influence du bouillon, introduit soit par la bouche, soit par le rectum, il se produit rapidement une sécrétion abondante de suc gastrique; sécrétion qui une fois tarie peut être renouvelée assez facilement par l'ingestion d'une seconde tasse de bouillon.

3° Par certains principes stimulants, les sels de potasse et en particulier le phosphate acide de potasse, qui fournit au bouillon sa réaction acide; par la créatinine, la créatine des muscles s'étant en grande partie transformée en créatinine par l'ébullition avec fixation de deux équivalents d'eau, « résultat de la décomposition désassimilatrice des substances organiques du tissu musculaire » (Robin); par la sarcine, l'acide inosique ou mieux l'inosate de potasse, l'acide lactique et les sels minéraux. — Les diverses substances que nous venons de citer sont toutes des substances stimulantes, mais à des modes différents; ainsi l'action stimulante des sels de potasse s'exercerait principalement sur le cœur (Kemmerich, Pluger's, *Archiv f. physiolog.*, I et II); tandis que la créatinine diminuerait l'activité musculaire, mais exciterait les nerfs périphériques (Ranke, *Tetanus*, p. 364). En tout cas il est difficile de préciser davantage l'action spéciale de chacun de ces sels, et Bogosslawsky nous paraît avoir raison de ne pas être aussi affirmatif que les deux observateurs que nous venons de citer, et de dire simplement que l'action stimulante du bouillon dépend autant de la créatinine que des sels de potasse (*Archiv f. Anat. med. pathol.*, von du Bois-Reymond, Reichert, 1872).

4° Par les matières extractives, qui peuvent utilement remplacer dans les éléments anatomiques de l'individu en inanition les produits de désassimilation qu'il perd incessamment. Ce n'est pas là une action récrémentitielle à proprement parler, mais bien un moyen d'atténuer le trouble que produit dans l'élément un état de vacuité exagéré.

5° Par des sels minéraux, phosphates, sels de potasse et de magnésie, sulfates et chlorures à base de potasse et de soude, qui peuvent être considérés comme des aliments minéraux, puisqu'ils peuvent et qu'ils doivent entrer dans la constitution des éléments anatomiques; par certains sels de soude et particulièrement par le chlorure de sodium, indispensable au fonctionnement de l'organisme comme agent médiateur dans les actes de la diffusion, et secondairement dans la nutrition, ainsi que l'a démontré le professeur Bouchard dans ses savantes leçons sur les urines (*Gazette hebdom.*, 1873). Ajoutons que le chlorure de sodium est indispensable pour l'élaboration de l'acide chlorhydrique par les glandes de l'estomac, et que, sans chlorure de sodium, le suc gastrique manquerait d'un des éléments les plus indispensables à la propriété qu'il possède d'agir comme substance digestive. Le suc gastrique, en effet, en renferme une proportion relativement très grande, en la comparant aux autres substances qui y sont contenues (chlorures de sodium, d'ammonium, de magnésium, etc.).

6° Par la gélatine, contenue principalement dans les os qui ont servi à faire le bouillon. Si la gélatine n'est pas un

---

Enfin il est un dernier point qui fournit souvent à l'aliéniste une mine féconde de renseignements, c'est le délire érotique. Il peut exister seul, ou s'allier à des idées religieuses ou morales de l'ordre le plus élevé.

Il est extrêmement rare de rencontrer un fou capable de subir un interrogatoire aussi compliqué sans se compromettre à un moment donné. Il suffit de presser un ressort pour faire éclater la boîte de Pandore, et l'on ne saurait assez admirer l'habileté avec laquelle certains aliénistes expérimentés savent toucher le point juste, et faire déraisonner le malade au moment où l'on s'y attend le moins.

Un malade, enfermé pendant quelque temps dans une maison de santé en Angleterre, intente après sa sortie un procès à ses médecins; il les accuse de l'avoir détenu arbitrairement. Devant les juges, sa tenue était irréprochable; il dissimulait avec la plus grande habileté son délire, et l'avocat chargé de la défense éprouvait déjà les plus vives inquiétudes, lorsqu'il eut l'heureuse inspiration de lui poser la question suivante : « Qu'est devenue la princesse à laquelle vous écriviez des lettres avec de l'encre sympathique faite avec du jus de citron? » Aussitôt le malade retomba dans l'ornière de ses conceptions délirantes, et son état mental ne fut plus douteux pour personne.

N'oublions pas d'ailleurs qu'un second examen est souvent nécessaire. La folie peut être intermittente; un malade peut être absolument raisonnable au moment de l'examen, et le mot de lucidité sert précisément à désigner les intervalles où la folie cède la place à la raison.

Quand la parole ne trahit point le délire, les écrits peuvent quelquefois le révéler. Voilà pourquoi les lettres et les manuscrits sont chez les aliénés l'un des éléments de diagnostic les plus précieux. Sans parler des idées absurdes que peuvent renfermer ces écrits, les caractères physiques de l'écriture peuvent eux-mêmes fournir des indices. Elle est souvent heurtée, précipitée, mal formée; elle présente quelquefois des caractères vraiment insolites. C'est ainsi que Buchner a

aliment plastique, elle doit être considérée assurément comme un aliment respiratoire et fournissant un combustible aux oxydations : elle peut ainsi épargner une quantité correspondante de la matière vivante employée comme aliment respiratoire; mais comme le dit M. le professeur Robin : « Il est reconnu que les substances organiques qui se décomposent en gélatine par la coction sont alibiles, c'est-à-dire assimilables; mais la gélatine ingérée qui est absorbée se retrouve dans les urines, où elle arrive de toutes pièces sans avoir servi à la nutrition, sans avoir été assimilée. » En un mot, contrairement à l'opinion de Darcet, l'introduction de la gélatine dans le bouillon ne peut donner à celui-ci des propriétés nutritives.

7° Par les petites quantités d'albuminose qu'il contient et même par de petites quantités d'albumine restées en solution grâce à la réaction légèrement alcaline du bouillon : ces deux corps rentrent en effet dans la classe des aliments plastiques.

8° Par les acides végétaux fournis par les légumes.

En résumé, le bouillon est utile, d'abord parcequ'il est agréable, et ensuite parce que, grâce à son action peptogène, il provoque la sécrétion du suc gastrique et facilite ainsi le travail de la digestion; mais il n'est pas possible de le considérer comme un aliment. Le bouillon, en effet, est un aliment absolument insuffisant; il n'est qu'un simple auxiliaire de l'alimentation, du moins tel qu'on est accoutumé de le faire ordinairement. Pour lui donner une valeur nutritive réelle, il suffirait simplement d'y ajouter des peptones, ou mieux encore de faire cuire la viande avec les légumes et les condiments ordinaires dans la marmite de Papin, à une température de 110 degrés; à cette condition seulement le bouillon pourra présenter une action nutritive réelle. Son utilité n'en est pas moins des plus grandes, non-seulement dans l'hygiène ordinaire de la vie, mais dans le cours des maladies de longue durée, en déterminant une sensation de bien-être et d'excitation précieuse pour le malade; et sans partager le lyrisme de Bunge, qui s'écrie dans un langage imagé : « Au point de vue médical, le bouillon est comme une fleur parfumée, une madone de Raphaël, une symphonie de Beethoven » (*Plüger arch. f. Phys.*, t. IV, 1871), disons simplement que, même privé des qualités d'aliment qu'on lui a si longtemps accordées, son rôle est assez grand, en physiologie comme en thérapeutique, pour consoler ses partisans convaincus qui ne peuvent se faire à l'idée que le bouillon ne nourrit pas.

Dr Joseph Michel.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

Un cas de sarcome fasciculé de l'épisclère, avec envahissement de la cornée, par le docteur E. Hocquard, médecin militaire.

De l'aveu de tous les auteurs, les sarcomes de l'épisclère et de la conjonctive, avec ou sans généralisation dans la cornée, sont extrêmement rares; mais ce qui est plus rare encore, ce sont les observations détaillées et bien établies de ce genre de tumeur. C'est pourquoi j'ai jugé utile de publier l'histoire complète, avec examen microscopique à l'appui, d'un cas de sarcome fasciculé du limbe cornéen qu'il m'a été donné d'observer dans les services de la clinique. Très-curieux à cause de sa marche bénigne, de la singularité de son aspect et de sa forme particulière, il présente des données anatomiques d'un haut intérêt au point de vue du pronostic de ces sortes de lésions.

Obs. — Le nommé R... (G.), domestique, âgé de trente-sept ans, demeurant à Dardilly (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu le 6 décembre 1877, dans le service de M. Gayet.

Cet homme n'accuse aucun antécédent héréditaire, ni spécifique. Il a toujours joui d'une excellente santé et il est de constitution robuste. Il vient consulter pour une petite tumeur siégeant dans l'angle interne de l'œil gauche.

C'est au mois de mai de 1876 qu'il s'est aperçu pour la première fois de l'existence de cette tumeur. A cette époque, elle n'était pas plus grosse que la tête d'une épingle, et s'implantait immédiatement en arrière du limbe de la cornée, au côté interne et supérieur du globe. Elle ne gênait en aucune façon la vision, n'était pas douloureuse et n'occasionnait même pas de larmoiement; mais elle s'étendait rapidement, car trois semaines après la première constatation du malade elle avait déjà acquis la largeur d'une petite lentille.

Le malade, effrayé, fut à cette époque consulter M. Gayet, qui excisa la tumeur. Mais il y eut récidive rapide, et R... dut rentrer à l'hôpital au mois de novembre de la même année.

L'état local fut examiné très-soigneusement et consigné dans les registres de la clinique. Il existait alors à l'angle interne de l'œil gauche une sorte de végétation rougeâtre s'étendant sur la conjonctive et envahissant déjà la cornée. Elle offrait au niveau de cette dernière membrane une saillie en forme de bouton, irrégulière, assez volumineuse et d'un blanc rosé. Ce bouton s'étendait un peu du côté de l'angle interne. La conjonctive était à ce niveau sillonnée de gros vaisseaux flexueux qui nourrissaient la tumeur. L'injection était bien localisée. La vision se maintenait encore parfaite, car le champ pupillaire n'était pas envahi. Mais, au dire du malade, la tumeur croissait à vue d'œil, surtout depuis un mois. Il y avait donc nécessité d'intervenir.

Le 13 novembre, M. Gayet procéda pour la seconde fois à l'extirpation du néoplasme. La portion conjonctivale fut enlevée avec

---

signalé ce qu'il appelle « l'écriture de miroir », c'est-à-dire une écriture dont les caractères sont formés de telle manière qu'on les aperçoit comme s'ils étaient réfléchis par un miroir. C'est surtout dans la paralysie générale qu'on a signalé ce phénomène; je vous l'indique surtout à titre de curiosité.

Mais ce que vous rencontrerez le plus souvent, ce sont des phrases incomplètes où manque un verbe, un substantif, un membre important; ce sont des mots soulignés, comme si le malade voulait donner à ses écrits toute l'emphase qu'il apporte dans ces discours. Dans certaines lettres, surtout dans celles qu'écrivent les femmes, c'est à peine si l'on trouve un mot qui échappe à cette règle. Ailleurs, c'est un déluge de points d'exclamation; ce sont des points d'interrogation jetés au hasard dans le texte; ce sont enfin des formules étranges, des expressions forgées par le malade et dont il est souvent difficile de comprendre le sens.

Nous arrivons maintenant aux caractères physiques de l'aliénation mentale. Avant même de commencer l'interrogatoire, l'observateur attentif sera frappé de l'attitude de l'aliéné, de sa physionomie qui semble porter le masque de l'aliénation mentale. On dit avec raison que les fous ont souvent les yeux hagards, et en effet les yeux ont presque toujours une expression particulière; tantôt fixes, tantôt mobiles, ils impriment à la figure un cachet particulier. Les traits sont contractés, et l'on voit se dessiner d'une façon prématurée des rides sur le visage, phénomène frappant surtout lorsqu'il s'agit d'une femme jeune encore. Chez quelques individus on constate une parésie de certains muscles du visage; mais surtout, comme le fait observer Bucknill, il existe une différence frappante entre les deux moitiés gauche et droite de la face, ou bien entre les parties inférieure et supérieure du visage; la bouche peut être expressive pendant que les yeux sont ternes; ou bien, au contraire, les yeux sont animés tandis que la bouche entr'ouverte et les lèvres pendantes ont l'expression de la stupidité.

En thèse générale les aliénés sont laids, plus laids que na-

les ciseaux; puis, à l'aide d'un scarificateur, on racla la sclérotique et on excisa le bouton cornéen. On enleva de la sorte tout le tissu qui paraissait malade. Les suites furent très-simples et la plaie se cicatrisa rapidement. Le lambeau conjonctival extirpé fut placé dans l'alcool à 90 degrés pour être examiné ultérieurement.

Pendant un an on n'entendit plus parler du malade, et M. Gayet le croyait définitivement guéri, lorsqu'il le vit revenir, le 6 décembre 1877, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, porteur cette fois d'une tumeur plus volumineuse et d'un aspect singulier.

Elle ressemblait à s'y méprendre à un ptérygion, et occupait, du reste, exactement le siége de prédilection de cette sorte de lésion. Au côté interne de la cornée, à cheval mi-partie sur cette membrane, mi-partie sur la sclérotique, se montrait d'abord une tumeur demi-transparente, d'un bleu grisâtre, à surface légèrement inégale, mais lisse et brillante, ayant à peu près la consistance de la substance cornéenne. Cette tumeur avait la forme d'un ovale à grand axe oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Elle mesurait 7 millimètres suivant son grand axe et 5 millimètres dans le petit. Elle empiétait sur la sclérotique dans une étendue de 1 millimètre environ, et elle recouvrait la cornée de telle façon que son bord interne venait affleurer le disque pupillaire lorsque la pupille était en dilatation moyenne. Elle était sessile et parcourue par un grand nombre de vaisseaux volumineux qui affectaient une disposition remarquable. Grâce à la transparence de la tumeur, on les voyait partir de la profondeur, traverser sans déviation presque tout le tissu du néoplasme; puis, arrivés très-près de la surface, se recourber brusquement pour retourner à leur point de départ, en constituant un système d'anses qui, à la loupe, offrait un très-joli aspect.

La tumeur était à peine sensible; on pouvait la toucher légèrement avec la pointe d'une plume sans que le malade fît aucun mouvement. Elle ne présentait à sa surface ni croûtes, ni ulcérations; elle n'avait pas de tendance à saigner.

La démarcation entre le néoplasme et la portion de cornée restée saine se montrait bien tranchée, excepté sur un petit point, en bas et en dedans, où la cornée avait pris une teinte louche aux environs de la tumeur.

J'ai dit que la tumeur était ovalaire, à grand axe dirigé de dehors en dedans et de haut en bas De l'extrémité inféro-interne du grand axe partaient de gros vaisseaux tortueux; les uns, superficiels, étaient carminés; les autres, plus profondément situés, avaient une teinte violette. Ces vaisseaux, bien groupés au moment où ils pénétraient dans la tumeur, allaient en divergeant à mesure qu'ils se rapprochaient de la caroncule ou du cul-de-sac conjonctival, figurant assez exactement un aileron ou mieux la queue d'une comète. L'ensemble de la lésion simulait donc, presque à s'y méprendre, un ptérygion; et, ce qui rendait encore cette ressemblance plus frappante, c'était la présence d'une large bandelette à fibres nacrées rayonnant vers la tumeur. Cette bandelette, qui n'était autre que la cicatrice conjonctivale résultant des opérations précédentes, figurait un triangle dont la base, très-large, répondait à la moitié interne du cul-de-sac conjonctival inférieur et à la région caronculaire, et dont le sommet venait aboutir à l'angle inféro-interne de la tumeur. En relevant la paupière supérieure, on voyait également que cette paupière était bridée par un gros faisceau blanc nacré cicatriciel, qui, partant de sa face conjonctivale, immédiatement en arrière du point lacrymal, aboutissait également au bord interne du néoplasme. La conjonctive palpébrale supérieure était un peu injectée en dedans, à cause des frottements répétés de la tumeur.

La tension du globe était normale, la chambre antérieure intacte, l'iris contractile, le fond de l'œil sain. L'acuité avait un peu diminué, à cause de l'extension de la tumeur vers le centre de la cornée :

$$V = \begin{cases} OG \frac{5}{9} \\ OD \frac{1}{1} \end{cases}$$

Cette fois encore il fallait intervenir, mais intervenir promptement, car la tumeur, qui s'étalait rapidement et était arrivée à la pupille, allait, en s'étendant au-devant de l'ouverture de l'iris, compromettre la vision de cet œil d'une façon définitive. Mais dans quelle mesure fallait-il agir? Devait-on, instruit par les inutiles tentatives d'extirpation faites à deux reprises différentes, et dans la crainte d'une généralisation prochaine de la tumeur dans l'orbite, tenter une cure radicale en enlevant l'œil tout entier; ou fallait-il, encouragé par la bénignité des opérations déjà faites et par le peu de tendance que montrait le néoplasme à se propager au loin, essayer encore une fois l'excision sur place et respecter le globe? Après un peu d'hésitation, M. Gayet s'arrêta au dernier parti, et cela pour les raisons suivantes : d'abord, l'examen de la tumeur énucléée précédemment avait fait voir qu'il s'agissait d'un sarcome. Or, l'opérateur savait par expérience que ces sortes de néoplasmes ont beaucoup moins de tendance que les épithéliomas à se généraliser dans l'orbite et à s'enfoncer vers l'intérieur de l'œil. Ensuite, les fonctions de l'organe lui-même étaient à peine compromises, et M. Gayet éprouvait la plus grande répugnance à sacrifier un œil dont la vision était encore, pour ainsi dire, normale.

On résolut donc de tâter cette fois encore de l'excision suivie du raclage, en agissant plus profondément que les deux premières fois et en se réservant d'énucléer consécutivement l'œil, si, à la suite de toutes ces manœuvres, il se déclarait une panophthalmite.

L'opération fut pratiquée le 11 décembre 1877. A la suite de l'excision et du grattage, il s'écoula un peu de sang, qui fut arrêté presque aussitôt à l'aide de l'eau froide.

Trois jours après l'opération, la plaie cornéenne était déjà cicatrisée. Il se montrait même à la surface de la cicatrice une sorte de vernis rouge violet, qui donna des inquiétudes au point de vue de la récidive, ce qui fit qu'on cautérisa assez vigoureusement l'endroit suspect avec le crayon de nitrate d'argent.

Le malade sortit le 20, paraissant complètement guéri. Je l'ai revu le 5 août 1879, dix-neuf mois après l'opération. La conjonctive présentait à l'angle interne de l'œil une cicatrice nacrée, trace des opérations précédentes. La cornée avait repris presque partout sa transparence, même à l'endroit où avaient porté les raclages. Il restait seulement en dedans une petite tache grisâtre ayant 1 millimètre et demi environ de diamètre et reposant mi-partie sur la sclérotique, mi-partie sur la cornée. De petits vaisseaux épiscléraux très-fins se rendaient à cette tache, dans laquelle ils se divisaient. Le malade me dit que cette tache existait déjà très-peu de temps après l'opération, et qu'en tout cas elle ne s'était

---

ture, et lorsqu'ils reprennent leur bonne mine, c'est un signe des plus favorables. Toutefois, il est des femmes dont les traits un peu vulgaires prennent, sous l'influence de l'excitation maniaque, une tournure illuminée et poétique qui contraste avec leur expression ordinaire.

Les téguments sont très-souvent pigmentés; une couleur bistre, qui est peut-être le résultat d'une hématose incomplète, se répand sur tout le visage, quelquefois sur tout le corps.

Des signes plus importants encore vous seront quelquefois fournis par l'hésitation de la parole, par le tremblement, par le strabisme, par l'inégalité des pupilles, et par d'autres conditions qui relèvent de cet ordre d'idées.

N'oublions pas l'attitude des aliénés, qui tient le milieu entre les phénomènes physiques et les symptômes purement intellectuels. En effet, cette attitude est en rapport non-seulement avec l'état des forces musculaires, mais aussi avec les idées dominantes qui gouvernent le malade. Les uns se tiennent accroupis dans un coin; les autres sont agités, vont et viennent sans cesse; d'autres enfin se trahissent par des détails infimes, mais qui, pour l'observateur attentif, sont de précieux renseignements. J'étais appelé un jour dans une maison où régnait un grand luxe, où le maître vivait entouré de domestiques nombreux. A peine avais-je sonné que le maître de la maison venait lui-même ouvrir la porte. Pourquoi venir? pourquoi ne pas laisser les domestiques remplir leur devoir? C'est que l'agitation perpétuelle qui le dévorait ne lui permettait pas d'abandonner à un autre le soin d'apprendre quel était le nouveau venu qui venait se présenter chez lui et qu'il craignait déjà sans le connaître.

Dans la conversation, les aliénés se livrent souvent à des gestes exagérés et hors de toute proportion avec leurs paroles. Ils ont souvent des tics, des contorsions de la face. Leur mauvaise tenue les trahit souvent : ils sont mal mis, malpropres; leur mise est excentrique; leurs vêtements sont en désordre. Sous prétexte de les ausculter, vous les déshabillez et vous

pas du tout étendue depuis qu'il l'avait aperçue pour la première fois. Serait-ce une cicatrice ou une récidive? Son apparition très-peu de temps après l'opération, son état stationnaire, son niveau, qui dépassait de très-peu celui de la cornée, me feraient pencher pour la première opinion; mais la vascularisation persistante laisse quelques doutes dans mon esprit. En tout cas, la récidive, si récidive il y a, s'annonce extrêmement lente et tout à fait bénigne.

Examen microscopique. — L'examen a porté sur les portions de tumeur enlevées dans les deux dernières opérations. Les pièces ont été conservées dans l'alcool. Les coupes, colorées avec le carmin, ont été montées dans la glycérine additionnée d'acide formique. Voici ce que j'ai constaté sur mes préparations :

A. DEUXIÈME EXTIRPATION, du 13 novembre 1876. — La tumeur, durcie dans l'alcool à 90 degrés, a à peu près le volume d'un petit pois. Elle est exclusivement composée d'une grande quantité de cellules allongées, disposées en faisceaux et reliées par une substance amorphe très-peu abondante, se colorant à peine par le carmin. Cette gangue amorphe paraît assez solide, car les éléments figurés ne s'isolent pas facilement.

La disposition fasciculée est due à l'orientation des cellules, qui sont rangées par groupes très-allongés constituant de véritables faisceaux. Toutes les cellules qui forment chaque groupe ont leur grand axe dirigé dans le sens de la longueur du faisceau. Ces faisceaux n'ont pas tous la même direction; ils s'enchevêtrent, au contraire, les uns dans les autres, de telle sorte que, selon les hasards de la section, ils peuvent être coupés suivant leur axe, perpendiculairement à lui ou plus ou moins obliquement. Il en résulte que sur les coupes on voit tantôt de longues traînées de cellules allongées, tantôt des groupes de corpuscules, les uns ronds, les autres plus ou moins ovalaires, avec ou sans noyau.

Les cellules obtenues par dissociation de petits fragments de tumeur sont bipolaires ou en raquette. Les premières sont, en général, moins volumineuses que les secondes; les plus petites ont 30 μ de longueur; les plus grandes peuvent aller jusqu'à 70 μ. Le noyau allongé dans le sens du grand axe de la cellule a de 11 à 20 μ; il contient toujours plusieurs nucléoles bien marqués et brillants; il s'imprègne fortement en rouge, tandis que le protoplasme, assez abondant, se colore à peine. Rarement on rencontre des cellules à deux noyaux.

Toutes ou presque toutes les cellules sont remplies de granulations graisseuses. Çà et là on trouve dans le tissu même de la tumeur des points de ramollissement constitués par des cellules altérées, à peine reconnaissables, nageant au milieu de grosses gouttelettes d'huile. Sur divers points, j'ai trouvé des cellules gigantesques qui rappelaient celles de la moelle des os. Nulle part il n'y a trace de pigment, et il n'existe aucun vaisseau dans la substance même du néoplasme.

La base de la tumeur est constituée par le tissu conjonctif de l'épisclère, qui montre une prolifération particulière de ses éléments cellulaires. Les grandes cellules à prolongements sont plus nombreuses que d'habitude, et çà et là on remarque entre les fibres qu'elles écartent des groupes de cellules cancéreuses. Ces corpuscules ne sont pas en dégénérescence régressive comme ceux qui appartiennent au tissu propre du sarcome; ils forment des amas qui ont beaucoup plus de tendance à s'allonger transversalement et parallèlement aux faisceaux conjonctifs, qu'à se développer dans le sens de la profondeur. Cependant il existe de ces groupes de cellules sur la limite profonde de la portion enlevée, ce qui fait supposer que tout le tissu malade n'a pas été extirpé, et ce qui explique la récidive.

A part la prolifération anormale des grandes cellules conjonctives à prolongements, l'épisclère ne semble pas avoir été beaucoup modifié par le processus. Ses vaisseaux ne sont pas plus nombreux que de coutume et leurs parois ne sont pas enflammées. Sur quelques-uns d'entre eux, cependant, les noyaux endothéliaux paraissent avoir proliféré.

En résumé, le diagnostic anatomique résultant de l'examen de la tumeur est : *sarcome fasciculé de l'épisclère, en régression, avec points de ramollissement, ayant plus de tendance à se développer en surface qu'à augmenter en profondeur.*

B. TROISIÈME EXTIRPATION, le 12 décembre 1877. — La tumeur a envahi la cornée jusqu'à la pupille, et la pièce, conservée dans l'alcool, a cette fois été taillée en plein tissu cornéen. En examinant les coupes dans leur ensemble, on voit immédiatement que si le néoplasme s'est étendu sur une grande surface, il a respecté presque entièrement le tissu propre de la cornée. La masse sarcomateuse s'est étalée en *nappe*, au-dessous du revêtement épithélial antérieur qu'elle a bouleversé de fond en comble, et en suivant la membrane de Bowmann qu'elle n'a pu réussir à entamer, si ce n'est en un point restreint. Cette résistance de la lame de Bowmann, en retardant l'envahissement des faisceaux de la substance propre, a sauvé la cornée et probablement l'œil lui-même.

L'épaisseur de la couche des cellules cancéreuses va en diminuant de la périphérie vers le centre. Le néoplasme est composé de cellules plus arrondies, plus petites et plus serrées les unes contre les autres que sur la pièce qui a été l'objet de l'examen précédent. De plus, elles n'ont plus l'orientation en faisceaux que j'ai notée sur la pièce précédente. Il semblerait que la tumeur, en récidivant, s'est rapprochée du type embryonnaire, ce qui rendrait son pronostic un peu plus menaçant. Le tissu de la tumeur est creusé sur les coupes de grandes vacuoles contenant des globules sanguins. Ces vacuoles sont peu nombreuses et chaque coupe en contient de deux à six seulement. La membrane d'enveloppe de ces canaux sanguins semble constituée par une substance amorphe, identique à celle qui relie entre elles les cellules sarcomateuses, mais plus condensée, partant plus réfringente.

C'est du côté du centre de la cornée qu'il importe d'examiner les préparations, lorsqu'on veut se rendre compte du mode d'évolution de la tumeur. En cet endroit le néoplasme est représenté par une couche peu épaisse de cellules situées entre la membrane de Bowmann et l'épithélium soulevé en bloc. L'épithèle forme encore ici une couche distincte et continue; mais à mesure que l'on se reporte vers le limbe, origine du sarcome, les cellules épidermiques deviennent de plus en plus rares. On les voit alors perdre leur caractère de couche continue et superficielle, et se laisser dissocier et englober par le tissu sarcomateux. Elles forment au milieu des petites cellules tassées et richement colorées du sarcome des groupes facilement reconnaissables à la dimension des éléments, à leur protoplasme plus abondant et moins coloré, enfin à leur forme et à leur agencement.

Les cellules à pied ont presque partout disparu, soit par atrophie, soit par transformation. Dans un point, cependant, j'ai retrouvé fixées à la face externe de la *lamina anterior* quelques-unes de ces cellules, qui s'étaient allongées outre mesure, et dont

---

trouvez dans les profondeurs les plus intimes de leurs vêtements tout un magasin d'objets divers : un peigne, du pain, du fromage, un mouchoir, des cailloux, enfin tout un assortiment de choses disparates qui témoignent des préoccupations les plus insensées ou d'une perversion de l'instinct de la propriété.

Nous arrivons maintenant aux commémoratifs. Ils sont de la plus haute importance lorsqu'il est possible de les obtenir. S'il vous est donné de reconstituer l'histoire du malade, cherchez à savoir quelles étaient ses préoccupations habituelles. Suivez avec une attention sévère la généalogie morbide du sujet. Informez-vous de ses habitudes, de son entourage. Sachez enfin s'il a eu déjà d'autres accès d'aliénation mentale, car dans l'ordre des troubles psychiques rien n'est plus fréquent que la récidive.

On doit aussi tenir le plus grand compte des névroses qui ont existé antérieurement chez le malade ou qui le tiennent encore sous leur joug : l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, la paralysie agitante, le goître exophthalmique, et enfin les affections organiques de la moelle épinière.

Dans un ordre d'idées différent, on tiendra le plus grand compte des changements d'habitude, des dépravations, du goût et des autres phénomènes qui ont précédé ou accompagné la crise dans laquelle le délire a éclaté.

Tels sont les moyens d'investigation qu'il convient de mettre en usage. Mais le diagnostic est porté, la folie est reconnue : il nous reste à déterminer la forme du délire à laquelle nous avons affaire; il ne faut point s'arrêter ici aux distinctions de l'école. Je veux seulement vous indiquer les divisions pratiques qui coïncident avec les faits que nous observons le plus souvent dans les asiles d'aliénés.

C'est incontestablement la paralysie générale qui tient le premier rang par sa fréquence. C'est une maladie qui est très-certainement en voie d'augmentation, du moins en France et surtout à Paris. Il faudra donc songer à la paralysie générale avant tout quand vous serez en présence d'un aliéné.

une ou deux avaient même acquis le double de leur hauteur normale. Les cellules sarcomateuses qui remplacent cette couche à la surface de la lame de Bowmann sont aplaties et ont leur surface parallèle à la direction de cette lame.

Au-dessous de la lame hyaline antérieure, la substance propre de la cornée se montre parfaitement intacte. On ne constate même pas de prolifération des corpuscules cornéens. Malheureusement la *lamina anterior* n'a pas persisté partout. Tout près du limbe, dans le point où le sarcome est le plus épais, cette lame s'est rompue, soit sous l'effort du néoplasme lui-même, soit à la suite des raclages pratiqués dans les opérations précédentes. La cassure est très-nette, comme celle d'une lame de verre. La tumeur a pénétré par cette ouverture, et les lames superficielles de la cornée offrent des signes de généralisation. Les corpuscules sarcomateux se montrent en cet endroit entre les faisceaux cornéens, qu'ils dissocient; mais, chose curieuse, ils ont, même entre les lames de la substance propre, plus de tendance à s'étaler en surface qu'à s'enfoncer dans la profondeur. On les voit parcourir au-dessous de la membrane de Bowmann le même chemin que leurs congénères ont parcouru au-dessus. Heureusement ceux qui ont pénétré ne se montrent pas encore très-loin du lieu de rupture de la *lamina anterior*.

Les faisceaux cornéens opposent donc une barrière à la marche envahissante du processus, tout comme la lame de Bowmann, mais avec moins d'efficacité qu'elle, car des cellules cancéreuses se montrent déjà entre les faisceaux moyens, dans les couches les plus profondes de la portion extirpée. Il est même à craindre qu'on ait laissé dans les couches profondes de la cornée, à l'endroit de la rupture de la lame de Bowmann, des corpuscules sarcomateux qui pourraient repulluler plus tard.

Cette observation donne lieu à plusieurs remarques importantes sur lesquelles je désire appeler l'attention.

Et d'abord, on remarquera la bénignité relative de ce sarcome fasciculé, qui, extirpé à trois reprises, a récidivé deux fois, toujours sur place, en s'étalant un peu, il est vrai, mais sans jamais gagner en profondeur, sans se généraliser le moins du monde, sans compromettre même en aucune façon l'organe sur lequel il était implanté. Le pronostic est donc ici assez peu grave, et il y a une immense différence, au point de vue des suites probables, entre ce néoplasme et l'épithélioma conjonctival. Comme le sarcome, l'épithélioma peut naître au pourtour de la cornée, aux dépens du limbe de la conjonctive; comme lui, il peut envahir après coup la membrane transparente antérieure. Ces deux tumeurs peuvent être confondues l'une avec l'autre au début, et, au point de vue des conséquences à venir et de la règle opératoire, cette confusion peut amener des résultats fâcheux; car l'épithélioma conjonctival a une tendance extrême à se propager vers l'orbite et à marcher vers la profondeur de l'œil, tandis que le sarcome fasciculé, étant d'une organisation plus complète, justifie la règle établie par MM. Cornil et Ranvier dans leur *Manuel d'anatomie pathologique*, à savoir que : plus la structure d'une tumeur est parfaite et s'écarte du type embryonnaire, moins on a de chances de la voir pulluler et s'étendre.

Or, notre observation nous donne justement les éléments du diagnostic différentiel, si important à établir dans ce cas. Nous y voyons que le sarcome est une tumeur à surface lisse, sans croûtes ni ulcérations, qui, développée sur la cornée, a une certaine transparence, surtout lorsqu'elle est peu épaisse, et dont les limites sont bien tranchées. L'épithéliome, au contraire, a une surface bosselée, couverte de croûtes et d'ulcérations; il saigne au moindre contact et se continue avec les tissus sains qui l'entourent, presque insensiblement, ou tout au moins sans offrir une ligne de démarcation franchement dessinée. Un autre signe différentiel qui, bien que moins certain, peut avoir son importance dans certains cas, repose sur le mode de vascularisation du bulbe, différent pour les deux espèces de tumeurs.

Dans l'épithélioma, les vaisseaux sont plus nombreux et plus volumineux au pourtour de la tumeur. Très-souvent ils forment un lacis serré qui occupe une grande partie du bulbe. Dans ce sarcome, au contraire, la vascularisation conjonctivale était très-peu développée; les vaisseaux, qui s'irradiaient en éventail de la partie inféro-interne de la tumeur vers le grand angle de l'œil, étaient tellement bien limités en haut et en bas qu'on aurait cru à un véritable ptérygion, et que ce diagnostic a même été porté dans un service de l'hôpital où le malade avait été envoyé avant d'entrer dans les salles de la clinique.

Avant de terminer, je désire appeler encore une fois l'attention sur le rôle important qu'a joué la membrane de Bowmann dans le cas dont on vient de lire l'histoire. Cette membrane a bridé le néoplasme et a empêché sa généralisation dans le tissu cornéen. C'est là un fait curieux qui n'aurait rien de bien étonnant s'il s'agissait de la membrane de Descemet, dont on connaît la force de résistance et l'inaltérabilité, mais qui a lieu de surprendre de la part de la *lamina anterior*. Cette dernière, en effet, qui dans ce cas a opposé au sarcome une barrière efficace, disparaît au contraire très-vite et sans laisser de traces dans d'autres processus au moins aussi bénins que le sarcome fasciculé et qui ont absolument le même siège, par exemple dans la kératite panneuse. On sait que cette dernière affection, toute superficielle, se caractérise anatomiquement par le développement sous l'épithélium de la cornée d'un très-riche réseau vasculaire; ce réseau court parallèlement aux fibres cornéennes, à la surface antérieure de la couche de substance propre restée complètement intacte, et dont les mailles sont remplies par une énorme quantité de cellules embryonnaires venues là par diapédèse et pouvant s'organiser par la suite en tissu conjonctif. La lame de Bowmann disparaît en même temps que se forme ce tissu nouveau qui semble prendre sa place. Or, comment

---

Nous accorderons le second rang à l'alcoolisme, dont les ravages augmentent tous les jours, malgré l'invasion du phylloxera.

A côté de l'alcoolisme il faut ranger les autres folies toxiques, celles qui résultent de l'abus de l'opium et surtout de la morphine, et qui, peu communes dans nos pays, sont très-fréquentes en Angleterre, en Amérique et surtout dans l'extrême Orient. Il faut y joindre la folie saturnine et les troubles intellectuels produits par d'autres agents nuisibles.

Nous rangeons en troisième ligne le délire des persécutions; presque toujours, quand nos malades n'appartiennent point à l'une ou l'autre de nos deux premières classes, on pourra les placer dans la troisième.

Nous classerons après celle-ci la folie consécutive aux névroses, et après elle la folie sympathique, celle qui se rattache à des lésions organiques de divers viscères, la folie cardiaque, la folie hépatique, la folie utérine, la folie puerpérale, la folie des tuberculeux.

En dehors de ces catégories se placent toute une série de délires qui échappent à toute classification méthodique.

Je suis loin de vous proposer ces divisions comme offrant une valeur scientifique absolue. J'ai seulement voulu vous offrir un moyen de classement qui pourra vous diriger dans vos interrogatoires.

Nous arrivons maintenant au troisième point. Les maladies ordinaires, dans certains cas, peuvent emprunter le masque de l'aliénation mentale. La fièvre typhoïde est, à cet égard, une source féconde de surprises. Souvent il arrive qu'un malade atteint de troubles intellectuels, indépendants en apparence de toute lésion organique, est envoyé dans un asile d'aliénés. Il succombe, et à l'autopsie on trouve les lésions caractéristiques des plaques de Peyer. C'est qu'en effet la fièvre typhoïde ne se manifeste pas toujours au début par des troubles physiques; elle peut ne s'accuser que par un désordre intellectuel qui constitue à lui seul tout l'appareil symptomatique de la maladie. La méningite aiguë peut souvent simuler

se fait-il qu'un processus aussi bénin que l'est la kératite panneuse, et qui peut se perpétuer pendant des années sur la cornée, sans empêcher pour cela le retour à l'état normal de la membrane, puisse être aussi fatal pour la *lamina anterior*, tandis qu'une tumeur maligne, comme l'est le sarcome, ne peut réussir pendant longtemps à l'entamer?

La réponse à cette question se trouve dans les données anatomiques suivantes. La membrane de Bowmann n'est pas une membrane vitrée, comme la membrane de Demours et la cristalloïde, par exemple. Cette opinion n'est pas nouvelle et a été avancée avant moi par plusieurs auteurs compétents. Je n'invoquerai qu'une preuve pour la justifier, c'est la façon différente dont se comporte la membrane de Bowmann et les lames vitrées que je viens de citer, vis-à-vis des réactifs colorants et notamment du picro-carminate d'ammoniaque. Tandis que, sur les bulbes durcis dans le liquide de Müller, la cristalloïde et la membrane de Demours ont une très-grande affinité pour le picrocarmin, qui les teint vivement; la *lamina anterior*, au contraire, reste, quand elle existe, parfaitement incolore dans tous les cas. Qu'est-ce alors que cette lame? Les auteurs dont je viens de parler lui reconnaissent les caractères du tissu conjonctif, sans s'expliquer autrement sur sa provenance. Voici, pour moi, quelle est son origine. Pendant la vie intra-utérine, la cornée montre un très-riche réseau vasculaire étalé sur toute sa surface et siégeant sous l'épithélium, entre lui et la substance propre. Ce réseau s'atrophie et disparaît peu de temps avant la naissance, et c'est alors que naît la membrane de Bowmann à la place qu'il occupait. Pour moi, cette lame représente tout simplement les derniers vestiges de ce réseau vasculaire, et la preuve, c'est que, pour peu que le tissu cornéen s'enflamme ou (ce qui revient à peu près au même) repasse à l'état embryonnaire, la lame de Bowmann disparaît, remplacée qu'elle est par la couche panneuse, tout à fait semblable au réseau vasculaire du fœtus. Si l'inflammation n'est pas trop vive, dans la kératite panneuse par exemple, le tissu panneux garde son organisation embryonnaire pendant un temps qui peut être très-long; puis un jour ce tissu disparaît d'une façon complète, remplacé par une nouvelle lame amorphe, et la cornée reprend sa transparence parfaite. Que si, comme je l'ai observé maintes fois dans diverses affections de l'œil, notamment dans les staphylômes irido-cornéens à forme hypertrophique, l'inflammation qui a donné naissance au pannus est plus considérable, le tissu de soutien des vaisseaux s'organise ; les cellules embryonnaires deviennent fusiformes et constituent un véritable tissu conjonctif qui persiste. La membrane de Bowmann ne reparaît plus.

Comme, après cette longue digression, il me faut revenir au sujet même de cet article, qui est le sarcome épiscléro-cornéal, je dirai que les explications précédentes fournissent une démonstration suffisante de la résistance inattendue de la *lamina anterior* dans ce cas particulier. Le sarcome, en effet, est très-peu vasculaire; il n'a pas besoin de beaucoup de sang pour vivre, et en reçoit, par conséquent, très-peu des tissus environnants. Il n'y avait donc pas, dans ce cas-ci, de motif pour qu'il se développât un réseau vasculaire à la base de la tumeur, c'est-à-dire à la place de la membrane de Bowmann. De là l'intégrité de cette lame, qui, agissant comme toute membrane continue l'eût fait à sa place, a bridé le néoplasme d'autant plus facilement que ledit néoplasme avait beaucoup plus de tendance à s'étaler à la surface qu'à s'enfoncer vers la profondeur.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Recherches sur l'origine des ténias inermes.

Dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* (n° 51, du 19 décembre 1879) M. Davaine s'attache à refuter ce qu'il veut bien appeler une nouvelle théorie sur l'évolution des ténias.

Je ne veux pas répondre point pour point à l'argumentation de M. Davaine; il me serait pourtant facile de lui citer, rien que dans l'espèce *Phylloxera vastatrix*, des différences d'organisation suivant les âges et même des différences entre les œufs d'été et l'œuf d'hiver, bien autrement considérables que celles qu'il invoque pour prouver la différence d'espèce et même de genres de certains ténias qui, suivant moi, ont une origine commune. Je me contenterai de dire que j'espère avoir dans peu de temps mieux que des arguments tirés de l'analogie avec des espèces polymorphes qui abondent dans les bas échelons du règne animal et dont le nombre augmente tous les jours avec les progrès de la science.

Mais je veux me défendre de quelques accusations que je ne crois pas mériter.

Après avoir rappelé ce que l'on connaît de l'évolution des cestoïdes dont la génération est aujourd'hui connue (notons, en passant, que le nombre en est bien d'une demi-douzaine sur près de deux cents espèces que les naturalistes ont classées), M. Davaine m'accuse de bouleverser tout ce qu'on croyait savoir sur la génération des ténias.

J'en demande bien pardon à mon éminent contradicteur; qu'il relise mes travaux sur la question, et il verra que j'accepte *tout* ce que les expériences de Leukart, Van Beneden, Burmeister, Baillet, Chauveau, Perroncito, etc., ont parfaitement et clairement établi, à savoir : que les ténias armés des carnassiers et des omnivores dérivent de vers vésiculaires provenant d'herbivores ou d'autres omnivores. Ont-elles démontré autre chose, ces expériences? Je ne crois pas (1). Je sais bien qu'aussitôt ces remarquables faits

(1) En 1860, M. Davaine était bien plus sévère que je ne le suis actuellement; ce n'est qu'avec doute qu'il signalait les résultats des expériences en question. (Voyez la première édition de son *Traité des maladies vermineuses*.)

---

l'aliénation mentale dans ses formes les plus violentes, et les malades de cette espèce sont souvent dangereux pendant la période active de leur délire. Il y a deux ans, un malade me fut envoyé dans mon service à Saint-Antoine. A peine avait-il occupé son lit qu'il se précipita sur son voisin pour le tuer. Un accès violent de délire avait éclaté. Le malade succomba deux jours plus tard, et à l'autopsie on trouva toute les lésions de la méningite aiguë. Quant à la méningite chronique, elle appartient de droit à l'aliénation mentale, dont elle constitue une des provinces les plus fertiles.

Il est une affection, ou plutôt un symptôme, que les observateurs inattentifs peuvent souvent confondre avec l'aliénation mentale : je veux parler de l'aphasie à ses divers degrés. Un malade qui répète toujours les mêmes mots ou qui balbutie des phrases inintelligibles peut aisément paraître aliéné à un observateur inattentif. Le diagnostic offre quelquefois des difficultés réelles, d'autant plus que l'aphasie peut fort bien compliquer certaines formes d'aliénation mentale.

Mais n'insistons pas davantage sur ce point; je me propose de l'étudier en détail dans l'une de mes prochaines leçons.

Il est enfin un état morbide qui peut fort bien simuler l'aliénation mentale : je veux parler de l'ivresse, qu'il ne faut pas confondre avec l'alcoolisme chronique. On voit souvent, en effet, à la suite d'accès bachiques très-prolongés, un homme d'ailleurs bien portant présenter pendant quelques jours tous les caractères de l'aliénation mentale; mais il suffit d'une expection savante pour le rendre assez promptement à la raison.

Messieurs, il me resterait à vous parler de la folie simulée, mais c'est là un sujet trop important pour qu'on en dispose sommairement à la fin d'une leçon. Je me contenterai de vous dire qu'il ne faut point en faire l'objet de préoccupations constantes. Il est extrêmement rare de la rencontrer dans nos asiles et même dans la pratique ordinaire, et nous la trouvons surtout chez les criminels qui voudraient échapper à la vindicte des lois.

BALL.

connus, l'enthousiasme aidant, on s'est empressé de conclure, par analogie, que tous les cestoïdes, armés ou non, devaient se développer de la même manière; qu'un *intermédiaire* était indispensable; et on s'est mis à la recherche de cet intermédiaire nécessaire. M. Bertolus trouva celui du bothriocéphale dans certains poissons du lac de Genève; d'autres trouvent celui du *Tænia mediocanellata* de l'homme dans la viande de bœuf; d'autres encore, ceux des nombreux ténias inermes des herbivores dans les insectes et les limaces des prairies! et, sans autres preuves que le désir de généraliser une théorie tirée d'expériences qui sont loin de dire tant de choses, — en faisant taire les faits qui s'opposaient à cette généralisation, comme ceux de Brullé sur les ligules, — on admit la théorie de l'*intermédiaire forcé* pour tous les cestoïdes, et on y crut comme à parole d'Evangile.

Karl Vogt a déjà fait justice de l'application qu'en avait faite Bertholus à propos de la génération du bothriocéphale large. On ne peut plus retrouver dans les abattoirs de Paris et de la France entière le fameux cysticerque inerme du bœuf, origine prétendue du *Tænia mediocanellata* qui, dans nos hôpitaux militaires, est dix fois plus commun que le *Tænia solium*, et pourtant les porcs ladres foisonnent toujours! Quant aux cysticerques des insectes et des limaçons des prairies, on les a tout aussi vainement cherchés.

Frappé de l'insuffisance de la théorie de l'*intermédiaire forcé* en ce qui regarde les ténias inermes des mammifères, je me suis mis, depuis bien des années, à la recherche de faits pouvant éclaircir le mystère de l'origine de ces ténias. Les observations que j'ai réunies et présentées ne sont pas encore nombreuses, c'est vrai, et même M. Davaine ne leur accorde pas une grande valeur; je le regrette, bien que tout le monde ne soit pas de son avis; mais je ferai en sorte d'en apporter de moins contestables à ses yeux. C'est la meilleure réponse que je puisse faire à sa critique dont je ne méconnais ni l'importance ni le poids.

Un mot encore. A propos de la fréquence du ténia, dans ces dernières années, chez le lapin sauvage, fréquence que j'ai signalée, M. Davaine ne peut revenir de son étonnement : « Quoi, dit-il, ce ver est si peu rare que tous les amis de M. Mégnin le trouvent, tandis que jamais aucun savant s'occupant de la recherche des vers intestinaux ne l'a observé. » Je suis étonné... de l'étonnement de M. Davaine. Depuis quand les parasites sont-ils constamment uniformément répandus partout? Est-ce qu'on ne sait pas que, pendant certaines années, soit par suite d'une constante humidité, soit pour toute autre cause, il y a quelquefois de véritables invasions de parasites qu'on ne revoit qu'à des intervalles très éloignés? C'est ce qui s'est produit particulièrement dans ces deux dernières années : tous les gardes des forêts de Fontainebleau, de Senart, de Rambouillet, etc., savent que les lapins y mouraient en grande quantité de ce qu'ils appellent le *gros ventre*, c'est-à-dire hydropiques et tués par les ténias, et ceux que les chasseurs abattaient aux environs de Corbeil étaient si généralement infestés de ces parasites qu'on n'osait plus en manger; cela m'a été attesté par mon confrère Recordon, qui exerce dans cette localité.

Et il n'y a pas que le ténia du lapin qui ait été abondant; un grand nombre de parasites vermineux, dont plusieurs étaient presque inconnus ou totalement inconnus en France, se sont montrés aussi en très-grand nombre, entre autres le *Syngamus trachealis* ou *ver rouge* des faisandiers. M. Davaine n'a parlé de ce dernier, dans son beau livre des *Maladies vermineuses*, que d'après les auteurs étrangers et ne connaît aucun auteur français qui l'ait vu; eh bien! j'en tiens des centaines à sa disposition et j'aurais pu en récolter des milliers sur les faisans des grands parquets des départements circonvoisins de Paris, parquets qui sont décimés depuis deux ou trois ans par ce parasite.

Quant à l'hypothèse des lapins qui laissent passer les ténias de leurs intestins dans la cavité péritonéale par les trous des grains de plomb, il faut avouer que ceux que j'ai eus entre les mains avaient la vie bien dure, puisqu'ils avaient guéri de lésions de ce genre sans péritonite et même sans traces de cicatrices; car moi aussi j'ai cherché un passage qui m'expliquait leur présence dans ce lieu insolite, mais en vain. Est-ce que les ligules, qu'on trouve toujours en dehors des intestins chez les poissons, passent aussi par des trous de plomb?

Je m'arrête, et en attendant le plaisir de vous apporter de nouveaux faits, qui, j'espère, ne seront plus taxés de douteux, et auxquels je laisse désormais la parole, je vous remercie d'avance de l'hospitalité que vous voudrez bien accorder à cette réponse, et vous prie d'agréer l'assurance de ma considération la plus distinguée.

MÉGNIN

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

ACTION DU FROID SUR LES BACTÉRIDIES DU CHARBON, par M. *Pasteur*. — L'auteur annonce à l'Académie deux résultats d'expériences, l'un relatif à la *bactéridie charbonneuse*, l'autre à l'organisme qui produit l'affection dite *choléra des poules*. Ces deux parasites microscopiques peuvent supporter l'un et l'autre, sans perdre leur faculté de multiplication par les cultures, non plus que leur virulence propre, une température de 40 degrés au-dessous de zéro. Ces expériences, qui seront étendues à des froids plus intenses, font partie d'un travail sur l'étiologie du charbon, travail que l'auteur présentera ultérieurement à l'Académie, en son nom et au nom de MM. Chamberland et Roux.

SUR UN CURARE DES MUSCLES LISSES. Note de MM. *Couty* et *de Lacerda*. — Les auteurs font connaître deux séries de faits qui semblent établir l'existence d'un curare dont l'action se borne aux muscles lisses et qui tue l'animal, non plus comme le vrai curare, par l'arrêt de la respiration, mais par la chute de la tension artérielle et par la cessation consécutive de la circulation.

L'extrait d'écorce d'un strychnos du Brésil (*S. Gardnerii*), préparé par macération aqueuse ou hydro-alcoolique, puis réduction au bain-marie, nous a fourni, disent les auteurs, un produit brunâtre qui, injecté dans les veines de plusieurs chiens, a toujours produit la série de phénomènes suivants : il y a eu quelquefois au début des vomissements ou des troubles cardiaques variables, plus rarement des mictions ou des défécations; puis constamment, au moins quand l'injection a été assez considérable, l'animal s'est affaibli progressivement, il n'a plus exécuté de mouvements spontanés et plus tard son excitabilité réflexe bulbo-médullaire a diminué; plus tard encore, et généralement assez tardivement, la respiration s'est arrêtée, et bientôt après le cœur a cessé de battre; mais la mort n'a été ni empêchée ni même retardée par la respiration artificielle, et l'on n'a constaté aucune modification physiologique notable des nerfs moteurs.

Les auteurs, n'ayant pu obtenir avec quelques-uns des produits d'ébullition du *Strychnos triplinervia* aucun des effets nets de la curarisation, furent amenés à comparer deux produits de macération de la même écorce de ce strychnos, réduits l'un au bain-marie et l'autre par une ébullition assez prolongée :

Nous constatons, écrivent-ils, que le premier extrait était assez riche en curare, tandis que le second avait perdu complètement son action sur les muscles striés. L'ébullition avait donc transformé ce curare, et elle l'avait transformé en une substance qui agissait seulement sur les muscles lisses et la circulation, exactement comme le *Strychnos Gardnerii* : mêmes symptômes inconstants d'excitation du sympathique au début, vomissements, miction, etc., même affaiblissement progressif de l'animal, et surtout mêmes troubles primitifs et immédiats de la circulation, chute de la tension avec persistance de ses variations réflexes ou asphyxiques, refroidissement, etc.

Nous avons répété plusieurs fois ces expériences d'ébullition du *Strychnos triplinervia*, et nous avons constaté que certains produits, ceux des vieilles racines par exemple, résistaient très-longtemps à l'ébullition, tandis que d'autres, ceux des tiges jeunes à forme de liane, perdaient leur action sur les muscles striés par une ébullition peu prolongée; le même strychnos pourrait donc fournir tantôt un curare complet, tantôt un curare des muscles lisses.

Conclusion. — Il est possible de dissocier dans le curare des Indiens les deux actions sur les muscles lisses et sur les muscles striés, et l'on est même amené à les attribuer à deux substances différentes; il devient facile aussi de comprendre les différences d'activité des divers curares, puisque l'action

sur les muscles striés varie avec le mode de préparation ou avec l'espèce, l'échantillon de strychnos qui aura été utilisé. Les modifications des muscles lisses correspondent, au contraire, à des doses moins variables, comme nous l'avons indiqué du reste dans la précédente communication; et, comme elles sont seules entièrement constantes pour tous les produits d'écorce de strychnos que nous avons étudiés, elles devraient être regardées comme caractéristiques; le curare des muscles lisses serait donc le véritable curare, seul stable et constant, auquel se surajouterait, sous certaines conditions, une substance agissant sur le muscle strié.

ALTÉRATIONS DES NERFS CUTANÉS, DANS UN CAS DE VITILIGO. Note de MM. *H. Leloir* et *Chabrier*. — Le morceau de peau examiné par les auteurs provient d'une large plaque de vitiligo (partie blanche), datant de trois ans et siégeant à la partie inférieure de l'abdomen. Des filets nerveux adhérents à ce morceau de peau furent examinés après séjour dans l'acide osmique au 1/100 pendant vingt-quatre heures et coloration consécutive au moyen du picrocarmin. On put ainsi constater qu'une grande quantité des tubes nerveux étaient notablement altérés et présentaient avec une grande netteté les lésions de la névrite atrophique. Chez quelques-uns, le cylindre-axe avait complètement disparu, la myéline était fragmentée en gouttelettes et avait même disparu complètement en certains points; il y avait une multiplication notable des noyaux, et le tube nerveux contenait une matière colorante jaunâtre. Mais les tubes nerveux ainsi altérés n'étaient qu'en très-petit nombre comparativement à ceux qui avaient subi une dégénération complète: disparition totale de la myéline; gaînes vides, présentant un aspect moniliforme (la gaîne de Schwann seule persistant et présentant de distance en distance des noyaux, état ultime de la dégénérescence des tubes nerveux). Ces faits montrent qu'on a eu affaire à un processus dégénératif lent.

RECHERCHES SUR LES NERFS VASO-DILATATEURS CONTENUS DANS DIVERS RAMEAUX DE LA CINQUIÈME PAIRE. Note de MM. *F. Jolyet* et *M. Laffont*. — Les expériences ont été faites sur le chien, le chat, le lapin, et en partie sur le nerf maxillaire supérieur et sur le chien. Elles tendent à prouver qu'il existe dans les différents rameaux du nerf trijumeau étudiés des nerfs vaso-dilatateurs types, en même temps que des nerfs sécrétoires.

SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE DES OS DANS L'ARTHROPATHIE DES ATAXIQUES. Note de M. *P. Regnard*. — Les recherches ont porté sur un os fémoral dont les deux extrémités étaient absolument usées et résorbées; on l'a réduit en poudre et desséché. Or, 100 grammes de cet os contenaient: matières minérales, 24gr,20; matières organiques, 75gr,80. Total, 100 grammes. — Les matières organiques se répartissaient ainsi: graisse, 37gr,70; osséine, 38gr,10. Total, 75gr,80. — Les diverses matières minérales étaient dans les proportions suivantes: phosphates de chaux, 10gr,9; phosphate de magnésie, 7 centigrammes; carbonate de chaux, 11gr,8; chlorures, etc., 8 centigrammes. Total, 24gr,20.

Le premier fait qui frappe, c'est l'abondance de la graisse, 37 pour 100: l'os normal privé de sa moelle en contient fort peu; puis la diminution énorme du phosphate de chaux, 11 au lieu de 48 pour 100. L'osséine, les carbonates et les chlorures demeurent normaux. Il y a donc plus que de l'arthrite sèche dans le cas des ataxiques. Il existe une véritable lésion trophique des os, une dégénérescence graissense avec disparition de la matière minérale. Ce qui confirme l'opinion soutenue sur ce point par le professeur Charcot, à qui l'on doit la connaissance des arthropathies des ataxiques.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

MM. de Saint-Germain, Lannelongue et Marty adressent à l'Académie des lettres de candidature. — M. le docteur Amat, une note sur les vaccinations pratiquées à Rodez en 1879. (*Commission de vaccine.*)

M. *Delpech* présente, au nom de M. Defresne, un mémoire sur *les phénomènes de la digestion*.

M. *Lasègue* présente un *Traité d'ortophonie*, par M. Colombat (de l'Isère).

M. *Bouchardat* présente, au nom de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, des *Leçons de clinique sur les maladies du cœur*.

M. *Bussy* présente, au nom de M. Yvon, un *Traité clinique des maladies des urines*.

M. *Chatin* présente, au nom de M. *Baudrimont*, une note sur *l'action du permanganate de potasse sur le cyanure de potassium*.

M. *Pidoux* présente, au nom de M. Constantin Paul, une note sur *le traitement de la bronchite chez les adultes*.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU. — M. *Broca* est élu vice-président pour 1880, par 54 voix sur 62 votants. M. J. Bergeron est maintenu par acclamation secrétaire annuel. MM. Hérard et Verneuil sont élus membres du Conseil.

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de pathologie médicale en remplacement de M. Chauffard.

Les candidats étaient présentés dans l'ordre suivant: MM. Bucquoy, Fournier, Siredey, Lecorché, Ollivier, Cadet de Gassicourt.

Au premier tour de scrutin, sur 72 votants, la majorité étant de 37, M. Fournier obtient 36 voix, M. Bucquoy 35; il y a un bulletin blanc. — Au deuxieme tour, sur 73 votants, la majorité étant de 37, M. *A. Fournier* est élu par 39 voix.

BUSTE DE CAVENTOU. — A l'occasion du procès-verbal, M. *Moutard Martin* demande qu'il soit donné lecture d'une lettre qu'il a adressée à M. le Président au sujet de la présentation faite par M. Caventou fils, en son nom et au nom de sa famille, du buste en bronze légué par son père à l'Académie.

M. *le Président* communique cette lettre. M. *le secrétaire perpétuel* déclare que le Conseil n'avait pas cru opportun de la faire connaître à l'Académie.

M. *Legouest* demande que la question soit réservée pour un comité secret. Plusieurs membres réclament l'ordre du jour, qui est adopté.

TEMPÉRATURES LOCALES. — M. *Peter* ne veut pas discuter une question de priorité, mais simplement rétablir les faits. Dès 1864, il s'est occupé des températures locales, et ses conclusions ont été lues devant l'Académie de médecine, en 1865, par M. Tardieu. A cette époque, il avait signalé l'augmentation de la température locale dans la paralysie, c'est-à-dire douze ans avant la publication du livre de M. Séguin. En 1873, M. Peter s'est également occupé des températures locales et a indiqué leurs variations dans les maladies thoraciques. Depuis cette époque, il n'a cessé de traiter cette question dans ses cours et dans différents mémoires présentés à l'Académie, notamment en 1878.

M. Peter ajoute que chaque fois qu'un fait nouveau est présenté, il doit traverser diverses périodes d'incrédulité et de contestation avant d'être définitivement accepté. C'est ce qui est arrivé pour les températures morbides locales. Il rappelle également que M. Broca avait fait bien avant M. Séguin des études sur les températures locales du cerveau.

En somme, M. Peter veut simplement établir qu'il a été le premier à diriger ses recherches sur l'étude des températures morbides locales, mais il est heureux de voir que M. le docteur Séguin se soit également occupé, de l'autre côté de l'Atlantique, de cette importante question.

LECTURE. — M. *Colin* donne lecture d'une note intitulée *Recherches expérimentales sur le mode de développement des hydropisies passives.*

Société de chirurgie.

ERRATUM. — Dans le compte rendu de la dernière séance, au titre du mémoire lu par M. le docteur Monod, au lieu de sarcocèle inguinal, *mort*, lisez : *guérison*.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Traitement de l'ophthalmie sympathique par l'énervation de l'œil substituée à l'énucléation. — Ankyloblépharon. — Fibromes des ischions.

M. *Giraud-Teulon* lit un rapport sur deux mémoires adressés à la Société de chirurgie par M. Dianoux (de Nantes) et par M. Abadie, sur la substitution de la névrotomie optique et ciliaire à l'énucléation du globe de l'œil, pour empêcher l'ophthalmie sympathique.

De Græfe *indiqua* la section des nerfs ciliaires pour remplacer l'ablation du globe oculaire, mais il ne fit pas cette opération. Son élève, E. Meyer, fit la première section des nerfs ciliaires. Mais Mackensie a rencontré des ophthalmies sympathiques n'ayant pour lésion que l'altération du nerf optique; il fallut donc faire une part à ce nerf et chercher une opération plus radicale, coupant à la fois les nerfs ciliaires et le nerf optique.

On trouve dans la thèse de M. Redard, élève de M. Abadie, un historique complet de la question : première phase, indication de de Græfe; deuxième phase, Snellen attaque les nerfs ciliaires à leur entrée dans le globe oculaire; troisième phase, division simultanée des nerfs optique et ciliaires.

M. Dianoux coupe la conjonctive et la capsule de Ténon entre les muscles droit externe et droit supérieur; il coupe les nerfs à coups de ciseaux courbes, en se servant du petit doigt comme conducteur. Il a fait 4 opérations.

M. Abadie coupe le tendon du muscle droit externe, sectionne le nerf optique et luxe l'œil pour terminer plus facilement l'opération. Il a fait 18 opérations.

Sur les 22 cas publiés, les résultats obtenus sont : l'insensibilité du globe de l'œil, le maintien de la nutrition dans l'œil, et la persistance de la transparence de la cornée. Sur 17 observations dues à d'autres auteurs, il y eut 5 insuccès. MM. Dianoux et Abadie conclurent en disant que l'énervation de l'œil est une opération peu grave, qui permet au globe de conserver sa forme, sa nutrition, ses mouvements, sa transparence, et qui supprime les douleurs et les actions réflexes qui produisent l'ophthalmie sympathique.

Il est vrai que l'œil conserve, le plus souvent, sa forme, ses mouvements, sa nutrition; cela tient à ce que trois ou quatre filets nerveux échappent au névrotome et vont à l'iris et à la conjonctive, d'où la conservation d'une certaine sensibilité de la conjonctive et de l'iris, et la persistance de la nutrition.

Quant à dire que l'anéantissement de la sensibilité dans le globe amène la suppression des phénomènes locaux douloureux, et met à l'abri de l'ophthalmie sympathique, cette affirmative ne peut être acceptée qu'avec réserve.

Une dernière conclusion des auteurs est que l'opération est peu grave. En tout cas, elle n'est pas facile : 11 opérations sur 30 ont été incomplètes ou trop complètes. L'énucléation de l'œil est plus sûre pour le malade et plus facile pour le chirurgien.

M. *Desprès* est opposé aux névrotomies optique et ciliaires; l'opération est mal réglée et le manuel opératoire n'est pas défini. Ce qui donne l'ophthalmie sympathique, ce sont les altérations de la cornée, de l'iris et des procès ciliaires; ce sont ces parties qu'il faudrait enlever. M. Desprès a fait plusieurs fois cette opération, et les moignons étaient très-bien conformés.

M. *Terrier*. M. Desprès emploie un procédé connu depuis longtemps et abandonné à juste titre. M. Wecker faisait la même opération et réunissait par première intention, pour éviter une longue suppuration. Mais on a été souvent obligé d'enlever le moignon ainsi formé, parce que l'ophthalmie sympathique continuait; la cause était plus avant, dans la choroïde.

MM. Abadie et Dianoux font la section de la majorité des nerfs ciliaires. Or, dans l'expérimentation sur les lapins, il se produit des troubles nutritifs dans l'œil; la vitalité est forcément diminuée, et cette vitalité peut devenir nulle à la moindre occasion. Les résultats n'ont pas été aussi satisfaisants qu'on l'a dit; même dans les bons cas, on a dû employer des yeux artificiels, et ce n'était pas le but de la névrotomie.

Il semble y avoir une névrite des nerfs ciliaires qui amènerait l'ophthalmie sympathique; dans ce cas, après la section, les filets nerveux sont au milieu d'un tissu de cicatrices, et rien ne prouve que la névrite ne continuera pas, car les opérés n'ont pas été suivis assez longtemps. Comme M. Giraud-Teulon, M. Terrier préfère l'ablation du globe oculaire.

M. *Perrin*. L'opération que M. Desprès veut rajeunir n'est pas digne d'encouragement; théoriquement, elle est moins rationnelle que la névrotomie, car on laisse les nerfs ciliaires. En outre, l'expérience s'est prononcée dans le même sens. Le plus souvent, la cicatrice devient cystoïde, et il faut alors enlever le reste du globe.

La névrotomie est une opération très-originale; elle est autorisée par la physiologie, mais elle n'est pas en rapport avec le but qu'on se propose. Son seul avantage serait esthétique, et il faudrait qu'elle fût tout à fait inoffensive pour être acceptée. Tous les nerfs ciliaires ne sont pas coupés, autrement la survie de l'œil ne serait pas compréhensible. Supposons qu'ils soient tous coupés, les opérations sont encore trop récentes au point de vue de la possibilité du retour des accidents sympathiques. Jusqu'à nouvel ordre, M. Perrin est encore disposé à faire l'énucléation de l'œil malade.

M. *Verneuil* a présidé la thèse de M. Rédard; il lui dit que les faits étaient loin d'être convaincants; ils manquaient de la précision et de la rigueur qu'on est en droit d'attendre. Supposons l'opération facile, elle n'aura pas la prétention de devenir une méthode générale. Quand l'ophthalmie sympathique se déclare tardivement, il y a des troubles profonds dans la choroïde et dans le fond de l'œil. L'énucléation est alors la seule opération praticable.

On abandonne peut-être trop complètement la thérapeutique non opératoire. M. Verneuil a vu des malades qui ont pu se passer d'opération. Chez un malade atteint de kératite, suite de brûlure, l'occlusion des paupières amena la guérison. Chez une jeune fille ayant une plaie de la cornée, les symptômes de l'ophthalmie sympathique disparurent par le traitement à l'arsenic et au sulfate de quinine. Chez un ouvrier blessé à l'œil, douleurs atroces et perte presque complète de la vue de l'autre côté; ablation de l'œil malade. Un an après, le malade revient avec des douleurs violentes, indiquant le début d'un glaucome aigü; sulfate de quinine à haute dose; guérison au bout de deux jours. Dix mois après, le malade revient avec de nouvelles douleurs; nouvelle guérison avec le sulfate de quinine.

M. Verneuil a observé plusieurs faits analogues. Mackensie dit que la thérapeutique interne est inutile, et qu'il ne connaît qu'un cas de guérison par le sulfate de quinine. M. Verneuil voudrait qu'on fît un peu plus souvent l'essai de la thérapeutique interne dans les cas récents, et qu'on réservât l'énucléation du globe pour les cas anciens.

M. *Desprès* fait le débridement de l'œil, qui suppure ensuite; le cristallin, l'humeur vitrée, la choroïde et la rétine s'en vont; il ne reste que la sclérotique, et cela vaut l'énucléation de l'œil.

M. *Trélat* a fait cette opération, mais il faut cinq semaines pour arriver à la guérison, et l'énucléation est préférable. En

outre, ces moignons de l'œil ratatinés sont souvent le point de départ de nouvelles douleurs sympathiques.

M. Trélat a vu des cas dans lesquels le diagnostic hésitait entre névralgie et ophthalmic sympathique. Que M. Verneuil ait obtenu des succès avec le sulfate de quinine dans des cas analogues, cela est possible. Le diagnostic de l'ophthalmie sympathique au début est toujours difficile.

M. *Giraud-Toulon*. — L'opération adoptée par M. Desprès peut être inutile si la cause est dans le fond de l'œil; elle peut être dangereuse parce qu'elle donne une sécurité trompeuse.

— M. *Trélat* présente un malade opéré d'ankyloblépharon de la paupière inférieure. Dissection sur la pupille et la cornée du lambeau adhérent qui est rabattu sur la paupière. La conjonctive est déplacée par glissement et suturée. Pansement de Lister; guérison.

— M. *Verneuil* présente deux fibromes développés dans la bourse séreuse des ischions. M. Nicaise a vu un cas semblable il y a quelques années.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Contractions spontanées des muscles lisses des poumons après la mort : M. Hénocque. — Action de l'eau de Vichy sur la digestion chez le chien : MM. Leven et Seunerie. — Echantillons différents de curare : M. Hamy. — Procédé pour conserver l'épithélium de la muqueuse gastrique : M. Damaschino. — Nerfs de la moelle des os : MM. Rémy et Variot.

M. *Hénocque*. Au cours d'expériences faites avec M. le professeur Brown-Séquard, il y a un an, au laboratoire de médecine du Collège de France, j'ai eu l'occasion d'observer certaines modifications d'aspect du poumon se produisant après la mort, et j'ai été amené à étudier les conditions dans lesquelles se présente ce phénomène.

Je résumerai brièvement dans cette note les résultats que m'ont donnés une série de recherches expérimentales poursuivies dans ce but spécial.

Lorsqu'on examine les poumons retirés de la cavité thoracique, adhérents à la trachée et exempts de déchirures, on observe en dehors de toutes autres lésions trois aspects du parenchyme : l'état de collapsus ou d'affaissement des vésicules, l'état d'expansion vésiculaire modérée, enfin l'état de dilatation exagérée qui peut être considérée comme de l'emphysème. Il y a des variations dans l'étendue de chacune des parties dilatées ou affaissées, d'où des différences d'aspect et de volume facilement appréciables. Si on examine attentivement quelques-unes de ces parties plus faciles à observer, soit à cause de leur siège aux bords des lobes pulmonaires, soit à cause de leur configuration irrégulière, on trouve que leur aspect peut changer en l'espace de quelques minutes.

C'est ainsi que telle partie qui paraît en expansion simple peut se montrer à l'état de dilatation, et même dans certains cas présenter de l'emphysème avec rupture des vésicules. A un degré moindre, il se fait dans la masse pulmonaire des changements dans le volume et l'aspect des lobes qui peuvent se produire alternativement et successivement pendant cinq à dix minutes.

Diverses conditions favorisent ou empêchent ces changements dans l'état d'expansion vésiculaire; c'est ainsi que chez un cobaye tué par l'asphyxie au moyen de l'acide carbonique, l'expansion a été bien plus prononcée que chez des animaux de même espèce asphyxiés par ligature de la trachée ou tués par décapitation. L'action de l'eau froide augmente notablement la production de ces phénomènes, et ceux-ci se sont manifestés chez des chats tués par le curare.

Mes observations ont été faites sur des chiens, des chats, des cobayes, des moutons, des veaux et des bœufs; mais, ne voulant pas insister aujourd'hui sur les détails d'expérimentation et sur les moyens de mettre en relief les changements dans le volume, la forme, la couleur des poumons après la mort; je formule les conclusions de ces recherches.

1° L'état d'expansion de dilatation ou de collapsus, le volume relatif des vésicules pulmonaires, des divers lobes pulmonaires ou de certains groupes de lobules, se modifient après la mort.

2° Ces modifications peuvent être passagères, cesser, puis se manifester en divers points dans une étendue variable; elles se produisent lentement et laissent le poumon dans un état d'expansion définitif qui permet, après le dessèchement des poumons, de constater des différences très-notables dans le siège, l'étendue et le degré de l'expansion vésiculaire, de la dilatation ou de l'affaissement vésiculaire, qui correspondent aux phénomènes ultimes cadavériques.

3° Ces modifications sont dues à des contractions des muscles lisses contenus dans le parenchyme pulmonaire et les bronches; elles représentent pour les poumons les contractions péristaltiques observées dans les autres viscères.

4° Cette interprétation est basée sur les conditions mêmes dans lesquelles ces modifications de l'expansion vésiculaire se produisent. En effet, l'élasticité pulmonaire a achevé toute son action de rétraction, elles se font lentement, progressivement, avec des alternatives d'arrêt, et elles augmentent sous l'influence d'excitants, tels que le froid, l'acide carbonique, les pressions et le frottement pratiqués avec légèreté, et, en définitive, semblent suivre une évolution parallèle à celle des mouvements péristaltiques.

M. *Laborde* rappelle qu'en examinant les poumons d'animaux chez lesquels il avait piqué le bulbe, il a vu se produire sur certains points de l'emphysème, sur d'autres des ecchymoses sous-pleurales; jamais les deux lésions n'étaient coexistantes au même endroit. M. Bert confirme les faits observés par M. Hénocque; il dit que dans leur interprétation il faut tenir compte des mucosités bronchiques. Si elles forment un bouchon obturateur, le resserrement des muscles lisses, comprimant l'air et ne pouvant le chasser vers la trachée, le refoule vers les alvéoles où il produit de l'emphysème. C'est ainsi qu'on pourrait peut-être expliquer la variété des résultats obtenus dans les observations, suivant le genre de mort de l'animal.

— M. *Leven* a étudié avec M. *Seunerie* l'action de l'eau de Vichy sur la digestion. Trois séries d'expériences ont été faites. La première porte sur des chiens à jeun, auxquels on faisait ingérer 300 grammes d'eau de Vichy et que l'on tuait trois heures après. Dans tous les cas l'estomac était vide, la muqueuse gastrique rouge, le foie et les reins congestionnés, la bile et l'urine fraîches accumulées dans leurs réservoirs. Dans une seconde série, des chiens ont été sacrifiés trois heures après un repas de 200 grammes de viande. S'ils n'avaient pas pris d'eau de Vichy, on retrouvait dans leur estomac toute la quantité des aliments ingérés; il en était de même s'ils en avaient pris seulement 60 grammes ; mais s'ils avaient pris 150 ou 300 grammes d'eau de Vichy, on ne retrouvait plus au bout du même délai qu'une partie de la viande, d'autant plus petite qu'il y avait eu plus d'eau minérale ingérée. Enfin une troisième série d'expériences a été instituée de la façon suivante : Chiens tués cinq heures après un repas composé de 200 grammes de pain, 40 grammes de lait et 10 grammes de sucre. Y a-t-il eu simultanément ingestion de 150 grammes d'eau de Vichy, on ne trouve plus dans l'estomac que 50 grammes de pain réduit en pâte granuleuse très-diffluente. Si au contraire on n'a pas administré ce liquide, on retrouve la masse presque totale du pain

réunie en boule et présentant à sa surface seulement une réaction acide et un commencement de désagrégation; la muqueuse gastrique est pâle. M. Leven conclut que l'eau de Vichy favorise la digestion et excite et congestionne les organes abdominaux.

M. Bochefontaine, rapprochant les faits communiqués par M. Leven de quelques expériences personnelles, croit que les phénomènes d'excitation produits par l'eau de Vichy doivent être surtout attribués à l'action du bicarbonate de soude. Le formiate de soude, qu'il a aussi étudié, détermine des effets analogues, mais plus intenses; les animaux présentant des vomissements et parfois même des convulsions tétaniformes. M. Bochefontaine est contredit par M. Leven, qui avec du bicarbonate de soude en quantité supérieure à celle que contiennent les doses d'eau de Vichy dont il a usé, n'a pas obtenu des effets comparables à ceux de l'eau elle-même, et par M. Rabuteau qui, ayant pris lui-même autrefois du formiate de soude et n'en ayant pas été incommodé, conteste la pureté des sels employés par M. Bochefontaine.

— M. *Hamy* offre à la Société deux échantillons de curare de provenance et d'aspect différents: l'un vient des bords du Rio-Tocantine, l'autre de ceux du Rio-Negro. Les lieux d'origine étant distants l'un de l'autre de 600 lieues, les différences d'aspect des produits correspondent sans doute à des différences de préparation; il sera intéressant d'étudier comparativement les effets de ces deux curares.

— M. *Damaschino* expose un procédé qui permet d'étudier l'épithélium de la muqueuse de l'estomac chez l'homme. Dans les conditions où se font habituellement les autopsies, l'épithélium est déjà altéré ou détruit. En injectant de l'alcool dans l'estomac au moyen d'une sonde œsophagienne, une heure ou deux après la mort, on fixe les éléments anatomiques qui se prêtent ensuite très-bien à l'examen histologique. Ce procédé a peut-être l'inconvénient de pâlir outre mesure la muqueuse de l'estomac; mais il évite en revanche les teintes dues à la simple imbibition par stase sanguine, et ne pousse jamais assez loin la décoloration pour effacer l'aspect gris ardoisé de la muqueuse, si celle-ci est chroniquement enflammée.

— M. *Ch. Remy* présente à la Société le résultat de recherches faites sur les nerfs de la moelle des os, en collaboration avec M. *Variot*.

Ils ont essayé de suivre les nerfs de la moelle des os au delà du point où ils sont accessibles à l'œil nu, et de compléter les recherches de Ch. Gros, 1846. A part quelques faisceaux et tubes indépendants, les nerfs cheminent accolés aux vaisseaux même de petit calibre. On compte quatre tubes nerveux dissociés sur un vaisseau de 13 centimètres; deux tubes sur un vaisseau de 8 centimètres; et un seul tube sur un vaisseau de 4 centimètres. La moelle des os fraîche paraît assez riche en nerfs; toutes les préparations en ont présenté. On trouve les nerfs à l'état de faisceaux de vingt ou trente tubes réunis par du tissu lamineux mou; on trouve aussi des tubes nerveux en petit nombre, trois ou quatre dissociés et accolés aux vaisseaux, et même un seul tube isolé et indépendant.

C'est par le chlorure d'or que MM. Remy et Variot sont parvenus à fixer le trajet des nerfs.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Des injections hypodermiques de liqueur de Fowler dans la chorée, par M. le docteur Perroud.

L'auteur, chargé du cours des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Lyon, emploie, depuis 1875, les injections hypodermiques d'arsenic dans la chorée. Ce sont les résultats obtenus dans 33 observations d'enfants choréiques traités à l'hospice de la Charité, que M. Henri Garin expose dans sa thèse inaugurale.

La méthode générale d'administration suivie par M. Perroud est des plus simples. On injecte dans le tissu cellulaire, au moyen de la seringue de Ch. Pravaz, quelques gouttes, ordinairement de 4 à 5, de liqueur de Fowler pure. On pratique de la sorte une injection au plus tous les jours. Le plus souvent même on se contente d'en pratiquer une tous les deux ou trois jours. On choisit de préférence pour pratiquer les injections les régions où l'on trouve un tissu cellulaire peu serré et le moins de filets nerveux. Il est quelquefois préférable de faire les injections au niveau des muscles convulsés.

Les 33 observations inédites insérées dans ce travail concernent uniquement des enfants du sexe féminin, depuis l'âge de quatre ans et demi jusqu'à l'âge de quatorze ans et demi. On y trouve des chorées récentes ou anciennes et récidivées, des chorées rhumatismales, des chorées à forme paralytique, cérébrale, etc.

Voici en quels termes M. H. Garin fait connaître les motifs de la préférence qu'il accorde aux injections hypodermiques, leurs effets immédiats et consécutifs.

Les injections hypodermiques de liqueur de Fowler sont préférées souvent :

a. Parce qu'on évite avec elles des troubles gastriques assez fréquents quand on a recours à la voie stomacale ;

b. Parce que l'effet curatif est généralement obtenu plus rapidement ;

c. Parce qu'elles nécessitent seulement l'emploi de très-petites doses, administrées tous les deux ou trois jours.

Les enfants choréiques, quoi qu'en dise Ziemssen, acceptent le plus souvent sans aucune difficulté les injections sous-cutanées arsenicales. L'irritation locale déterminée par celles-ci est nulle. Quelquefois, au bout d'un certain temps de traitement, quand l'organisme est saturé, il se produit de petites indurations au niveau des piqûres. Quelquefois, enfin, on peut rencontrer des idiosyncrasies rebelles à l'arsenic, et l'on observe d'emblée des phénomènes d'intolérance. Mais ces cas sont rares, surtout chez les enfants, qui supportent très-bien l'arsenic.

Sous l'influence de la médication hypodermique arsenicale, l'amélioration rapide est la règle dans tous les cas. Cette amélioration ne saurait être mise sur le compte de l'acupuncture, vu que les injections d'eau simple ne la produisent pas. En même temps que la chorée marche vers la guérison, on remarque de l'engraissement; le poids du corps augmente d'une façon progressive; par contre, les matières solides excrétées par le rein diminuent. Sous l'influence des injections arsenicales, 16 chorées se sont terminées par la guérison, après une moyenne de trente-deux jours de traitement et de dix-huit injections hypodermiques environ. Ces 16 chorées ont subi un traitement purement arsenical. Elles étaient presque toutes simples et récentes. Sur 13 autres chorées soumises aux injections d'arsenic, mais aussi à beaucoup d'autres traitements, 10 ont guéri. Mais il a fallu un temps plus considérable que pour les premières (en calculant la durée de tous les traitements réunis).

Ces 13 chorées étaient en outre presque toujours anciennes et récidivées.

D'où l'on peut conclure que l'arsenic a plus de chances de

réussite dans les cas récents et simples que dans les cas anciens et invétérés, ce qui est contraire aux assertions d'Aran, de Ziemssen, etc. (*Lyon médical*, juin 1879.)

Des adhérences des muscles droits avec la capsule de Tenon ; nouveau procédé de strabotomie, par le docteur Boucheron.

Voici comment l'auteur décrit son procédé opératoire :

1° Section verticale de la conjonctive et de la capsule sous-jacente à 3 millimètres de la cornée.

2° Introduction du crochet à strabisme sous le muscle droit. La traction exercée, d'une part sur le tendon du muscle et inversement, d'autre part sur le lambeau capsulo-conjonctival, met en relief les adhérences prémusculaires tendues entre les muscles, et la capsule antérieure.

3° Section des adhérences prémusculaires dans une proportion convenable, par rapport au degré du strabisme.

4° Section du tendon au ras de la sclérotique.

A ce moment, l'opérateur examine l'effet produit. S'il est insuffisant, le muscle qui est accolé à la capsule est saisi avec un pince (!) et attiré en avant; le lambeau capsulo-conjonctival est en sens contraire, et les adhérences prémusculaires sont sectionnées sur une plus grande étendue. Si l'effet est encore insuffisant, les adhérences latérales sont coupées de chaque côté du muscle. Si, au contraire, l'effet de l'opération est trop considérable, une suture capsulo-conjonctivale horizontale ramène en avant la capsule et le muscle y attaché; le tout est fixé dans la position convenable et l'excès de correction est annulé.

Il ne faut guère compter sur les louchettes ni sur la position de l'œil après l'opération. Ce sont des moyens à peu près illusoires. Comme les adhérences du muscle à la capsule ont été systématiquement détruites, la plus ou moins grande étendue de la plaie capsulaire, si importante dans les anciens procédés, reste maintenant sans effet sur la correction. Aussi y a-t-il avantage à pratiquer, dans tous les cas, une suture de la plaie capsulo-conjonctivale, soit pour rapprocher seulement les lèvres de la plaie, soit pour modifier l'effet produit. On évite ainsi la suppuration de la plaie et la production de bourgeons saillants dépendant du bourgeonnement de la capsule dans la plaie. Cependant l'absence de suture est sans danger. Toutes les fois que le strabisme atteint ou dépasse 4 millimètres de déviation, mesurés sur le globe oculaire, la correction devra être affectuée par une opération sur les deux yeux. On répartit ainsi sur les deux organes la projection du globe en avant, l'enfoncement de la caroncule, l'agrandissement de la fente palpébrale; de plus, les modifications apportées dans le système oculaire étant symétriques, l'harmonie de la physionomie n'est pas détruite.

Quand l'opération ne sera pratique qu'à un seul œil, la suture capsulo-conjonctivale horizontale devra être exécutée de manière à soulever en avant la caroncule et à l'empêcher de subir l'enfoncement habituel.

Depuis le commencement de l'année 1879, où ce procédé a été inauguré, M. Bougeron a eu l'occasion de pratiquer 40 strabotomies, dont les résultats ont pleinement justifié ce que l'anatomie avait fait espérer. (*Annales d'oculistique*, août 1874.)

De l'excision de la langue avec trachéotomie préalable, par le doctenr Barker, de Londres.

L'auteur a publié trois observations détaillées de ce mode de traitement, l'une des plus remarquables applications de ce qu'on a justement appelé la chirurgie par opérations préliminaires. Immédiatement après la thachéotomie et le placement de la canule, l'opérateur a procédé à l'excision de la langue ; excision qu'il a pu pratiquer sans être entravé par la gêne de la respiration inséparable de toute incision partielle ou complète de la langue, exécutée sans cet ingénieux secours.

L'ablation pouvant se faire lentement, on a eu le moyen d'examiner attentivement la nature de la lésion morbide, et surtout de bien en déterminer les limites.

Une éponge poussée au fond du pharynx avant de commencer l'excision de la langue empêche le sang de s'engager vers les voies aériennes et ajoute un nouvel élément de facilité à l'exécution du manuel opératoire. (*The Lancet*, 23 août 1879.)

Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la picrotoxine ; applications au traitement de l'épilepsie, par le docteur Planat.

Dans un travail très-intéressant l'auteur conclut :

1° Que la picrotoxine possède positivement des propriétés anticonvulsivantes.

2° Que ces propriétés, au point de vue curatif, s'adressent à la plupart des affections convulsives.

3° Que parmi celles-ci figurent l'épilepsie sympathique, et probablement l'idiopathique récente, l'éclampsie puerpérale, la chorée et le spasme diaphragmatique. (*Archives médicales belges*, juillet 1879.)

Travaux à consulter.

Arrachement total de l'utérus par une sage-femme, par M. Schwartz. — Il est impossible de s'expliquer comment cette sage-femme a pu mener à bout cet acte de véritable barbarie; mais le fait est que le soi-disant reste de placenta, mis entre les mains du médecin, se trouva être l'utérus. Les ligaments, ainsi que les ovaires et les trompes, étaient restés dans l'abdomen. L'utérus est conservé à Halle. La femme guérit en quinze jours et a joui depuis lors d'une parfaite santé. Les désirs vénériens existent encore, quoique moins prononcés, et le coït est accompagné de sensations moins voluptueuses. (*Archiv für Gynæk.*, t. XV, p. 107.)

Le bromure de potassium contre les vomissements incoercibles de la grossesse, par M. Friedreich. — L'auteur « dirait volontiers que nous possédons un remède spécifique de cet accident, s'il était permis de parler de spécifiques en médecine ». C'est le bromure de potassium dont il s'agit, à dose de 1 à 2 grammes par jour. (*Deutsch. Archiv für kl. Med.*, t. XXIV.)

Des altérations des vaisseaux pulmonaires dans la tuberculose, par M. Mugge. — C'est une erreur de croire que la tuberculose débute toujours dans le tissu interstitiel ou autour des bronches. Ponfick a trouvé des granulations miliaires sur la membrane interne du canal thoracique, et voici Mügge qui les a rencontrées dans les artères et veines du poumon. Ce fait a une grande importance au point de vue de la physiologie pathologique. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVI.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique et clinique des blessures du globe de l'œil, par le docteur A. Yvert ; précédé d'une introduction par M. le docteur Galezowski. In-8 de 759 pages. — Paris, 1880, Germer Baillière et Cie.

La question des blessures du globe de l'œil est une des plus intéressantes de la pathologie oculaire, à cause de la fréquence des accidents qui intéressent plus ou moins la vue après les traumatismes, et à cause de la nécessité d'une intervention fréquente et plus ou moins rapide, qui engage au plus haut degré la responsabilité du praticien.

Les traités des maladies des yeux ne renferment que des

données sommaires, parfois incomplètes; les monographies, d'un autre côté, ne fournissent pas toujours tous les renseignements nécessaires, et leur lecture expose à des pertes de temps considérables. L'Angleterre possède les ouvrages de Cooper et de Lawson; en Allemagne, on trouve un travail très-important de Zander et de Geissler, et un petit livre de Arlt. En France nous ne possédions que la traduction de l'opuscule de Arlt. On peut donc dire qu'un semblable traité manquait chez nous. L'ouvrage du docteur Yvert est le plus complet de ceux qui ont été écrits sur ces questions. A côté des documents puisés dans les auteurs qui l'ont précédé dans cette voie, on trouve dans son livre la relation de nombreux faits qu'il a pu recueillir pendant plusieurs années dans une des cliniques particulières d'ophtalmologie les plus fréquentées de Paris. Souvent c'est presque en se basant sur les résultats de son expérience personnelle qu'il expose certaines lésions rares.

Ses descriptions sont claires, mais parfois un peu longues. C'était presque une conséquence forcée de la disposition du livre, dans lequel les données didactiques sont souvent entrecoupées d'observations dont il était indispensable de faire ressortir certains points. L'étendue des documents souvent originaux contenus dans cet ouvrage, leur variété, ne nous permettent pas d'en faire un compte rendu analytique; nous nous bornerons donc à un exposé rapide des grandes divisions du livre.

Et d'abord, après avoir envisagé les traumatismes de chaque membrane isolément, le docteur Yvert réunit dans un grand chapitre les lésions qui intéressent plusieurs des membranes ou des milieux de l'œil.

Les traumatismes de la cornée, de l'iris, du cristallin, de la sclérotique, de la choroïde, sont l'objet de développements étendus et de remarques intéressantes; puis vient le chapitre des lésions rétiniennes qui, moins bien étudiées par les auteurs, ont attiré toute l'attention du docteur Yvert. Il traite successivement dans ce chapitre la commotion rétinienne, la dyschromatopsie traumatique sur laquelle, dans ces tout derniers temps seulement, Favre, de Lyon, a appelé l'attention; il passe en revue les apoplexies rétiniennes, les ruptures isolées de cette membrane, ses décollements, complication assez fréquente, enfin les corps étrangers. L'histoire des traumatismes du nerf optique, à peine ébauchée il y a quelques années, est également traitée avec grand soin. La commotion du nerf optique, qui rend si bien compte des troubles visuels qu'on rattachait autrefois à l'action réflexe de nerfs périphériques lésés (facial, etc.); les atrophies simples, traumatiques de la papille; la névro-rétinite traumatique; les apoplexies interstitielles et celles de la gaîne vaginale du nerf optique; les anévrysmes traumatiques; les blessures, enfin les corps étrangers, sont bien étudiés au point de vue de leurs symptômes, de leur marche, de leur diagnostic et de leur traitement.

Dans les derniers chapitres, l'auteur parle des traumatismes et des corps étrangers du corps vitré. Il indique avec précision les limites et le manuel de l'intervention chirurgicale. Enfin, dans une revue d'ensemble, il envisage les corps étrangers qui intéressent plusieurs membranes ou plusieurs milieux, et il insiste longuement alors sur les accidents sympathiques, si variés et parfois si graves, qui constituent une des complications fréquentes résultant du séjour des corps étrangers dans l'intérieur de l'œil ou des traumatismes.

Pour résumer notre pensée, nous dirons que, pour nous, ce livre riche de faits bien exposés sera toujours consulté avec fruit par les praticiens, qu'ils s'occupent ou non spécialement d'ophtalmologie.

D[r] E. D.

Index bibliographique.

Études sur la phthisie pulmonaire, par M. Talma. In-8 de 92 pages, avec planches. — Utrecht, 1879, Beijers.

Brochure intéressante, mais qui ne se prête pas à l'analyse. C'est une espèce de revue critique des questions principales soulevées dans ces dernières années à propos de la tuberculose, l'unicité, et l'inoculabilité. Talma est uniciste, mais rejette l'existence du virus tuberculeux. On lira dans la préface un curieux parallèle du rôle de la physiologie et de l'anatomie pathologique en médecine. Le rôle prépondérant de la dernière, depuis un demi-siècle, ne paraît pas justifié à l'auteur, surtout en matière de tuberculose.

Histoire et méthode de l'enseignement clinique, par M. Gusserow. Brochure in-8. — Berlin, Hirschwald.

Discours prononcé le 2 août 1879, à la séance annuelle des institutions de médecine militaire de Berlin. Critique modérée des anciennes méthodes telles qu'elles existent encore en France et en Angleterre, et plaidoyer en faveur des *instituts* cliniques. Comme exemple de l'utilité des cliniques, Gusserow fait un historique de la vie de Semmelweiss, qui démontra le premier la nature infectieuse de la fièvre puerpérale.

Des taches vineuses et de leur traitement par les scarifications, par M. le docteur Ad. Colson. In-8 de 52 pages. — Paris, 1879, V. Adrien Delahaye et C[ie].

On a dit bien souvent, et cela avec raison, qu'une thèse, contint-elle une seule observation bien prise, si courte qu'elle soit, valait mieux qu'une longue compilation. Pour nous conformer à la règle que préjuge cette manière de voir, nous passerons sous silence la première partie du mémoire de M. Colson, qui n'est qu'un résumé des faits connus, pour nous attacher à ses observations. L'auteur publie cinq faits qui sont destinés à démontrer que : « Le traitement préconisé par Balmanno-Squire, malgré sa durée, est excellent; il est certainement préférable à tous ceux qui ont été employés jusqu'ici. » Je ne sais si M. Colson a publié tous les cas qu'il a pu recueillir; je serais porté à le croire, car comment eût-il précisément choisi dans une série ceux qui semblent prouver le contraire de ce qu'il avance, c'est-à-dire que, sur cinq cas, on en chercherait vainement un qui fût un succès pour sa méthode? Nous avons bien des malades améliorés; mais ils renoncent au traitement avant la guérison, et on les perd de vue. Mais nous sommes convaincu que s'il continue ses études dans le même sens, il saura bientôt prouver l'exactitude de sa conclusion par des cas heureux, ou bien qu'il sera le premier à revenir sur une opinion qui, jusqu'à présent du moins, ne nous paraît pas suffisamment justifiée par la pratique; à lui de nous convaincre, nos lecteurs et nous.

Clinique ophthalmologique du docteur Badal. In-8 de 200 pages. Paris, 1879, V. A. Delahaye et C[ie].

Ce livre ne répond guère à son titre. La première partie est consacrée: 1° à la description d'instruments imaginés par l'auteur et présentés à diverses sociétés savantes (optomètre, périmètre, schémographe, ophthalmoscope à réfraction, phakomètre, œil artificiel pour essais ophthalmoscopiques et optométriques; 2° à la reproduction de diverses communications faites à la Société de biologie ou de médecine pratique. Parmi ces communications, la plus intéressante est celle relative à l'étiologie des maladies des voies lacrymales, que l'auteur rattache à la congestion oculaire provoquée chez les sujets atteints d'asthénopie accommodative, qui s'adonnent à des travaux appliquants sans avoir soin de faire corriger cette asthénopie. Ce n'est qu'à la fin de son livre que l'auteur se conforme à son programme, et qu'il nous donne des observations accompagnées de remarques pratiques. Les plus intéressantes ont trait, la première, à un cas de paralysie du voile du palais et de l'accommodation que ces instillations d'ésérine (eau distillée, 10 grammes; sulfate neutre d'ésérine, 0,05; une goutte toutes les quatre heures), firent disparaître presque complétement dès le premier jour; la seconde à un cas d'ophthalmie sympathique liée à l'irritation du nerf sus-orbitaire par une esquille de

bois. Les autres observations sont relatives à des cas de décollement du corps vitré, de rétinite pigmentaire, de kératite interstitielle, d'anisométrie avec insuffisance des droits internes, de dacryocystite chronique.

VARIÉTÉS

INCIDENT DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

M. le docteur Fort, se considérant comme *suffisamment désigné* dans l'article que nous avons intitulé : Les cours libres de l'École pratique (*Gaz. hebdom.*, p. 802), nous adresse une longue lettre qui a pour objet de rectifier les inexactitudes que, suivant lui, contenait cet article. Les renseignements que nous avons attendus pour parler de l'*incident de l'Ecole pratique* nous ont paru et nous semblent encore à l'abri de toute contestation en raison même de la source à laquelle ils ont été puisés. Mais un devoir d'impartialité nous oblige à mettre sous les yeux de nos lecteurs la version de M. le docteur Fort. mais notre confrère voudra bien comprendre que son *droit de réponse* se trouve limité à ce qui, dans notre article, le concernait personnellement. Nous n'avons pas à entamer dans les colonnes de la *Gazette hebdomadaire* une discussion sur les mérites de l'enseignement anatomique tel qu'il est fait par M. Fort ou par l'un quelconque de ses confrères, ni à le comparer à l'enseignement officiel donné par les maîtres de la Faculté. Nous nous bornerons donc à ne reproduire ici que les passages de la lettre de M. Fort qui ont trait à l'incident contre lequel il proteste. Voici son récit :

« L'année dernière, lorsque mes élèves étaient appelés à subir l'examen d'ostéologie, le chef des travaux me faisait avertir et me priait de lui amener moi-même les candidats. Les choses se sont passées ainsi *depuis qu'on exige l'examen d'ostéologie.* Cette année, les étudiants placés sous ma direction se sont fait inscrire à l'Ecole pratique en me désignant comme leur professeur particulier. La personne chargée d'inscrire les élèves leur demanda s'ils étaient prêts à subir l'examen. Ces jeunes gens, absolument ignorants des matières de cet examen, ont répondu, *peut-être par intimidation*, sans avoir pu consulter leur professeur. Le samedi 22 novembre, plusieurs de mes élèves reçurent une lettre de convocation pour subir l'examen le lundi 24 novembre, à midi et demi. A ce moment les pavillons de dissection n'étaient pas encore ouverts, et celui que la Faculté affecte à l'enseignement libre n'était pas désigné. N'ayant reçu aucun avis du chef des travaux anatomiques, et désirant éviter un échec à mes élèves que je ne trouvais pas suffisamment préparés, j'eus la pensée de demander un délai, ne doutant pas qu'il me fût accordé comme l'année précédente. Le lundi matin 26, j'eus à ce sujet une conversation avec le doyen de la Faculté, à la Charité, M. Vulpian, à qui je demandai s'il trouvait équitable que des élèves de l'enseignement libre fussent appelés à subir cet examen sans que leur professeur en ait été averti, me pria de lui exposer dans une lettre ce que je venais de lui dire verbalement, et il ajouta : « Faites remettre cette lettre à la Faculté de médecine avant dix heures, j'en prendrai connaissance, et je vous répondrai immédiatement. » La lettre fut remise à l'heure dite ; mais, par suite de circonstances indépendantes de la volonté de M. le doyen, il ne put en prendre connaissance à temps.

» C'est dans ces circonstances que je me rendis à l'Ecole pratique le même jour à midi et demi. Le chef des travaux appela dix élèves parmi lesquels il s'en trouva plusieurs des miens, et il leur dit : « Messieurs, vous allez subir votre examen à l'instant. » C'est alors que, le chapeau à la main, je m'avançai vers lui et lui dis : « Monsieur, je désire vous présenter une requête. Parmi les élèves » que vous venez d'appeler, il s'en trouve un certain nombre dont » je dirige les études anatomiques. Ils ne sont pas suffisamment » préparés pour subir l'examen, et je vous demande pour eux un » délai de quelques jours. » Le chef des travaux me répondit : « Ces messieurs ont déclaré être prêts, ce sont nos élèves, et cela » ne vous regarde pas. Je ne vous reconnais pas le droit de vous » donner comme leur tuteur. » — J'ajoutai alors : « C'est moi qui » leur enseigne l'ostéologie, je ne crois pas qu'ils puissent juger » eux-mêmes s'ils sont ou non suffisamment préparés, et je demande qu'on leur fasse subir cet examen un autre jour ; j'espère » que mes élèves ne me démentiront pas. D'ailleurs, j'ai écrit ce » matin à M. le doyen dont j'attends la décision. » — Au moment où je lui parlai du doyen, le chef des travaux, entrant dans une violente colère, s'écria, en frappant du poing sur la table : « Il » n'y a qu'un maître ici, c'est moi. Du reste, comment vous trou» vez-vous ici ? Avez-vous une carte pour entrer à l'Ecole prati» que ? » — « Je n'en ai pas, répondis-je, jamais on ne m'en a » demandé depuis quinze ans que j'y dirige des élèves. » C'est alors que le chef des travaux donna à un garçon l'ordre de me faire sortir en me montrant du doigt. Je me retirai sans mot dire.

» J'affirme, en toute conscience, que les choses se sont exactement passées ainsi. Je puis en fournir la preuve par un procès-verbal de la scène qui a été rédigé séance tenante par plusieurs personnes présentes. »

C'est après ce récit, déjà imprimé dans un autre journal, que M. Fort entre dans une série de considérations (contenant d'ailleurs des insinuations que nous ne pourrions reproduire) sur les mérites comparés de l'enseignement officiel donné par la Faculté et de l'enseignement libre au sujet duquel il expose longuement sa *méthode* particulière.

M. Fort termine en affirmant que le droit des professeurs libres à enseigner l'anatomie en profitant des ressources de l'Ecole pratique est inattaquable, et il cite, à l'appui de cette assertion, un article de la *Gazette des hôpitaux*, où l'on peut lire :

« L'arrêté du 3 vendémiaire an VII permettait l'ouverture de salles publiques ou particulières de dissection, de laboratoires d'anatomie... Les salles de dissection se multiplièrent considérablement. On en comptait, avant 1813, plus de quarante, suivant Trébuchet.

» L'arrêté du 3 vendémiaire n'est pas abrogé en droit, mais en fait, car la préfecture de police, devant les graves inconvénients que fit naître cette profusion d'amphithéâtres, rejeta bientôt toutes les demandes en autorisation. *Des pourparlers s'engagèrent avec la Faculté de médecine, et, sur l'offre faite par la Faculté de médecine de fournir un local commode et des cadavres nécessaires à tous les docteurs qui sont autorisés à faire des cours d'anatomie et de chirurgie, le préfet de police supprima tous les amphithéâtres particuliers, par son ordonnance en date du 15 octobre 1813.* »

Nous n'ajouterons aucun commentaire à ces citations ; nos lecteurs ont compris ce que nous avons voulu dire ; ils comprendront la thèse que défend M. Fort. Nous considérons le débat comme clos. (*La Rédaction.*)

Concours d'agrégation de médecine. — La liste des candidats admis à prendre part au concours pour treize places d'agrégés près les Facultés de médecine (section de pathologie interne et médecine légale) est arrêtée ainsi qu'il suit :

Académie de Paris. — MM. les docteurs en médecine de la Faculté de Paris : Arnozan, Chauvet, Cuffer, Dreyfus-Brisac, Ducastel, Hanot, Hutinel, Joffroy, Labadie-Lagrave, Landouzy, Mossé, Moutard-Martin, Quinquaud, Rathery, Raymond, Robin, Rondot, Tapret, Croisier.

Académie de Lyon. — MM. Rouveret, Stœber, Vinay, Perret.

Académie de Montpellier. — MM. Moriez, Regimbaud.

Internat et externat. — Le concours pour les prix de l'internat (deuxième division : internes de première et deuxième année) vient de se terminer par les nominations suivantes : *Médaille d'argent :* M. Chauffard (Enfants-Malades) ; *accessit :* M. Boulay (Tenon) ; *première mention* : M. Netter (Bicêtre) ; *deuxième mention :* M. Comby (Sainte-Eugénie).

Le concours pour l'externat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par le classement des candidats dans l'ordre suivant :

MM. Charrin, Luc, Broca, Jarry, Lacaze, Dayot, Condoléon, Chartier, Toupet, Schaeck, Rabeau, Morin (G.), Walther, Marfan, Ferraton, Beurmier, Thoinet, Moutier, Notta, Vivant.

MM. Barbillion, Lepage, Meunier, Despréaux, Nanu, Ressein, Muleur, Gerente, Carlier, Gendron, Martinet, Geffrier, de Gastel, Boulland, Brodeur, Blanc, Delaittre, Durand-Fardel, Berthod, Farina.

(*A suivre.*)

Service de santé de la marine. — M. Roux (Léon-Adolphe), a été promu au grade de médecin principal.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus dans le corps de santé militaire :

1° *Au grade de médecin inspecteur :* M. Perrin (Maurice-Constantin), médecin principal de 1re classe, professeur et sous-directeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. Gerrier, décédé.

2° *Au grade de médecin principal de 1re classe :* M. Delcominète (Charles-ules).

3° *Au grade de médecin principal de 2e classe:* M. Hurst (Jean-Marie-Joseph); M. Dujardin-Beaumetz (Armand-Napoléon-Thadée).

4° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* (Ancienneté). M. Fournier (Henri-Marie). — (Choix). M. Gérard (Marie-François-Philippe-Auguste). — (Ancienneté). M. Klée (Jean-Baptiste-Jérôme).

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Un décret, en date du 8 décembre courant, a nommé membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris : MM. Pont, conseiller à la Cour de cassation; E. de Salverte, maître des requêtes au Conseil d'Etat; Carcenac, maire du IIe arrondissement; Ferry, maire du IXe arrondissement; MM. les docteurs Bouchardat et Dubrisay. MM. Moutard-Martin et Nicaise représentent dans le conseil les médecins et les chirurgiens des hôpitaux.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN ALGÉRIE. — Le *Journal officiel* publie la loi relative à l'enseignement supérieur en Algérie, votée par le Parlement. Nous en rappelons les dispositions suivantes :

ART. 3. — L'école préparatoire de médecine et de pharmacie continue à jouir des mêmes droits que les écoles préparatoires du continent. Elle peut donner en outre des autorisations d'exercer la médecine en territoire indigène; un arrêté du ministre de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles pourront être obtenues ces autorisations, et des arrêtés du gouverneur général délimiteront les circonscriptions d'exercice.

ART. 5. — L'enseignement peut être donné par des professeurs titulaires et par des chargés de cours. Les professeurs de l'école préparatoire de médecine doivent être docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe; ceux de l'école préparatoire des sciences, licenciés ès sciences ou docteurs en médecine, ou pourvus du diplôme supérieur en pharmacie. Tous ces grades devront avoir été obtenus dans les facultés de l'Etat. Ces conditions ne sont point exigées des chargés de cours.

ART. 7. — Les professeurs des écoles préparatoires sont, pour les peines disciplinaires et la révocation, assimilés aux professeurs des facultés du continent.

Nota. — Le traitement des professeurs sera toujours de 5000 francs, plus le *quart colonial;* en tout 6250 francs.

NÉCROLOGIE : EMMANUEL BOURDON. — Emmanuel Bourdon, un des plus jeunes et des plus distingués chirurgiens des hôpitaux, vient de mourir, tué par la douleur et l'excès de travail. Emmanuel Bourdon n'était âgé que de trente-trois ans; nommé interne en 1868, il remplit ses fonctions en digne descendant des deux Sabatier et du professeur Adelon. Il se montrait digne aussi de son père, M. Bourdon, membre de l'Académie de médecine. La guerre de 1870 fournit à Emmanuel Bourdon une nouvelle occasion de se distinguer, et sa courageuse attitude à la bataille de Châtillon et au plateau d'Avron lui valut le titre de chevalier de la Légion d'honneur. En 1874, il soutint une thèse remarquable sur les *anaplasties périnéales,* travail à côté duquel nous devons citer un mémoire sur la *trachéotomie par le thermo-cautère,* et de nombreuses communications à la Société anatomique dont il était membre depuis 1872. Enfin, après un concours remarqué, il avait été nommé chirurgien des hôpitaux au mois de juillet dernier. Ce succès fut chez lui le signal de la maladie. Depuis tantôt trois ans il ne vivait que par le travail exagéré, y cherchant une consolation à la perte cruelle de sa jeune femme; et nous l'avons vu s'épuiser rapidement dès qu'il n'a plus eu pour le soutenir les ardeurs de la lutte. Telle fut cette carrière si courte et si bien remplie. Bon, gai, loyal, Emmanuel Bourdon était de ceux qu'on aime à voir souvent et que tous recherchent. Le nombre de ses amis ne se comptait pas.

ERRATUM. — ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIOGRAPHIE. Par suite d'une erreur typographique, le nom de M. A. Fournier a été omis parmi ceux des membres du comité de rédaction des *Annales.*

COURS PUBLIC ET GRATUIT DE PHYSIOLOGIE A LA SALLE GERSON. — M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie, fera ce cours deux fois par semaine, le lundi et le mercredi, à quatre heures. La première leçon aura lieu le lundi 5 janvier. Entrée de la salle Gerson, rue Rastaud, 2, place Gerson.

COURS PARTICULIER D'ANATOMIE. — M. Fort commencera une nouvelle série de leçons d'anatomie le mardi 6 janvier, à quatre heures, dans son amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois, n° 2. Ces leçons sont destinées : 1° aux élèves du deuxième examen de fin d'année et du premier examen de doctorat (ancien régime); 2° aux élèves du deuxième examen de doctorat (nouveau régime); 3° aux élèves de première année (nouveau régime) qui seront interrogés sur la chimie et physique, biologiques, pour lesquelles des notions d'anatomie et de physiologie sont indispensables. S'adresser, pour le cours d'anatomie et les dissections, chez M. Fort, 21, rue Jacob, tous les matins.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 11 au 18 décembre 1879, on a constaté 1306 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 38. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 1. Variole, 51. — Croup, 17. — Angine couenneuse, 19. — Bronchite, 72. — Pneumonie, 120. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 11. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 9. — Erysipèle, 7. — Autres affections aiguës, 287. — Affections chroniques, 627 (dont 197 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 9. — Causes accidentelles, 30.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Etude sur les cartilages du larynx et leur traitement par la thyrotomie immédiate, par le docteur Caterinopoulos. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

Etude critique sur la septicémie et la pyohémie, (clinique et expérimentation), par le docteur Tédenat. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr.

Etude sur la pleurésie diaphragmatique, par le docteur Hermil. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr.

Traité des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, d'après les observations personnelles, par le docteur Michel; ouvrage traduit de l'allemand par le docteur Capart. In-8, avec 1 planche. Paris. V. A. Delahaye et Cie. 4 fr.

La chirurgie et le pansement antiseptique en Allemagne et en Angleterre, lettres adressées à M. le professeur Van den Corput, par le docteur G. Du Pré. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 5 fr.

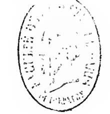
Traité d'anatomie pathologique, par E. Lancereaux. Tome II, première partie. Anatomie pathologique spéciale, anatomie pathologique des systèmes. I. Système lymphatique. 1 vol. in-8 de 636 pages, avec 90 figures intercalées dans le texte. Prix du tome second complet. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 20 fr.
Prix du tome Ier. 20 fr.

De l'hygiène publique et de la chirurgie en Italie; compte rendu adressé à S. E. M. le ministre de l'instruction publique, par le docteur G. Millet. Deuxième partie; De la chirurgie en Italie. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 8 fr. 50.
Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. in-8. 15 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME XVI, 2e SÉRIE



A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES

FIN DES TABLES DU TOME XVI, 2e SÉRIE

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2